

Mehrperspektivität und Peers auf psychiatrischen Akutstationen

Das Weddinger Modell

L. Mahler¹; I. Jarchov-Jädi²; A. Gervink²; H. Ayilmaz²; A. Wilfer²; K. Sischka³; A. Wullschleger¹; S. von Peter¹

¹Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin; ²Psychiatrische Abteilung, St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin; ³Institut für Soziologie, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften

Schlüsselwörter

Akutstationen, Weddinger-Modell, Mehrperspektivität

Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden die Erfahrungen mit Peer-Beratern als integraler Teil der multiprofessionellen Bezugstherapeutenteams auf den Akutstationen der psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus vermittelt werden. Durch umfassende Struktur- und Haltungsveränderungen wurde in den vergangenen vier Jahren mit der Einführung des Recovery-orientierten Konzeptes Weddinger Modell ein Perspektivwechsel in der gesamten psychiatrischen Klinik erreicht, der die Peer-Berater als „organische Erweiterung“ der Teams nicht nur ermöglicht hat, sondern auch erforderlich machte.

Keywords

Acute wards, Weddinger Modell, multiperspectivity

Summary

This article presents the experiences with peers as integral component of multi-professional primary-care teams on acute wards of the Psychiatric University Clinic of the Charité at St. Hedwig Hospital. The implementation of the recovery oriented Weddinger Modell involved extensive transformations of structures and attitudes in the last 4 years. It succeeded in a change of perspective in the entire clinic which made the employment of peers as enhancement of the teams not only possible but also necessary.

Entscheidungsfindungen als Prozess

Viele Studien zu Entscheidungsfindungsprozessen im psychiatrischen Kontext zeigen, wie notwendig sowohl strukturelle Voraussetzungen als auch eine bestimmte Haltung sind, um eine Multiperspektivität, Transparenz und Partizipation in Entscheidungen zu ermöglichen. So zeigt sich, dass die fehlende Integration der Patientenperspektive in Entscheidungsfindungen das Risiko für Zwangsmaßnahmen erhöht, während Stationsstrukturen, Klinikroutinen und Kommunikation, die die Bedürfnisse und Perspektiven der Patientinnen sowie deren Autonomiebestreben mehr berücksichtigen deeskalieren (2–5).

Untersuchungen zur Multiprofessionalität bei der Entscheidungsfindung weisen darauf hin, dass gegenseitiges Lernen und geteilte Verantwortung in psychiatrischen Teams wichtig sind (6). Sie zeigen, dass unterschiedliche Krankheits- und Gesundheitsmodelle bei den beteiligten Berufsgruppen zu großen Schwierigkeiten in der Verständigung beitragen (7). An gängigen partizipativen Entscheidungsmodellen wird kritisiert, dass sie diese sich nicht auf die interprofessionelle Zusammenarbeit, sondern meistens nur auf eine der Perspektiven der unterschiedlichen Berufsgruppenperspektive beziehen (8). Deegan et al. (9) beschreiben die partizipative Entscheidungsfindung als einen der entscheidenden Faktoren im Recovery-Prozess. Dabei ist, nicht überraschend, der Beteiligungswunsch von psychiatrischen Patienten an Entscheidungen ebenso hoch wie derjenige von Patienten im somatischen Bereich (10–12). Patienten, die untergebracht wurden, haben oftmals das Gefühl, nicht an

Korrespondenzadresse

Dr.med. Lieselotte Mahler
Psychiatrische Universitätsklinik der Charité
im St. Hedwig-Krankenhaus
Große Hamburger Str. 5–11, 10115 Berlin
Tel. 030/23112023, Fax 030/23112929
lieselotte.mahler@charite.de

Multiperspectivity and peers on acute wards

Nervenheilkunde 2015; 34: 249–252
eingegangen am: 9. Januar 2015
angenommen am: 13. Januar 2015

Weddinger Modell und Peers

In der Umsetzung des „Weddinger Modells“ finden alle Entscheidungsfindungsprozesse transparent und partizipativ im gelebten Dialog statt. Die Behandlung zielt dabei auf Veränderungen in den Lebenswelten der Patientinnen und richtet sich an ihren individuellen Krankheits- und Genesungskonzepten aus. Sie stellt die Ressourcen und individuelle Behand-

lungsziele der Patientinnen und deren Bezugspersonen in den Mittelpunkt der professionellen Unterstützung und Begleitung (1).

