



Zentralinstitut für
Seelische Gesundheit
Landesstiftung
des öffentlichen Rechts

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

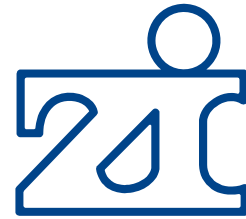
LVR-Fokustagung 2018

UPDATE

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Köln, 29.01.2018





Zentralinstitut für
Seelische Gesundheit

Landesstiftung
des öffentlichen Rechts

Der Track als innovatives multiprofessionelles Konzept der psychiatrischen Akutversorgung



Die Behandlung im Track-System

Innovation in Diagnostik und Therapie psychisch Erkrankter in Mannheim



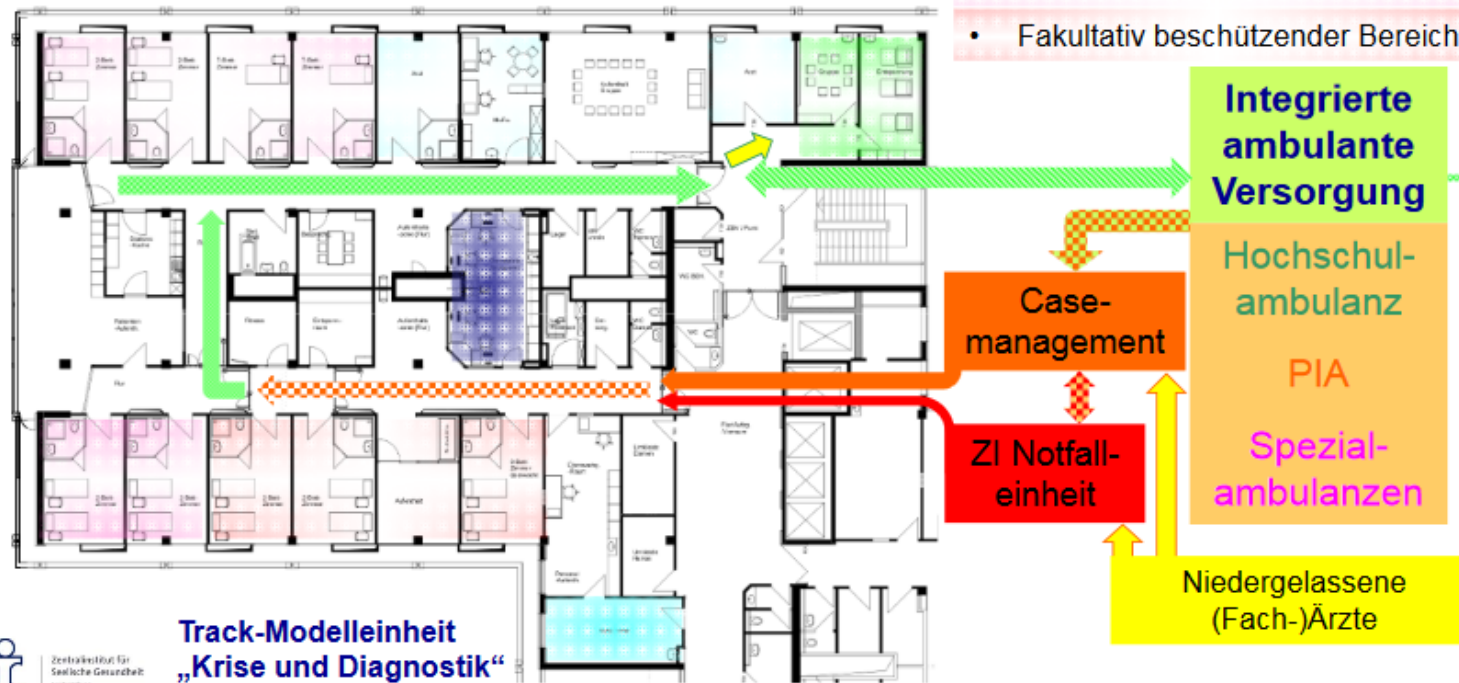
Die Behandlung im ZI-Track-System
Modelltrack „Krise- und Diagnostik“ („4A/KD“)

Finale Version der Track-Einheit „Krise und Diagnostik“ (KD-A)

Integrierte stationär-teilstationär-ambulante Behandlung von der akuten Erkrankung bis zum Home-Treatment

- 16 stationäre Behandlungsplätze
- 5 teilstationäre Behandlungsplätze
- Ambulante Behandlung und Home-Treatment

- Zentraler Stützpunkt
- Einzeltherapiebereich (auch ambulant)
- Tagesklinischer Ruhebereich
- Offener Bereich
- Fakultativ beschützender Bereich



