

**Resilienz für Profis
Psychiatrie im Wandel –
Mitarbeitende im
Mittelpunkt**

Psychiatrie-Jahrestagung 2013

Bundesverband
evangelische
Behindertenhilfe



AG 6 Multiprofessionalität – Gelingende Zusammenarbeit – Wertschätzung und Nutzen der Verschiedenheit – Das Home – Treatment-Team in Krefeld
Dr. Andreas Horn, Krefeld

Stichworte zu den Vorträgen am Vortag im Zusammenhang mit dem Thema des Workshops


- ▶ Fehlallokation von Ressourcen ist ein zentrales Problem der aktuell entstehenden Drei-Klassen-Psychiatrie (Wienberg)
- ▶ Die Psychiatrie der Zukunft wird ambulant sein (Wienberg)
- ▶ Arbeitsverdichtung, Arbeitshetze, Nicht-Abschalten-Können führen zu steigender Unsicherheit die Angst produziert (Kronauer)
- ▶ Wir brauchen neue Formen sozialer Absicherung und mehr Gleichheit (Kronauer)
- ▶ Arbeitnehmer „taff“ für rauhe Bedingungen machen? (Bott)
- ▶ Die Opfer der Umstände (Profis und Klienten) brauchen Politisierung - aber auch Kontrolle des Idealismus als Resilienzstrategie (Bott)
- ▶ Wir brauchen eine resilienzfördernde Mitarbeiterführung (Hapkemeyer)
- ▶ Resiliente Mitarbeiter gehen besser mit Stressoren um, sind offener für neue Erfahrungen, reagieren flexibler und emotional stabiler (Hapkemeyer)
- ▶ Team als Ressource und Beziehungsfähigkeit als zentrale Qualifikation (Schulte-Kemna)
- ▶ Entwicklung von der Personenorientierung über die Ambulantisierung zur Sozialraumorientierung (Schulte-Kemna)

These

- ▶ Unser Versorgungssystem leidet unter der noch zu rigiden Trennung zwischen ambulantem, stationärem und komplementären Bereich
- ▶ Wir sollten nicht mitleiden - sondern handeln

Enthospitalisierung der Klinik-Mitarbeiter





Integrative Psychiatrische Behandlung IPB

Integrative Behandlung und klinisches Hometreatment unter dem Stichwort Resilienz

- ▶ Kann die Optimierung des Behandlungssettings und Multiprofessionalität ein Mittel zur Burnoutprophylaxe darstellen?

Home treatment und Resilienz? Home treatment ...

- ▶ reduziert Drehtüreffekte
- ▶ erzeugt höhere Arbeitszufriedenheit
- ▶ bewirkt höhere Patientenzufriedenheit
- ▶
- ▶ ist kein Wundermittel
- ▶ kombiniert klinisches und gemeindepsychiatrisches Arbeiten

Beispiele für Vernetzung:

- ▶ Integrative Psychiatrische Behandlung – KV-Ärzte
- ▶ Komplexliaison – Somatische Kliniken
- ▶ Kooperationsklinik – Niedergelassene Nervenärzte
- ▶ Psychotraumatologie – Komplexe Netzwerkstruktur
- ▶ Integrierte Versorgung

- ▶ Ambulante Rehabilitation Sucht, Trägerverbund
- ▶ Gemeindepsychiatrischer Verbund – PSAG-Netz
- ▶ Krisenzentrum – Kirchen, Telefonseelsorge, Caritas
- ▶ Enge Kooperation mit Praxen und Instituten
- ▶ Projekte mit der Fachhochschule Niederrhein und Universitäten
- ▶ Weiterbildungsinstitut – RHAP (DGVT)
- ▶ Gesundheitszentrum - Öffentlichkeitsarbeit

Unser Weg zur Integrierten Versorgung

- ▶ Aufbau einer auch aufsuchend tätigen, multiprofessionell besetzten Institutsambulanz (1992)
- ▶ Öffnung der Klinik für Niedergelassene durch Etablierung einer Kooperationsklinik (1994)
- ▶ Gründung eines ambulanten psychiatrischen Fachpflegedienstes (1996)
- ▶ Integrative Psychiatrische Behandlung als aufsuchende Krankenhausakutbehandlung ohne Klinikbett auf Basis des §115 SGB V (1998)
- ▶ Nutzung der aufgebauten Strukturen für Integrierte Versorgung nach §140 SGB V (2011)

IPB

Prozesskosten – Wirksamkeit und direkte Kosten

Bechdorf, Skutta, Horn (Thieme, 2008)

- ▶ Hohe Effektstärken
- ▶ Geringe bzw. vergleichbare vollstationäre Aufnahmeeraten im Vergleich zu internationalen Studien
- ▶ Keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf stationäre Wiederaufnahmebedürftigkeit in einer 2-Jahres-Katamnese
- ▶ Direkte Kosten bei 50% der vergleichbaren vollstationären und 80% der vergleichbaren tagesklinischen Entgelte.

