

„Auf dem Weg...

...zu neuen Perspektiven’

## **Rahmenkonzept Pflege- und Pädagogischer Dienst**

### **Einleitung**

Unser Rahmenkonzept des pflegerischen- und pädagogischen Dienstes ist ein integrativer Bestandteil des Therapiekonzeptes der Klinik und verfolgt dementsprechend gleichfalls die dort beschriebenen externen und internen Zielsetzungen. Dabei stützt das Rahmenkonzept sich ausdrücklich auf eine diakonische Grundhaltung. Wir gehen davon aus, dass dem Menschen eine, auch durch Krankheit, Sucht oder Fehlverhalten wie Straftaten, nicht zu verlierende Würde zu Eigen ist. Dies ist für uns im Kontext von forensischer Pflege und Behandlung von besonderer Bedeutung, da forensische Patienten sich einer doppelten Stigmatisierung, im Sinn von krank, süchtig nach illegalen Drogen und kriminell, ausgesetzt sehen. Diese doppelte Stigmatisierung spiegelt gleichzeitig ein kontinuierliches Spannungsfeld für unsere Mitarbeitenden wieder. Diese ergibt sich aus dem gesellschaftlichen Auftrag der Behandlung bei gleichzeitiger Sicherung und zieht sich wie ein roter Faden durch die gesamte Arbeit aller Mitarbeitenden der Klinik aber insbesondere durch die Arbeit des Pflege- und Pädagogischen Dienstes. Dies erfordert ein besonders ausgeprägtes Reflexionsvermögen unserer Mitarbeitenden.

Die Mitarbeitenden des Pflege- und pädagogischen Dienstes verstehen sich als Teil eines multidisziplinären Behandlungsteams, das die gemeinsame Zielsetzung der Reintegration der Patienten in die Gesellschaft verfolgt und dazu psycho- und sozialtherapeutische Methoden nutzt.

Dies erfordert eine wertschätzende, empathische, verstehende und annehmende Grundhaltung, die sich an den Ressourcen der Patienten orientiert und im Sinn der sensitiven Pflege (Visser/De Jong 1999) auch die Sensitivität für die kulturelle Prägung der Patienten mit einschließt. Sie ist auf Motivation, Beteiligung und Entwicklung ausgerichtet. Dabei besteht die Herausforderung darin, gleichzeitig die Rückfallgefährdung und die Sicherheit im Blick zu haben.

### **Zielsetzung des Pflege- und pädagogischen Dienstes**

Pflegeberufe im psychiatrischen Kontext sehen ihre Aufgabe in der Hilfestellung bei der Krankheits- und Alltagsbewältigung (Schädle-Deininger 2008) und fokussieren dabei auf das Alltägliche und die Beziehungsgestaltung im Alltäglichen (Lüthi/Abderhalden 2004). Dieser Zielsetzung liegt die Annahme zu Grunde, dass psychiatrische Erkrankungen stets mit einem Verlust an Beziehungsfähigkeit einhergehen (Schnepf 1997, Schmidt-Quernheim/ Hax-Schoppenhorst 2008). Deswegen gehört es zu den zentralen Aufgaben, die Integrität der Patienten, im Sinn

der Unverletzlichkeit der Person, zu schützen und/oder wiederherzustellen und ihnen den Umgang mit der Erkrankung und deren Folgen zu erleichtern. Die Patienten werden bei der Suche nach Alternativen zum bisherigen Verhalten unterstützt, und es wird ihnen geholfen, die soziale Teilhabe zu erhalten oder zurückzugewinnen und neue Fähigkeiten an sich zu entdecken oder alte wieder zu finden (Schoppmann 2008). Im Bereich der forensischen Psychiatrie wird diese Zielsetzung um eine weitere Dimension im Sinnen des beschriebenen Spannungsfeldes ergänzt. Wir fokussieren deswegen auch auf die Prävention von Rückfällen in die Sucht und/oder in die Kriminalität. Um diese Zielsetzung zu erreichen, nutzen wir im NTZ insbesondere die Möglichkeiten der Milieu- und Beziehungsgestaltung.