Vereinfachtes Modell des Track-Konzeptes

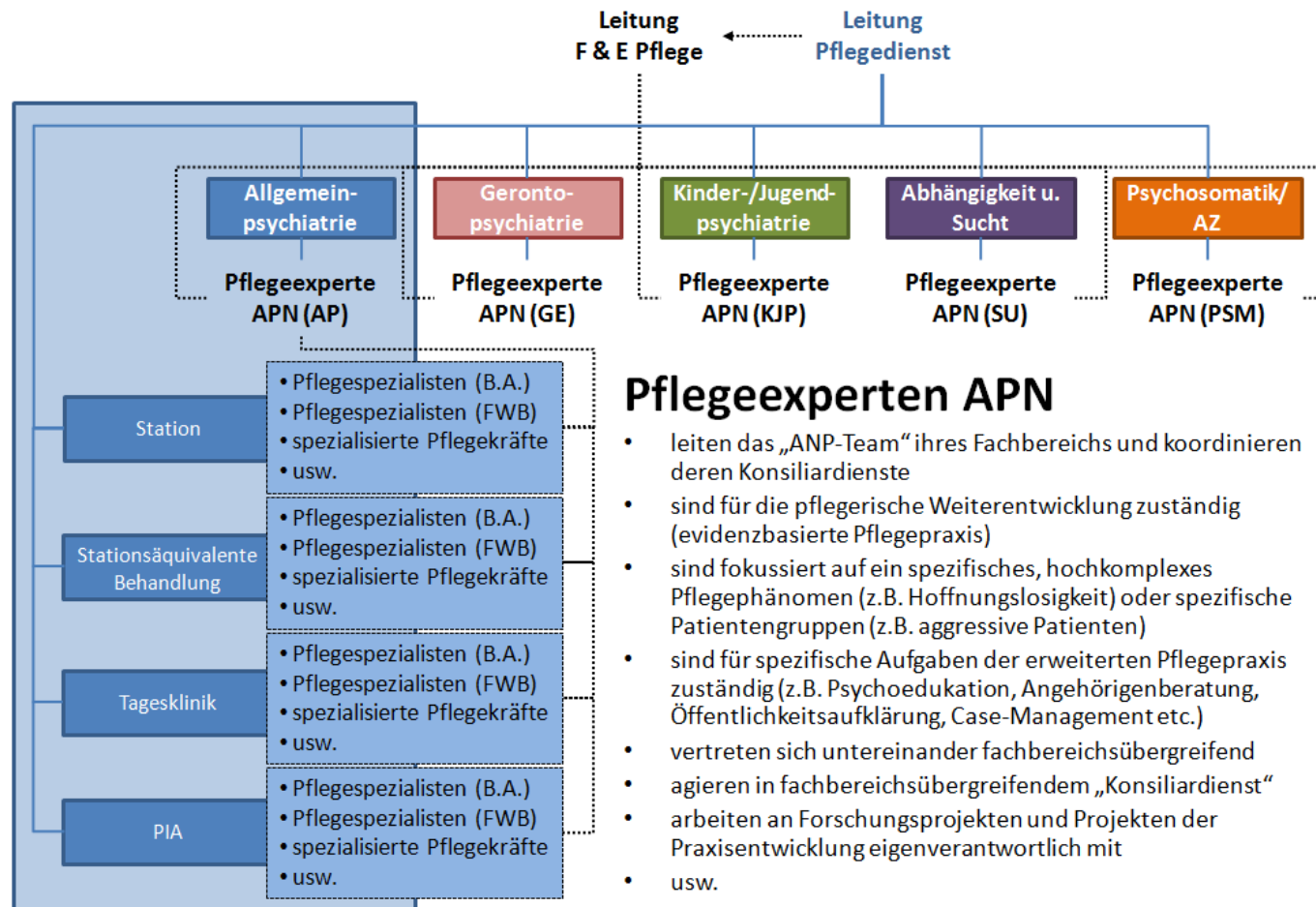
- Keine strikte Trennung zwischen einzelnen Stationen sowie zwischen stationärer und ambulanter Betreuung



- Aufbau des Krankenhauses in Tracks
- Aufbau dezentraler Strukturen

- Orientierung an jeweils individuellen Krankheitsbildern
- Hauptarbeitsmethode: Bezugspflegesystem bzw. Bezugs-Therapeuten System, unabhängig vom Status der Patienten

Beispiel für die Integration von APK sowie Lehre, Forschung und Praxisentwicklung