(ca. 85% der Kosten durch Löhne)

- ▶ Im Vergleich zur allg.-psychiatrischen Regelbehandlung (Psych-PV) 2,5x mehr Zeit mit Ärzten/Psychologen.

Diskussionsrunde zum Thema Therapieoptimierung:

- ▶ Idealvorstellung von Therapie stationär und ambulant
- ▶ Welche Therapiebestandteile zu welchem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufs?
- ▶ Komplementär: Therapie oder Begleitung
- ▶ Modularisierte Therapieprogramme oder individuelle Zusammenstellung?
- ▶ Leitlinien: Einengung oder Hilfestellung?
- ▶ Was hilft? Viel hilft viel(?)
- ▶ Ambulante Arbeit ist Einzelarbeit (?)

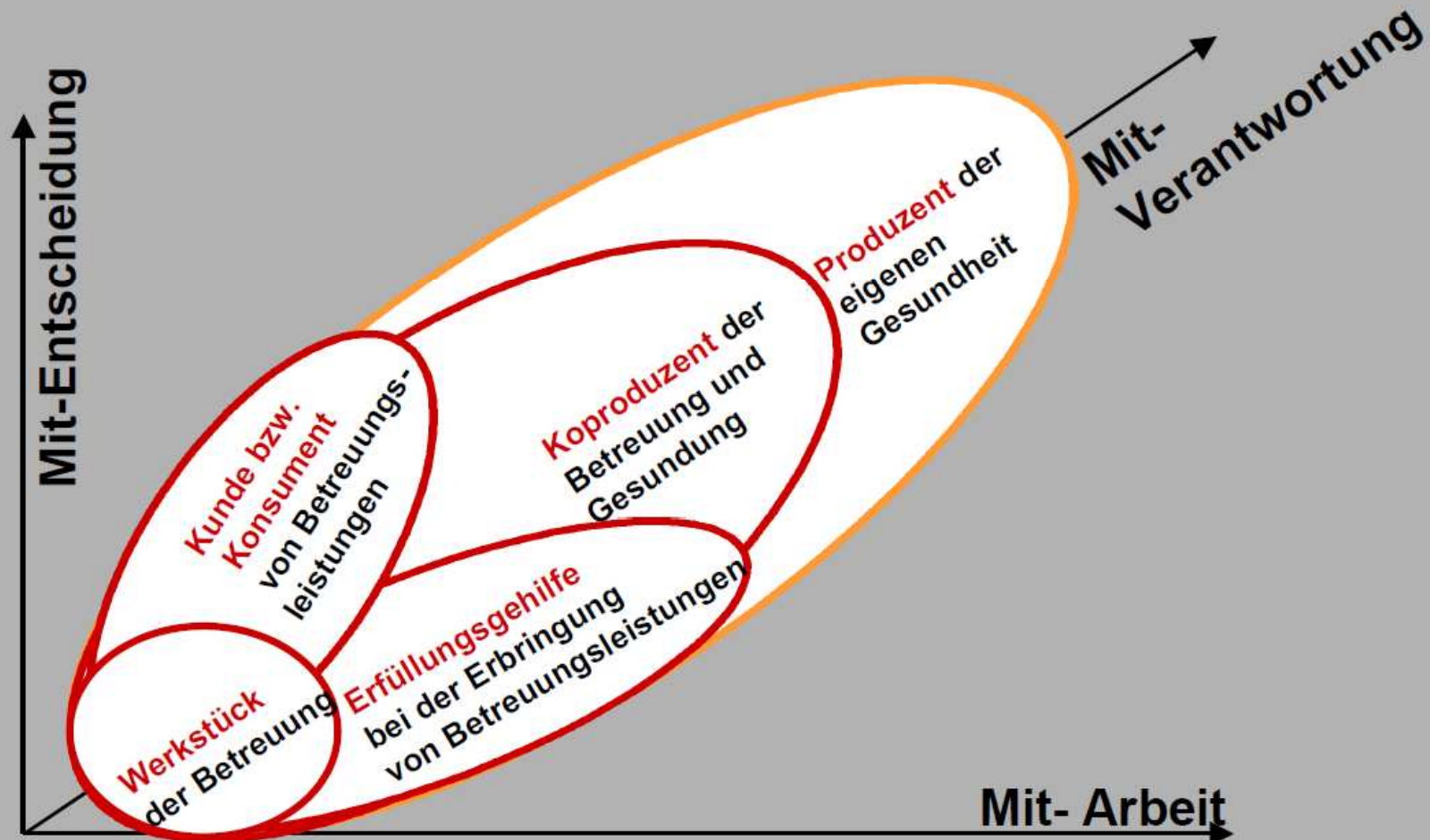
Was wissen wir über chronisches Krankheitsverhalten