## Milieugestaltung

*„There is no patient ‘untreated’ by his environment – only patients ‘treated’ well or ill.”*  
(Stanton 1962, zitiert in Linden et al. 2006)

Unter Milieu kann das Zusammenspiel räumlicher und zeitlicher Strukturen sowie das soziale Miteinander der beteiligten Personen verstanden werden. Es gewinnt seinen therapeutischen Wert, indem es so gestaltet wird, dass es den Patienten persönlichen Wachstum und Reife ermöglicht (Bettelheim 1975) und dabei die soziale Umgebung nutzt, um soziale Veränderungen bei Patienten zu bewirken (Jones 1953). Das Milieu der Wohngruppe, ist mindestens für zwei Jahre der Raum, in welchem die Patienten, nach einem Tag von Arbeit und Therapie, nach Hause kommen. Dort finden sie Zeit, sich zu entspannen, aber vor allem auch eine Umgebung, um neue Erfahrungen zu machen und neu gelerntes zu erproben.

Gunderson (1978) identifizierte fünf basale Prinzipien, die auch heute noch von Bedeutung sind:

- Haltgeben (containment)
- Struktur (structure)
- Unterstützung (support)
- Beteiligung (involvement)
- Wertschätzung (validation).

Die haltgebende Funktion bezieht sich auf die Sorge für eine sichere Umgebung im Sinne des „Sich–sicher–fühlen–Könnens“ der Patienten, wozu auch die Sorge für das Einhalten von Grenzen gehört. Mit Struktur ist die vorhersehbare Organisation von Zeit, Raum und beteiligten Personen gemeint. Unterstützung bedeutet die bewusste Bemühung der Mitarbeitenden, den Patienten die Integration in die Gemeinschaft zu ermöglichen. Das Prinzip der Beteiligung zielt darauf, das Interesse und die Verantwortung der Patienten für ihre soziale Umgebung zu fördern. Wertschätzung meint das Bemühen, dem individuellen Patienten, trotz aller Gemeinschaftsregeln, gerecht zu werden.

Wir schließen uns diesen fünf basalen Prinzipien an und nutzen sie als Grundlage für unsere Milieugestaltung. Wie die theoretischen Grundlagen in der Praxis angewandt werden, wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

Die Hausordnung und die daraus resultierenden Bereichsordnungen bilden den Rahmen für die Milieugestaltung.

Die haltgebende Funktion wird durch überschaubare Behandlungseinheiten unterstützt, wobei eine Größenordnung von 10 Patienten pro Wohngruppe angemessen erscheint. Hier wird es Regeln im Zusammenleben geben, die gemeinsam festgelegt und von allen Beteiligten verbindlich eingehalten und reflektiert werden. Diese Regeln werden in den regelmäßig stattfindenden ‚Wohngruppenversammlungen‘ von den Mitarbeitenden des Pflege- und Pädagogischen Dienstes oder den Patienten thematisiert und reflektiert.

Die Vorhersehbarkeit der Organisation von Zeit, Raum und beteiligten Personen ergibt sich einerseits aus der räumlichen Nutzung der Behandlungseinheiten und andererseits aus eindeutigen Therapie-, Tages- und Wochenplänen, die den Patienten zugänglich gemacht werden. Patienten werden bei eventuell notwendigen Änderungen dieser Organisation zeitnah von den Mitarbeitenden informiert.

Zur Tagesstruktur gehört auch die gemeinsame Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten sowie eine festgelegte und umschriebene Zeit für den Tagesrückblick, in dem die Erlebnisse des jeweiligen Tages gemeinsam besprochen und reflektiert werden. Dieser Tagesrückblick, für jeweils sechzig Minuten, findet an den Wochentagen statt, an welchen es keine Psychotherapiegruppen gibt. Im Bezug auf die Normalität finden wir es sehr wichtig, dass die Patienten die Wohngruppe als einen Raum erleben, in der keine Therapie stattfindet. Die Mitarbeitenden unterstützen die Patienten in der Gestaltung ihrer therapiefreien Zeit.