Delphi-Studie

„Kernaufgaben der Pflege in der stationären Allgemeinpsychiatrie“

Hintergrund

Die Beschreibung des Aufgaben- und Tätigkeitsprofils der psychiatrischen Pflege ist zum einen eine Voraussetzung für eine adäquate pflegerische Personalbemessung; zum anderen ist sie eine Voraussetzung für die intraprofessionelle als auch die interprofessionelle Abgrenzung der Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche im klinischen psychiatrischen Setting. Es können zwar einige Studien identifiziert werden, welche die Beschreibung der Aufgaben und Tätigkeiten der psychiatrischen Pflege fokussieren, diese Untersuchungen bedürfen allerdings einer auf klinischer, theoretischer und Wissenschaftlicher Expertise beruhenden Systematisierung und inhaltlichen Validierung.



Evidenz-basierte psychiatrische Pflege

Die Referenten:

Bernd Reuschenbach ist Professor für gerontologische Pflegewissenschaft an der Katholischen Stiftungsfachhochschule München. Dort leitete er bis 2012 den dualen Pflegestudiengang und seit 2014 den Masterstudiengang „Pflegewissenschaft Innovative Versorgungskonzepte“. Gemeinsam mit dem IPP der Universität Bremen (Prof. Dr. Darmann-Finck) evaluierte er die Pflegemodellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen und war in vielen anderen Evaluationsprojekten von Modellstudiengängen beteiligt.
Kontakt: bernd.reuschenbach@ksfh.de

Sabine Hahn ist promovierte Pflegewissenschaftlerin und Dipl. Pflegeexpertin. Sie leitet die Disziplin Pflege und ist Leiterin der angewandten Forschung und Entwicklung/Dienstleitung Pflege an der Berner Fachhochschule (CH). Sie forscht u.a. im Bereich Kompetenz- und Qualitätsentwicklung und deren Messung in Pflege- und Gesundheitsberufen. Als Co-Präsidentin der Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege setzt sie sich für die akademische psychiatrische Pflege ein.
Kontakt: sabine.hahn@bfh.de

Michael Schulz ist habilitierter Pflegewissenschaftler sowie Professor und Studiengangsleiter für Psychiatrische Pflege / Psychische Gesundheit an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen Adherence und Partizipation im psychiatrischen Pflege- und Behandlungskontext, Belastungserleben Pflegenden sowie die Zukunftsfähigkeit des Berufsprofils psychiatrischer Pflege.
Kontakt: michael.schulz@fhdd.de

Uwe Braamt arbeitet als Pflegedirektor in der LWL Klinik Herten, Schwerpunktthemen sind Suizidalität, offene Türen und das Leiten von Gruppen. Nebenberuflich arbeitet er als Supervisor (DGSV) und Gestalttherapeut.
Kontakt: uwe.braamt@lwl.org

Claus Staudter, Pflegedirektor
Kerstin Papke, DBT-Coach



Zentralinstitut für
Seelische Gesundheit
Landesstiftung
des öffentlichen Rechts

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J5 · 68159 Mannheim
Telefon: 06 21 17 03-0

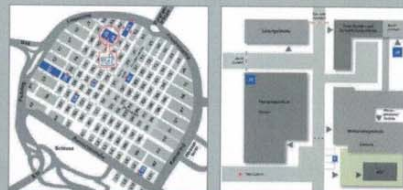
Veranstalter

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Katholische Hochschule Mainz
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege

Wie Sie uns finden

Öffentliche Verkehrsmittel
Straßenbahnlinien: 1, 3, 4, 5 und 7
(Haltestellen: Abendakademie und Marktplatz)

Parkmöglichkeiten
Tiefgarage Marktplatz, Tiefgarage H 6



www.zi-mannheim.de



Zentralinstitut für
Seelische Gesundheit
Landesstiftung
des öffentlichen Rechts

Deutsche Fachgesellschaft
Psychiatrische Pflege

Evidenz-basierte psychiatrische Pflege

Akademische Pflegekräfte im Kontext der multidisziplinären psychiatrischen Versorgung
Hintergründe, Entwicklungen, Erfahrungen

Symposium
Freitag, 17. November 2017
14:00-18:00 Uhr
Suchtzentrum, J4 · 4. OG
Hans-Martini-Raum

Konkreter Skill- und Grademix

Adoleszenten Station: 14 voll- und 13 teilstationäre

Insgesamt sind **17,0 VK** im Pflege- und Erziehungsdienst eingesetzt

- 0,75 VK Bachelor-Abschluss
- 0,40 VK DBT-Coach für Pflege- und Sozialberufe
- 0,60 VK DBT Peer-Coach
- 4,00 VK Heilerziehungspflege, Jugend- und Heimerzieher, GKPP
- 10,5 VK GKP
- 1,25 VK FSJ und KPH
- 1,00 VK Studentische Beiwachen