- ▶ Zunehmende Passivität und Hilflosigkeit
- ▶ Selbsthilfeverhalten nimmt ab
- ▶ Erhöhte Inanspruchnahme medizinisch-diagnostischer Leistungen
- ▶ Verlust an Vertrauen in die Funktionsfähigkeit des eigenen Körpers
- ▶ Verlust an Vertrauen in die psychische Funktionsfähigkeit der eigenen Person (Selbstwertbedrohung)
- ▶ Körperliches Schonverhalten und Bewegungsmangel
- ▶ Entspannungsfähigkeit reduziert sich
- ▶ Verfügbarkeitsdruck nach medizinischen Interventionen
- ▶ Medikamentenmissbrauch entwickelt sich
- ▶ Abhängigkeit vom medizinischen Versorgungssystem

Diskussion der Konsequenzen für das Therapiesetting

Komponenten der erweiterten PatientInnenrolle

(Pelikan et al.)



Allgemeine Psychotherapie nach K. Grawe

- Verbesserung des Wohlbefindens
 - *durch positive Kontrollerfahrungen*
 - *durch positive Beziehungserfahrungen*
 - *durch selbstwerterhöhende Erfahrungen*
- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- Aktive Hilfe zur Problembewältigung
- Motivationale Klärung

Grundsätze optimierter Schizophrenietherapie

nach APA-Guidelines 1995

- ▶ Kontinuierliche kooperative therapeutische Beziehung
- ▶ Regelmäßige Beobachtung und fachliche Einschätzung in Kooperation mit Betroffenen und Bezugspersonen
- ▶ *Behandlungsplan, koordinierte Hilfen*
- ▶ Maßnahmen zur Verbesserung der Akzeptanz des Behandlungsplans
- ▶ Verbesserung des Verständnisses für psychosoziale Aspekte der Erkrankung und Verbesserung der Anpassung
- ▶ Familientherapeutische Interventionen in Hinblick auf Krankheitsbewältigung
- ▶ *Optimierung des Hilfesystems, insbesondere auch der Verfügbarkeit von Hilfen*

A photograph of a forest with tall, thin trees and sunlight filtering through the canopy, reflected in a body of water. The text is overlaid in the center.

**Das gesellschaftlich
Notwendige mit dem fachlich
Wünschenswerten
verbinden!**

Fallbeispiel IPB: Akute paranoide Schizophrenie

- ▶ Visiten mit Steuerung der Akutmedikation aufsuchend über Klinikärzte nach Absprache und individuellem Wochenplan
- ▶ Diagnostik (Labor, CCT, EKG, EEG, neuropsychologische Testung) in der Klinik
- ▶ Psychoedukation einzeln (auch aufsuchend mit Angehörigenberatung) und in Gruppen in der Klinik
- ▶ Erarbeitung von Belastbarkeitsgrenzen, Frühwarnzeichen und Krisenplänen beim Hausbesuch
- ▶ ADL-Training, Tages- und Wochenstrukturierung sowie Ergänzung der Psychoedukation durch Fachkrankenpfleger im Rahmen von Hausbesuchen
- ▶ Aufsuchende fachpflegerische und sozialarbeiterische Betreuung mit Beratung und Vermittlung von komplementären Angeboten, Begleitung in die Einrichtungen. Training sozialer Fertigkeiten
- ▶ Krisentelefon und telefonische Beratung auch an Wochenenden durch IPB-Arzt

IPB - Strukturelle Voraussetzungen



Therapeutisches Team: fachärztlich geleitetes Stammteam (Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Sekretärin); bedarfsorientierte Integration von Psycho-, Ergo-, Bewegungstherapeuten, Sozialpädagogen intern/extern



Mobilität der Mitglieder des therapeutischen Teams



24-stündige Verantwortung an 7 Tagen in der Woche, Bereitschaftsdienst

IPB
Aufsuchen am Ort des
Hilfebedarfs im Sinne des
Hometreatment

- Therapeutische Visiten
- Einzelpsychotherapie
- Familientherapie
- Ärztliche Beratung, Information und Psychoedukation
- Ergotherapie einschließlich neuropsychologischem Training
- Sozialarbeit, Sozio- und Milieuthherapie
- Bewegungs-, Sporttherapie
- Lebensfeld-Diagnostik
- Psychiatrische Krankenpflege
- Tages- und Wochenstrukturierung