Die Patienten werden von uns im Bemühen um die Integration in die Gemeinschaft der Wohngruppe unterstützt, indem wir sie zur Selbstwahrnehmung und deren Verbalisierung anregen, Rückmeldungen über Fremdwahrnehmungen geben und dazu beitragen, alte Verhaltensmuster zu korrigieren. Dabei legen wir insbesondere Wert darauf, vorhandene Fähigkeiten zu stärken. Defizite werden durch alltagspraktisch ausgerichtete Trainings verbessert und optimiert.

Die Patienten werden von uns aktiv an der Gestaltung des Alltags in der Wohngruppe beteiligt. Dies bezieht sich auf unterschiedliche Alltagsbereiche wie das Sauberhalten von Kleidung und Gemeinschaftsräumen, das tägliche Zubereiten von gemeinsamen Mahlzeiten, der Gestaltung gemeinsamer Freizeitaktivitäten, mögliche gemeinsame Rituale zu besonderen Anlässen, wie Geburtstage von Mitpatienten..

Wir sind bemüht, die Patienten darin zu unterstützen, Kontakte zu Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen wiederherzustellen, aufrecht zu erhalten und neu zu gestalten.

Darüber hinaus bezieht sich das Prinzip der Beteiligung auch auf die Beteiligung am sozialen Leben außerhalb der Klinik, was unter Sicherheitsbedingungen, teilweise nur indirekt geschehen kann. Gerade dann wird es besonders bedeutsam, die Patienten für das soziale Geschehen in ihrem zukünftigen Lebensraum zu interessieren, beispielsweise durch gemeinsames Zeitung lesen, Nachrichtensendungen diskutieren, der Beschäftigung mit ortsnahen Freizeitangeboten o. ä. Dabei schätzen die Mitarbeitenden das Sicherheitsrisiko kontinuierlich ein und reflektieren die Spannung zwischen dem gesellschaftlichem

Anspruch nach Sicherheit einerseits, und dem therapeutischen Auftrag nach Reintegration andererseits.

Die Wertschätzung für den einzelnen Patienten drückt sich durch Interesse an dessen individueller Lebensgeschichte, seinen besonderen Fähigkeiten und Interessen sowie seiner speziellen Situation aus. Sie wird unterstützt durch eine sensible Beziehungsgestaltung und einen respektvollen Umgang der Mitarbeitenden mit den Patienten und ihren Angehörigen. Auch hier erfordert das bereits beschriebene Spannungsfeld die besondere Reflexionsfähigkeit der Mitarbeitenden. Gerade im forensischen Kontext spielen Angst und Ressentiment bei Mitarbeitenden, in der Arbeit mit Patienten, eine große Rolle. Reflexion der Gegenübertragung, (z. B. mit den Patienten will ich nicht aber ich muss; vor diesem Patienten habe ich Angst, aber ich muss trotzdem Regeln einhalten und mich durchsetzen), sind wichtige Themen innerhalb des Teams und in der Supervision.

### **Beziehungsgestaltung**

Die Basis für die Behandlung bildet die professionelle Beziehungsgestaltung. Dazu gehören das Beginnen, Aufrechterhalten und das vorbereitete Beenden der Beziehung. Die dazu gehörende wertschätzende Grundhaltung zieht sich durch alle Aufgabenbereiche des Pflege- und Pädagogischen Dienstes. Zur Unterstützung dieses Prozesses werden die Mitarbeitenden die Arbeit mit den Patienten im Bezugspflegesystem organisieren.