Pflege- und Erziehungsdienst in der Arbeit mit Borderline Patienten

- Am nächsten am Patienten
- 24h beim Patienten
- ZuschauerIn
- CheerleaderIn
- MitspielerIn
- Modell
- TrainerIn
- Viel persönlicher Einsatz
- Unvorbereitet durch die reguläre Ausbildung



Pflege- und Erziehungsdienst in der Arbeit mit Borderline Patienten

- Unsicherheiten im Umgang mit BPS Patienten
- Unterschiedliches, manchmal gegensätzliches, (überevorsichtiges oder zu rigides) Vorgehen im Team
- Hohe Belastung durch die Symptomfülle
- Angst, Fehler zu machen, die zu schweren Verletzungen oder dem Tod des Patienten führen
- ...

Pflege- und Erziehungsdienst in der Arbeit mit Borderline Patienten

- Weg vom Aufmerksamkeitsfokus auf Problemverhalten und hin zur regelhaften Bezugspersonenarbeit
- Verständnis und Handwerkszeug für den Umgang mit chronischer Suizidalität
- Sicherheit in therapeutischen Tools (Verhaltensanalyse, Pro und Contra Listen, Gefühlsprotokolle etc., etc., etc.)
- Dialektik vermitteln – eigene Haltung reflektieren
- Unterstützung durch Supervision



Teams, die mit Borderline Patienten arbeiten:

- „profitieren davon, ein Verständnis für die Emotionsregulationsstörung zu bekommen
- arbeiten am effektivsten, wenn TEAM berufsgruppenübergreifend verstanden wird
- brauchen eine gemeinsame validierende Grundhaltung
- sind entlastet durch strukturierte Abläufe UND die Möglichkeit von Ausnahmen



Was braucht es also?

- Ausbildung für das gesamte Team
- Anleitung und immer wieder Übungsmöglichkeiten
- Work in Progress (durch „Fehler“ werden auch wir Klug)
- Austausch
- Supervision (auch Video)





Konzept DBT Peer Coach ZI Mannheim

- Ein DBT-Peer-Coach ist jemand, der eigene Erfahrungen mit der Borderline-Störung hat und durch eine Ausbildung gelernt hat, wie er andere Betroffene mit Hilfe der DBT unterstützen kann.
- Es kann einen beeindruckenden Effekt haben, auf jemanden zu treffen, der genau das Gleiche empfindet, der exakt diese Probleme kennt... „der diesen Turbo auch in sich hat“
- Patienten haben feste Kontakte zum DBT-Peer Coach
- Skillsgruppenleitung ist effektiver
- Bei Bedarf Angehörigen Gespräche in Form eines dialogischen Austausches (**Dolmetscherfunktion**)
- Coaching und „Einführung“ neuer Mitarbeiter als „Übersetzer“

Theorie in DBT durch Teilnahme am Curriculum

Basis I

Skills I

Skills II

DBT-
SUP

Basis II

Basis III

Skills III

- Voraussetzungen (Diplom)
- Theorie in Verhaltenstherapie (24h)
- Berufliche Tätigkeit mit Borderline-Patienten (min. 6 Monate)
- Durchführung einer Skills-Gruppe als Therapeut in Ausbildung
- Video-Nachweis von spezifischen Kenntnissen und Fertigkeiten in DBT (6 Videos)
- Empfehlungsschreiben des Supervisors
- Vorliegen eines kurzen Lebenslaufs
- Fachgespräch

Regelungen vor dem 1.1.17
⇒ DDBT Seite unter Fortbildungen



Deeskalation

Was ist das?

Wo kann es uns helfen?