Hometreatment





m; 41 J; F 20.0; Therapieplan vom 24.9. bis zum 28.9.2012

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.00	8.00-9.15 Visite, Einzel-/ Angehörigenintervention	8.45-9.30 Ergotherapie			
9.00					9.30-10.00 Chefarztvisite
10.00		10.30-11.00 Visite/Einzelgespräch	10.00-10.30 Visite/Einzelgespräch	10.45-11.30 Visite, Einzel-/Angehörigenintervention	10.30-11.00 Physiotherapie
11.00					12.00-12.45 psychiatrische Pflege
12.00			12.00-13.00 Psychoedukation (Gruppe)	12.15-13.00 Kognitives Train. ergoth. Praxis	
13.00	14.00-15.00 Metakogn.Training	11.00-11.30 Gruppensuche		13.45-14.30 Ergotherapie	
14.00			13.00-13.45 psychiatrische Pflege		
15.00	16.00-16.45 psychiatrische Pflege			15.00-15.45 Gruppentherapie	
16.00					

Integrative psychiatrische Behandlung als ortsungebundene Krankenhaus-Behandlung:

Flexible Behandlungsorte:

- Wohnung des Patienten
- Somatisches Krankenhaus
- Seniorenheim
- Heilpädagogisches Heim
- Betreutes Wohnen

Fachspezifische Behandlung:

- Umfassende syndrombezogene Diagnostik
- Multiprofessionelle Therapie
 - Allgemein-psychiatrisch
 - Psychotherapeutisch
 - Neuropsychologisch
 - Ergotherapeutisch
 - Mototherapeutisch
 - Soziotherapeutisch
 - Fachpflegerisch
- Modularisierte Therapieverfahren

Inhalte Pflegerischer und therapeutischer Arbeit in der IPB

- ▶ Kontakt aufnehmen
- ▶ Kommunikation ermöglichen
- ▶ Beziehung aufbauen
- ▶ Ansprache ermöglichen
- ▶ Umfeld kennenlernen
- ▶ Ressourcen feststellen
- ▶ Zielvereinbarungen verhandeln
- ▶ Selbstversorgung anleiten
- ▶ Soziale Kompetenz erweitern
- ▶ Kooperation aufbauen
- ▶ Beziehungskontinuität wahren

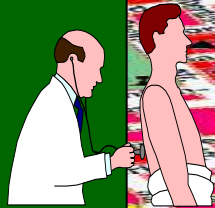


Alexianer
ALEXIANER KREFELD GMBH

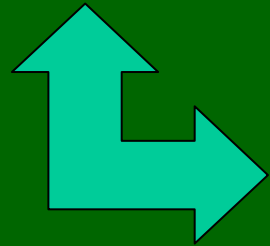
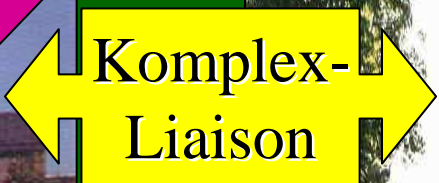
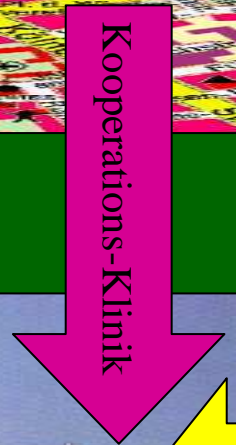
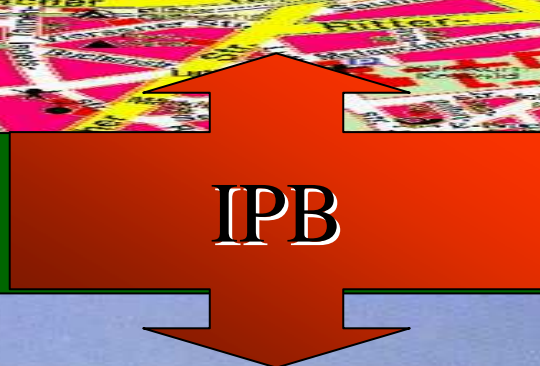
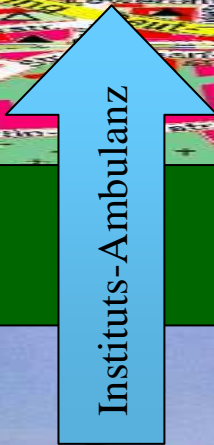
Mut zur Innovation