Needham und Abderhalden (2002) entwickelten, auf der Grundlage einer Delphi-Studie in der deutschsprachigen Schweiz, eine Definition von Bezugspflege:

„Jeder Patient/jede Patientin hat eine (pflegerische) Bezugsperson, die für die Einführung auf der Station [...], sowie während des ganzen Aufenthaltes auf der Station im Rahmen einer unterstützenden Beziehung für eine zielgerichtete, der individuellen Situation angepasste, interdisziplinär abgesprochene Pflege der Patientin/des Patienten und für die Betreuung der Angehörigen auf der Grundlage des Pflegeprozesses verantwortlich ist“ (ebd. S.191).

Im Weiteren führen die Autoren aus, dass der/die Bezugsperson in der Gestaltung der Beziehung zu ihrem/ihren Bezugspatient/en initiativ wird, die Beziehung mit dem Patienten zum Thema macht und sie nach den therapeutischen- und pflegerischen Zielsetzungen ausrichtet.

Wir im NTZ –Duisburg stützen uns in unserem Auftrag auf diese Definition. In der Beziehungsgestaltung legen wir eine wertschätzende Haltung zugrunde, die davon ausgeht, dass Menschen sich entwickeln und reifen können. Die Mitarbeitenden wissen um die Bedeutung von Hoffnung in diesem Prozess (Hillbrand/Young 2008, Repper 2009) und vermitteln diese aktiv. Dabei bedienen sie sich auch der Methode der motivierenden Gesprächsführung (Miller/Rollnick 2009) und reflektieren ihr eigenes Verhalten kontinuierlich.

Um eine vertrauensvolle Beziehungsarbeit unter Wahrung der professionellen Distanz gewährleisten zu können und die Reflexionsfähigkeit zu unterstützen, nutzen die Mitarbeitenden regelmäßig Fort- und Weiterbildungsangebote, Möglichkeiten der Fallbesprechung und das Angebot regelmäßiger Supervision. Die Mitarbeitenden

lernen in diesen Fortbildungen auch ihre eigenen Bedürfnisse zurückzustellen. Z. B. Gefühle wie: nur ich kann diesem Patient helfen, jeder Mensch muss mich lieben. Dies sind Bedürfnisse der Mitarbeitenden, die jeder bei sich selber erkennen kann und im Team offen besprochen werden müssen.

Die Mitarbeitenden des Pflege- und Pädagogischen Dienstes werden ihre Beobachtungen und Wahrnehmungen beschreiben, gemeinsam mit dem Patienten und in Teambesprechungen reflektieren und auf dieser Basis gemeinsam mit dem Patienten die Pflegeplanung erstellen. Diese Pflegeplanung wird immer individuell gestaltet und kann von Inhalt und Größe auch sehr unterschiedlich sein.

Die Pflegeplanung ist integrativer Bestandteil des Behandlungsplans und beinhaltet die Erhebung einer Pflegeanamnese, die gemeinsame Formulierung von Zielsetzungen, die Beschreibung von Interventionen zur Erreichung der Zielsetzung sowie die kontinuierliche Evaluationen und Dokumentation der gesamten Planung... Vor dem Hintergrund der oben formulierten Zielsetzung des Pflege- und Pädagogischen Dienstes wird auf die Nutzung einer standardisierten Sprache wie sie z.B. Pflegediagnosen darstellen verzichtet. Stattdessen orientiert sich die Beschreibung der Probleme und Zielsetzungen an der jeweils individuellen Sprache der Patienten, um so die lebensweltlichen Bezüge und Ressourcen bei der Zielerreichung zu nutzen.

Würde in der Behandlungsplanung z.B. das Aufrechterhalten der Abstinenz als Zielsetzung festgelegt, dann könnte bei der Pflegeanamnese mit erhoben werden in welchen Situationen der Patient einen besonderen Suchtdruck verspürt, wie er diese Situation erkennt und sich darauf vorbereiten kann, welche Strategien ihm bislang geholfen haben, damit umzugehen und welche Strategien weniger hilfreich waren. In einem nächsten Schritt würde die Bezugsperson mit dem Patienten alternative Möglichkeiten erarbeiten und mit ihm vereinbaren, welche davon er ausprobieren und wie er deren Wirkung überprüfen und mit der Bezugsperson kommunizieren will. Dies würde dann als geplante Pflegeintervention festgehalten. Dabei würde auch berücksichtigt welche Unterstützung der Patient dabei von der Bezugsperson braucht.