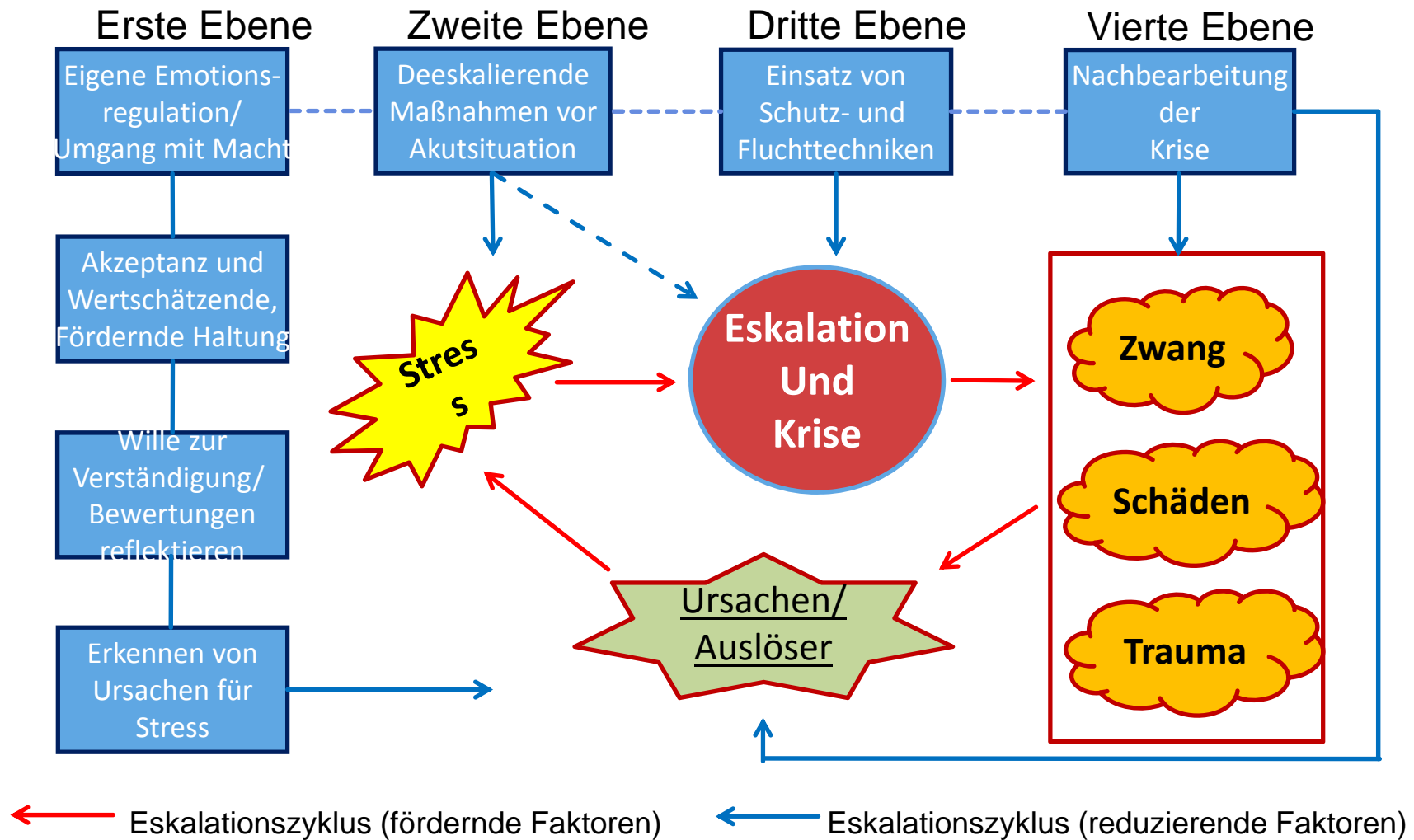


Hintergrund

Die Thematik **Aggression** und **Gewalt** in der medizinischen Versorgung von Patienten wird in der Öffentlichkeit, der Politik und selbst innerhalb der Psychiatrien außerordentlich **kontrovers** und **emotional** diskutiert.



„Jede medizinische Maßnahme bedarf grundsätzlich der Zustimmung des betroffenen Patienten!“



— OUTCOME- Deeskalation —

Inhalte des Deeskalationstrainings

- **Techniken zum Eigenschutz**
(Abwehr- und Flucht)
- **A–traumatische taktile Techniken**
(Begleitung/Halten/Immobilisieren)
- **Rechtliche Grundlagen**
zur Anwendung von FEM
- **Nachsorge** für Mitarbeiter und Patienten





— OUTCOME- Deeskalation —

Ablauf des Deeskalationstrainings – Multiplikatoren-Schulung

- **Modulare Schulung in Blöcken** (4 Blöcke á 3 Ganztagesveranstaltungen)
- **Zertifizierung** (Abschlussarbeit, Prüfung per Colloquium)
- **Schulung durch ausgewiesene Experten**
- **Refresher-Kurse** (mind. einmal jährliche Ganztagesveranstaltung)
- **Teambildung** / einheitliches Vorgehen in exponierten Situationen (**KrisenInterventionsTeam**)
- **Adaption** des Deeskalationstrainings (Abstimmung bzw. Anpassung an die Gegebenheiten vor Ort)



The coldest winter I ever spent was a summer in San Francisco

(Mark Twain)