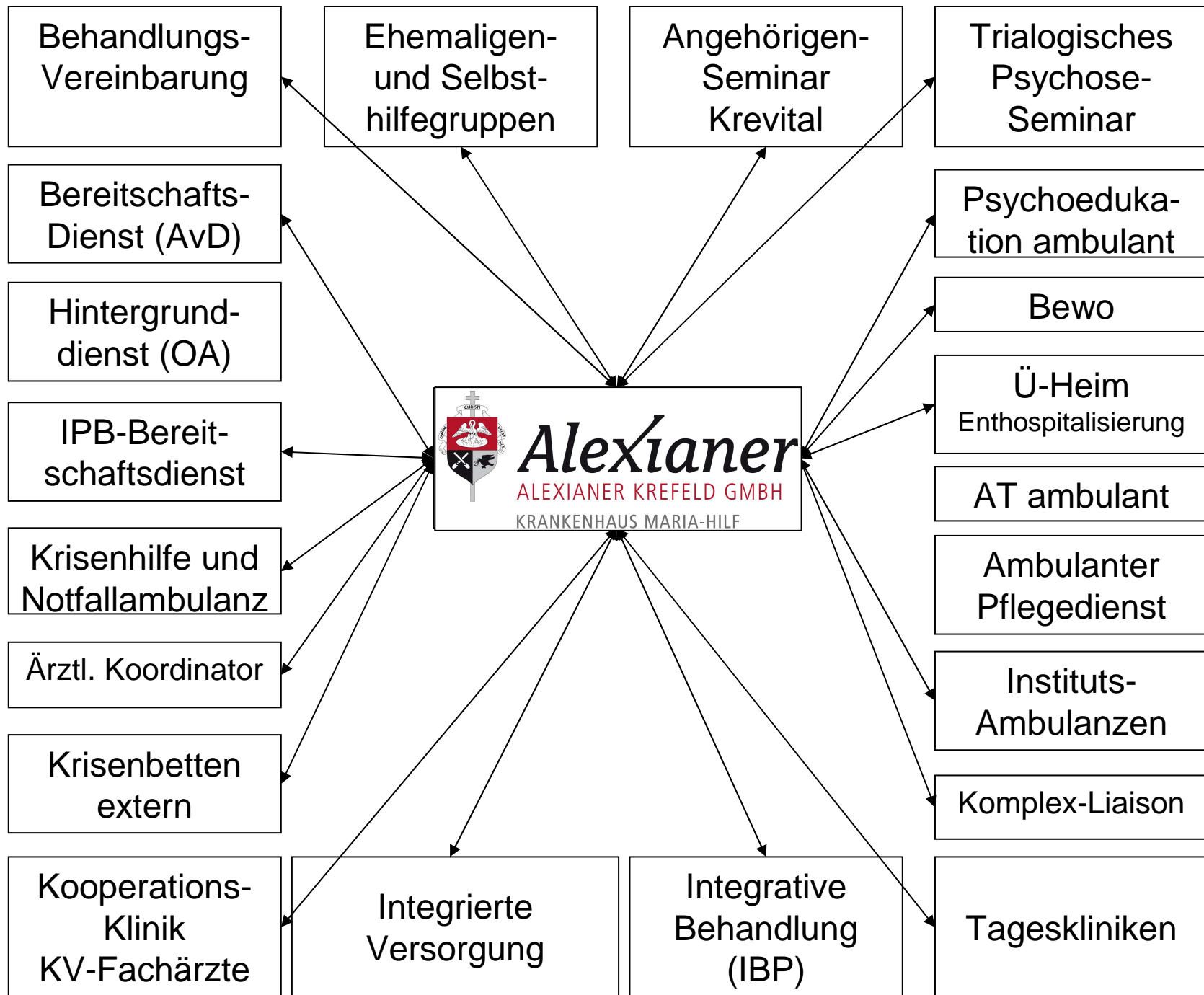
Fallbeispiel: Borderline PS und IPB

- ▶ Fortführung ambulanter Einzel-Psychotherapie während der klinischen Behandlung
- ▶ Ergänzende Gruppenpsychotherapieangebote (Skills-Training, evt. GSK) mit der Möglichkeit das modularisierte Programm ambulant abzuschließen
- ▶ IPB-Ärztliche Behandlung mit Klinikkontakten (Visite) und ergänzenden Hausbesuchen; Entscheidung bezüglich Medikation (Stabilisierung, Notfall)
- ▶ Evt. chirurgische Mitbehandlung über Hausarzt oder chirurgische Ambulanz mit fachpsychiatrischer Information der Kollegen und Begleitung durch Bezugskrankenschwester
- ▶ Klinische Diagnostik (laborchemisch, apparativ, testpsychologisch, aufsuchende psychosoziale Diagnostik)
- ▶ Fachpflegerische Aktivierung und Training im sozialen Umfeld
- ▶ Rehaberatung durch Fachpflege, IPB-Arzt und Sozialarbeiter
- ▶ Sporttherapie aufsuchend und durch Gruppenangebot
- ▶ Aufsuchende familientherapeutische Interventionen