Die Pflegeplanung wird dann sowohl vom Patienten, der Bezugsperson aus dem Pflege- und Pädagogischen Dienst, dem Stationstherapeuten und der pflegerischen Bereichsleitung unterschrieben. Dies dient zwei Zielsetzungen: Zum einen soll damit die Motivation und Eigenverantwortung der Patienten gefördert werden und zum anderen soll die Kongruenz mit der Behandlungsplanung sichergestellt werden. Im vereinbarten Evaluationsgespräch überprüft die Bezugsperson gemeinsam mit dem Patienten ob, wie und mit welchem Erfolg er die Strategien eingesetzt hat, welche Probleme dabei aufgetreten sind, wie darauf zu reagieren bzw. was gegebenenfalls zu modifizieren oder neu zu etablieren wäre. Und damit beginnt der pflegerische Problemlösungsprozess von neuem.

Dieses Konzept gibt den Rahmen für die praktische Arbeit mit den Patienten vor. Es wird einmal im Jahr, gemeinsam mit den Mitarbeitenden des Pflege- und Pädagogischen Dienstes sowie des therapeutischen Dienstes reflektiert und überarbeitet.

Dezember 2009  
L. Theunissen-Schuiten

## Literatur

- Bettelheim, B. (1975). Wege aus dem Labyrinth - Leben lernen als Therapie. Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart.
- Gunderson, J.G. (1978). Defining the therapeutic process in psychiatric milieus. Psychiatry, 41: 327-335.
- Hax-Schoppenhorst, T./Schmidt-Quernheim, F.(2003). Professionelle forensische Psychiatrie. Das Arbeitsbuch für Pflege- und Sozialberufe. Verlag Hans Hber, Bern.
- Hillbrand, M./Young, J.L. (2008). Instilling Hope Into Forensic Treatment: The Antidote to Despair and Desperation. J Am Acad Psychiatry Law 36:90-94.
- Jones, M. (1953). The Therapeutic Community- A New Treatment Method in Psychiatry. Basic Books, New York.
- Linden, M./Baudisch, F./Popien, C./Golombek, G. (2006). Das ökologisch-therapeutische Milieu in der stationären Behandlung. Der Wohnmilieufragebogen. PsychotherPsychMed 56: 390-396.
- Lüthi, R./Abderhalden, C. (2004). Psychiatrische Pflege. In: Rössler, W.(Hg.): Psychiatrische Rehabilitation. Springer Verlag, Berlin 320-325.
- Miller, W.R./Rollnick, S.(2009). Motivierende Gesprächsführung (3.unver. Aufl.). Lambertus-Verlag, Freiburg.
- Needham, I./Abderhalden, C. (2002). Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege. Psych Pflege 8: 189-193.
- Repper, J. (2009). Recovery, Psychiatrie und Pflege. Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit 3:1-11.
- Schädle- Deininger, H. (2008). Basiswissen: psychiatrische Pflege. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Schnepf, W. (1997). Vorwort. In Schnepf,W./ Schoppmann,S./ Scharf,W./ Wippermann, R. (Hrsg.): Pflegeforschung in der Psychiatrie. Berlin, Ullstein Mosby, V-X.
- Schoppmann, S. (2008). Einsichten von Innen: Aufgaben und Tätigkeiten der Pflegenden in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen (CH). Eine qualitative Studie. Psych.Pflege 14: 294-306.
- Visser, M./De Jong, A. (1999): Cultuur en zorg – een interculturele benadering van zorg in de verpleging. Bussum.