Im Folgenden soll dargestellt werden, dass die Stationsteams durch die Strukturen des Weddinger Modells nicht nur gut auf die Zusammenarbeit mit den Peers vorbereitet wurden, sondern deren Expertise auch als gewinnbringend und die Zusammenarbeit mit ihnen als vertrauensvoll erlebt wird.

Entscheidungsvorgängen beteiligt zu werden (13). Erschwerend kommt hinzu, dass die Entscheidungsfähigkeit von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen von psychiatrisch Tätigen häufig als eingeschränkt betrachtet wird (14, 15).

Erfahrungen mit dem Weddinger Modell zeigen, dass ein Recovery-orientiertes Arbeiten mit dem Ziel, Selbstbestimmung und Autonomie bei den Patientinnen zu fördern, auch auf der psychiatrischen Akutstation möglich ist. Damit eine sinnvolle Teilung von Risiko und Verantwortung gelingen kann, müssen Entscheidungen in gemeinsamer Abwägung getroffen werden, anstatt dass diese vorwiegend monoperspektivisch getroffen werden. Ein umsichtiger Entscheidungsprozess, der transparent und partizipativ alle Aspekte, Optionen und Beteiligten integriert, ist entscheidend dafür, ob eine Behandlung für Patientinnen als nachvollziehbar oder willkürlich erlebt werden (1). An dieser Stelle zeigen die Erfahrungen mit dem Weddinger Modell wie entlastend als auch gleichzeitig qualitätssteigernd eine intensive multiprofessionelle und dialogische Zusammenarbeit erlebt wird. Wir sind im Vorfeld unserer Umfrage also davon ausgegangen, dass Peers als Teil der multiprofessionellen Perspektive eine besonders wichtige Erweiterung und Chance bedeuten würden, um Entscheidungen einerseits präziser treffen und andererseits nachhaltig verantworten zu können.

Methode

Um die Mitarbeit der Peers zu evaluieren, wurde eine berufsgruppenübergreifende

Mitarbeiterbefragung auf denjenigen Stationen der Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus durchgeführt, auf denen Peers bisher eingesetzt wurden. Es handelt sich um zwei allgemeinpsychiatrische Stationen, die seit vier Jahren nach dem Weddinger Modell mit dem Versorgungsauftrag für die Bezirke Berlin Wedding West (Station 36) und Wedding Ost (Station 37) arbeiten. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt dabei auf der Akutbehandlung von Menschen mit Psychosen oder affektiven Erkrankungen sowie schweren Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen.

Ergebnisse

Von beiden Stationen kamen etwa gleich viele Fragebögen zurück; insgesamt wurden 25 Fragebögen ausgefüllt. Knapp die Hälfte der Fragebögen wurde von der Pflege ausgefüllt; gefolgt von der Berufsgruppe Ärzte (ein Viertel), Psychologen und therapeutischen Dienste (Sozialarbeit, Ergo-, Sport-, Musik-, Kunsttherapie) (► Abb. 1, 2).

- Frage 1: *Wie ist die gefühlte Entlastung durch Peers* (Likert Skala 1–5)
- Frage 2: *Ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Peers möglich?* (Likert Skala 1–5)
- Frage 3: *Was wird problematisch/ hilfreich an der Zusammenarbeit mit Peers erlebt?* (offene Frage)

Insgesamt wurden von den befragten Mitarbeitern vor allem Punkte genannt, die sie als hilfreich empfanden. Als eher unspezifisch wurde dabei z. B. die „Erweiterung des therapeutischen Gruppen- und Einzel-

angebotes“ angegeben sowie, dass die Peers Patientenausgänge begleiten. In Bezug auf die spezifische Kompetenz der Peers wurde häufig benannt, dass durch die Peers die Patientensicht im Team besser repräsentiert sei: Es gelänge z.B. es den Mitarbeitern dadurch eine „betroffene Sichtweise [zu] erfahren“, wodurch sich deren Perspektive erweitere und sie erhielten einen „besseren Zugang“ zu den Patienten. Zudem wurden Peers als „gutes Bindeglied“ zwischen Team und Patienten genannt; sie verhalfen dazu, dass es dem Team leichter falle, „konstruktive Ideen“ z.B. „im Umgang mit Konfliktsituationen“ zu finden. Peers könnten außerdem „auf einer anderen Ebene auf die Patienten zugehen“.