Ambulanter und komplementärer Bereich

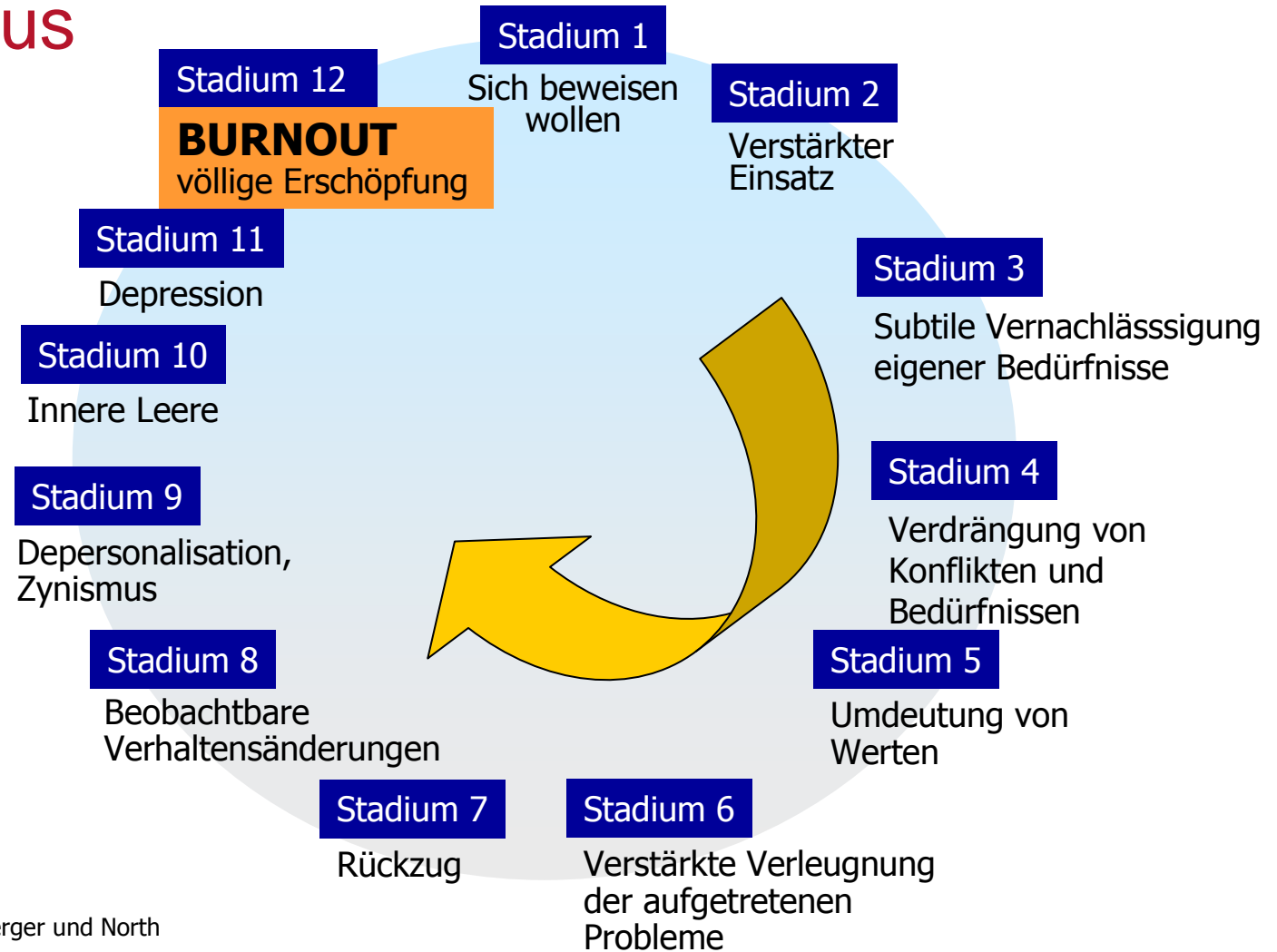




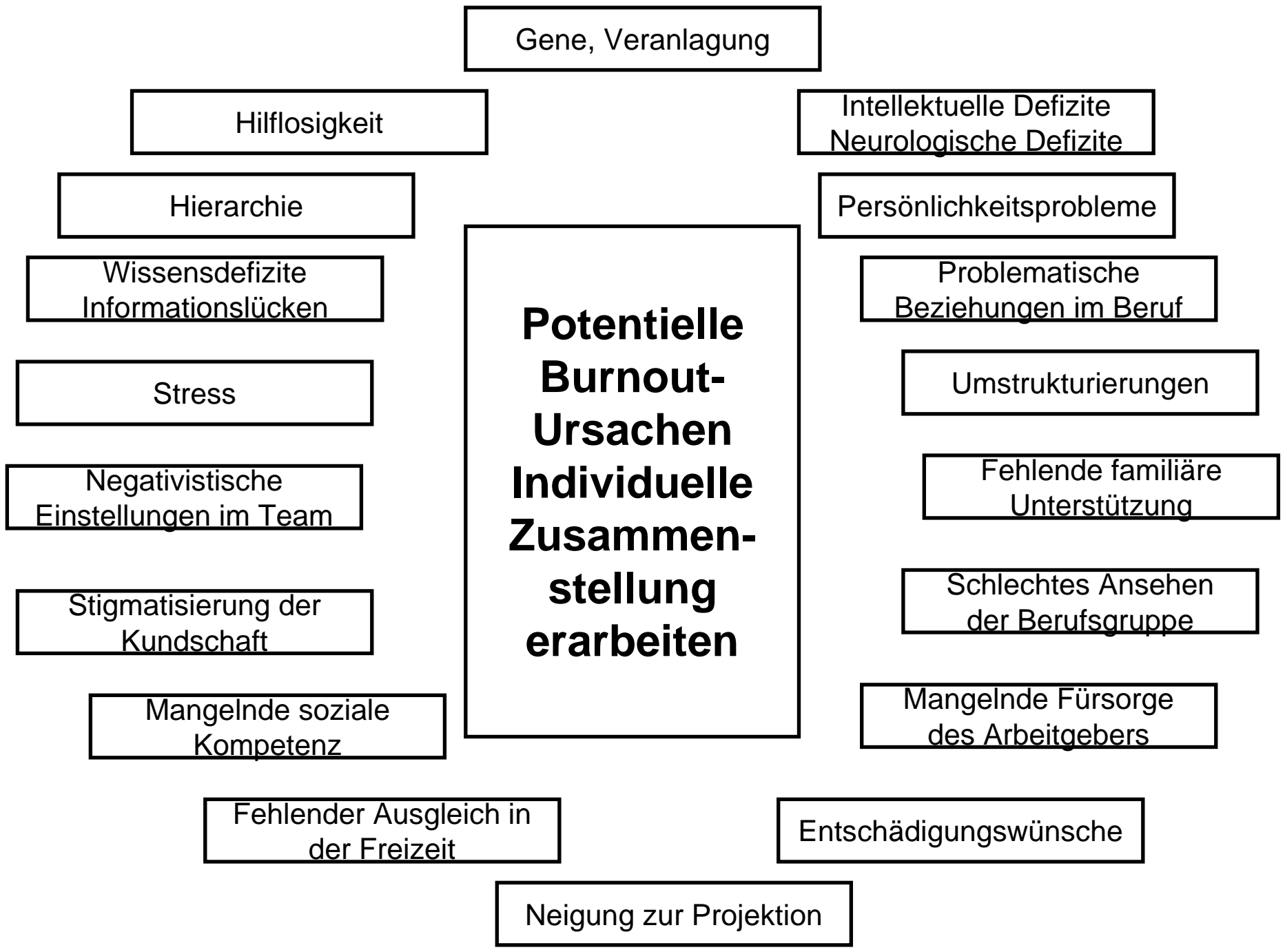


Tretmühle, Hamsterrad, Arbeitsmittel-Lastenaufzug?

Burnout-Zyklus



nach Freudemberger und North



These:

Burnout ist keine Krankheit sondern ein
Belastungs-Management-Problem!

Stressoren am Arbeitsplatz

- ▶ zu große Arbeitsmenge
- ▶ zu komplizierte Aufgaben
- ▶ unklare Verantwortungsbereiche
- ▶ unklare Erwartungen Ihres Chefs
- ▶ wenig Handlungsspielraum
- ▶ zu viele Projekte - Fluktuation der Arbeitslast
- ▶ Angst vor Arbeitsplatzverlust
- ▶ Konkurrenzdruck
- ▶ keine bzw. negative Rückmeldungen
- ▶ Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten
- ▶ zu viele Überstunden, keine Ferien

Warnsymptome beachten

- ▶ Zu starkes Engagement für berufliche Ziele
- ▶ Hyperaktivität
- ▶ Gefühl der Unentbehrlichkeit
- ▶ Verleugnung eigener Bedürfnisse
- ▶ Beschränkung sozialer Kontakte
- ▶ Freiwillige unbezahlte Mehrarbeit
- ▶ Gefühl, nie Zeit zu haben
- ▶ Verdrängung von Misserfolgen und Enttäuschungen

Maslach Burnout Inventory (MBI)

1. Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt.
2. Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich erledigt.
3. Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe.
4. Es gelingt mir gut, mich in meine Klienten hineinzusetzen.
5. Ich glaube, ich behandle einige Klienten, als ob sie unpersönliche „Objekte“ wären.
6. Den ganzen Tag mit Leuten zu arbeiten ist wirklich eine Strapaze für mich.
7. Den Umgang mit Problemen meiner Klienten habe ich sehr gut im Griff.
8. Durch meine Arbeit fühle ich mich ausgebrannt.
9. Ich glaube, dass ich das Leben anderer Leute durch meine Arbeit positiver beeinflusse.
10. Seit ich diese Arbeit mache, bin ich gleichgültiger gegenüber Leuten geworden.
11. Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet.
12. Ich fühle mich voller Tatkraft.
13. Meine Arbeit frustriert mich.
14. Ich glaube, ich strenge mich bei meiner Arbeit zu sehr an.
15. Bei manchen Klienten interessiert es mich eigentlich nicht wirklich, was aus/ mit ihnen wird.
16. Mit Menschen in der direkten Auseinandersetzung arbeiten zu müssen, belastet mich sehr.
17. Es fällt mir leicht, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Klienten herzustellen.
18. Ich fühle mich angeregt, wenn ich intensiv mit meinen Klienten gearbeitet habe.
19. Ich habe viele wertvolle Dinge in meiner derzeitigen Arbeit erreicht.
20. Ich glaube, ich bin mit meinem Latein am Ende.
21. In der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr ruhig und ausgeglichen um.
22. Ich spüre, dass die Klienten mich für einige ihrer Probleme verantwortlich machen.
23. Ich fühle mich meinen Klienten in vieler Hinsicht ähnlich.
24. Von den Problemen meiner Klienten bin ich persönlich berührt.
25. Ich fühle mich unbehaglich bei dem Gedanken daran, wie ich einige meiner Klienten behandelt habe.

Überdruss-Skala - Tedium Measure Scale

Vom Patienten zu beantwortende Fragen: jeweils 1 bis 7 Punkte (nie-immer):

- ▶ 1. Ich bin müde.
- ▶ 2. Ich fühle mich niedergeschlagen.
- ▶ 3. Ich habe einen guten Tag.
- ▶ 4. Ich bin körperlich erschöpft.
- ▶ 5. Ich bin emotional erschöpft.
- ▶ 6. Ich bin glücklich.
- ▶ 7. Ich bin „erledigt“.
- ▶ 8. Ich bin „ausgebrannt“.
- ▶ 9. Ich bin unglücklich.
- ▶ 10. Ich fühle mich abgearbeitet.
- ▶ 11. Ich fühle mich wertlos.
- ▶ 12. Ich fühle mich gefangen.
- ▶ 13. Ich bin überdrüssig.
- ▶ 14. Ich bin bekümmert.
- ▶ 15. Ich bin über andere verärgert/enttäuscht.
- ▶ 16. Ich fühle mich schwach.
- ▶ 17. Ich fühle mich hoffnungslos.
- ▶ 18. Ich fühle mich zurückgewiesen.
- ▶ 19. Ich bin optimistisch.
- ▶ 20. Ich fühle mich tatkräftig.
- ▶ 21. Ich habe Angst.

Weitere Themen

- ▶ Stressbegriff, Stressoren am Arbeitsplatz und im Privatleben
- ▶ Entwicklung von Stresstoleranz und Antistressstrategien
- ▶ Biographische Schutz- und Riskofaktoren
- ▶ Achtsamkeitsübungen
- ▶ Burnoutentwicklung: Wie den „Autopiloten“ erkennen und abschalten

*In dem Moment,
in dem sie entdecken,
dass sie nicht achtsam sind,
sind sie achtsam.*