Diskussion

Unsere Umfrage von Mitarbeitern zweier akutpsychiatrischer Stationen zeigt, dass die Zusammenarbeit mit Peers als insgesamt entlastend und vertrauensvoll empfunden wird. Auf Station 36 gaben die Mitarbeiter sogar eine deutliche Entlastung und viel bis sehr viel Vertrauen zu den Peer-Mitarbeitern an, während die Antworten der Mitarbeiter der Station 37 eher eine Tendenz zur Mitte aufwiesen. Der geringfügige Unterschied in der gefühlten Entlastung und der vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen beiden Stationen ist insofern erklärbar, dass die Expertin aus Erfahrung auf der Station 37 erst wenige Tage zuvor ihre Arbeit begonnen hatte. Daher kann das zusätzliche Peer-Angebot auf der Station 37 noch nicht zu einer deutlichen Entlastung beigetragen haben. Aufgrund der fehlenden Möglichkeit, die Zu-

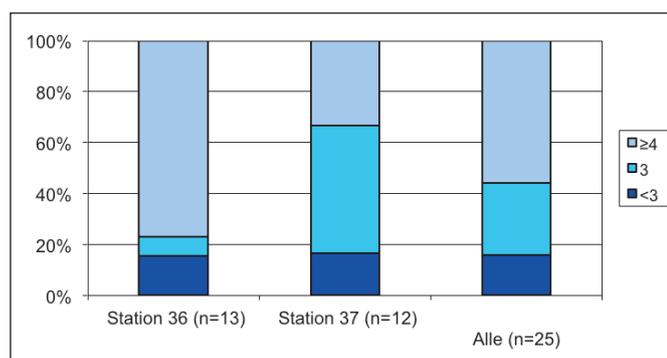


Abb. 1 Entlastung durch Peers

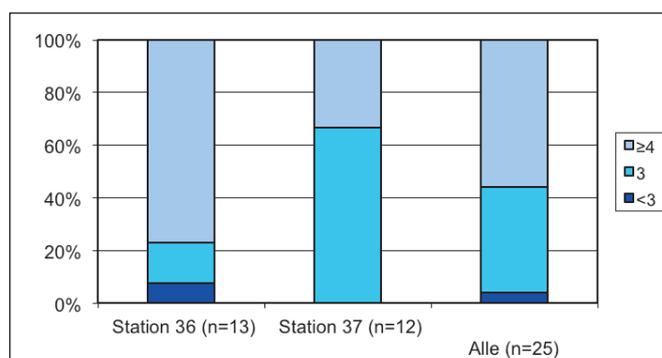


Abb. 2 Zusammenarbeit mit Peers

sammenarbeit mit Peers aus der direkten Erfahrung einzuschätzen, ist das Antwortverhalten insbesondere der Mitarbeiter auf der Station 37 als „Vertrauensvorschuss“ gegenüber der zukünftigen Zusammenarbeit mit Peers zu werten. Auch dass die Peer-Mitarbeit auf der Station 37 insgesamt als entlastend erlebt wird spricht dafür, dass bereits im Vorfeld die Erweiterung der Teams durch Peers als sinnvolle und unterstützende Erweiterung durch die Mitarbeiter gewertet wird. Die Ergebnisse der Station 36 zeigen, dass die Peer-Mitarbeit auch nach einem Jahr gelebter Praxis als vertrauensvoll und entlastend erlebt wird.

Dabei wurde von den Mitarbeiterinnen nicht nur Punkte als hilfreich benannt, die der eigenen Arbeitsentlastung zugeschrieben werden könnten, wie die Erweiterung des Stationsangebotes oder die Übernahme von begleiteten Ausgängen durch die Peers. Explizit wurde das Erfahrungswissen und das Einbringen einer anderen Perspektive durch die Peers als hilfreiche Erweiterung erlebt. So wurde durch die Mitarbeiter benannt, dass die betroffene Sichtweise der Peer-Mitarbeiterinnen die eigene Perspektive erweitere. Das die Peer-Perspektive als deutlich hilfreich und entlastend auf Akutstationen erlebt wird, deren Klinikalltag geprägt sind durch belastende Faktoren wie permanente Überbelegungen sowie häufige und schwierige Akutsituationen, weist drauf hin, dass vorangegangene Erfahrungen der Mitarbeiterinnen mit dem Weddinger Modell hier einen Weg geebnet haben: Mehrperspektivische Entscheidungsfindungsprozesse und ein dialogisch geteilte und verantwortungsvolle Risiko tief verankert in der Klinikroutine wird von den Mitarbeiterinnen als entlastend und sicherer wahrgenommen (2, 6). Zudem sind durch die Veränderungen mit dem Weddinger Modell Begegnungen mit den Pa-

Fazit für die Praxis

Insgesamt sind die Erfahrungen in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Peers in den multiprofessionellen Teams auf psychiatrischen Akutstationen als positiv und gewinnbringend zu bewerten. Die im Rahmen des Weddinger Modells zuvor veränderten klinischen Strukturen und Behandlungsausrichtungen hinsichtlich konsequenter Recovery-Orientierung, Transparenz und Multiperspektivität scheinen eine wichtige Grundlage gebildet zu haben. Durch die vielfältigen Veränderungen im Rahmen des Weddinger Modells wurde es in den Behandlungsteams möglich, unterschiedliches Expertenwissen (durch verschiedene Ausbildungen und/oder durch Erfahrungen) in den therapeutischen Prozess einzubringen. Peers als integraler Teil eines psychiatrischen Teams sind eine logische Konsequenz und können als wichtige Unterstützer und Katalysatoren in der Umsetzung neuer psychiatrischer Konzepte wirken.

tienten und ihren Bezugspersonen nicht nur authentischer, sondern auch „professioneller“ geworden. Die Begegnungen und das Gespräch mit den Patientinnen sind zu einem „respektvollen Miteinander“ gewachsen und der Bedarf nach innerer und äußerer Abgrenzungen deutlich gesunken (1).

Alles dieses trägt unsere Ansicht maßgeblich dazu bei, dass die Mitarbeiter ihre Skepsis gegenüber der Mitarbeit von Peers verloren haben und die Peer-Mitarbeiter sich in dem Teams als offen und respektvoll aufgenommen fühlen.

Interessenkonflikt

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Literatur

1. Mahler L et al. Das Weddinger Modell Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext (1. Auflage.). Köln: Psychiatrie Verlag 2014.
2. Ilkiw-Lavalle O. Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. *Psychiatric Services* 2003; 54(3): 389–393.
3. Laiho T et al. Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2013; 20(9): 830–839.
4. Ryan C et al. Clinical decisions in psychiatry should not be based on risk assessment. *Australasian Psychiatry* 2010; 18(5): 398–403.
5. Grant VJ, Briscoe J. Everyday ethics in an acute psychiatric unit. *Journal of Medical Ethics* 2002; 28(3): 173–176.
6. Liberman RP et al. Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services* 2002; 52(10): 1331–1342.
7. Messinger SD. Cooperation and contention in psychiatric work. *Transcultural Psychiatry* 2011; 48(3): 284–298.
8. Stacey D et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 10(10).
9. Deegan P, Drake R. Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services* 2006; 57(11): 1636–1639.
10. Adams J et al. Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 2007; 58(9): 1219–1221.
11. De las Cuevas C et al. Psychiatric patients' attitudes towards concordance and shared decision making. *Patient education and counseling* 2011; 85(3): e245–e250.
12. Tanenbaum SJ. Consumer perspectives on information and other inputs to decision-making: Implications for evidence-based practice. *Community Mental Health Journal* 2008; 44(5): 331–335.
13. Hamann J et al. Patients' and psychiatrists' perceptions of clinical decisions during schizophrenia treatment. *The Journal of nervous and mental disease* 2008; 196(4): 329–332.
14. Hamann J et al. Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: Patient characteristics and decision topics. *Psychiatric Services* 2009; 60(8): 1107–1112.
15. Seale C et al. Sharing decisions in consultations involving anti-psychotic medication: a qualitative study of psychiatrists' experiences. *Social science & medicine* 2006; 62(11): 2861–2873.