

## **„Seelische Themen im häuslichen Umfeld gut bewältigen“ Interview mit Bianca Heider zur Arbeit im Modellvorhaben (Gerontopsychiatrie)**

### **Was bedeutet es, im Modellvorhaben / FACT-Team der Klinik GPP zu arbeiten?**

Bianca Heider (B.H.): Durch das Modellvorhaben konnten wir die Zuhause-Behandlung, in der Gerontopsychiatrie heißt diese Flexible Assertive Community Treatment (FACT), einführen. Eigentlich war der Aufbau dieses Angebots später geplant, durch die Pandemie sind wir von heute auf morgen gestartet. Das war im ersten Lockdown. Wir hatten keine Erfahrung, psychisch Erkrankte im häuslichen Umfeld zu versorgen und mussten uns erst einmal finden. Insbesondere, wenn man wie ich, 20 Jahre stationär gearbeitet hat, ist das anders. Es war eine große Herausforderung, was daraus entstanden ist, ist großartig. Im FACT-Team machen wir richtige Behandlung, diese ist stationsäquivalent. Das heißt, wir sind mindestens einmal pro Woche bei unseren Patient\*innen, die akute psychische Probleme haben.

### **Welche Aspekte schätzen Sie besonders? Welche weniger?**

B.H.: Ich schätze, dass man eine enge Beziehung zu Menschen aufbaut, die man zuhause versorgt. Wenn ich aufsuchend für FACT unterwegs bin, bin ich zu Besuch bei den Menschen. Diese sind nach wie vor Chefin oder Chef im eigenen Haus, der Wohnung oder im Zimmer im Pflegeheim. Hier kann man sich viel stärker auf den Menschen und seine Erkrankung konzentrieren, alles ist maßgeschneidert und auf diesen ausgerichtet. Es gibt keinen aus dem Team, der mich man dann braucht. Stationär geht das nicht so einfach. Vor der Zuhause-Behandlung erfolgt ein sehr langes Aufnahmegespräch. Hier wird geklärt, wo Defizite sind und welche Ziele der jeweilige Mensch hat. Wir als Team arbeiten mit dem Menschen daran, diese zu erreichen. Der Mensch steht also wirklich im Mittelpunkt, was für diesen sehr wertvoll ist. Bei der Altersgruppe, die wir versorgen, spielt es auch eine nochmals größere Rolle, dass die Menschen zuhause sein können. ‚Einen alten Baum verpflanzt man nicht‘ - das trifft auch auf Menschen mit einer Demenz zu, die dann stärkere Schübe außerhalb ihres gewohnten Umfelds z.B. auf Station entwickeln.

Es gibt einen Aspekt, der zugleich schwierig und gut ist: Es gibt kein richtiges und deutliches Konzept für die Zuhause-Behandlung in der Gerontopsychiatrie. Das Angebot existiert erst ein Jahr, hier wird noch viel gebastelt und gebaut. Dadurch hat man natürlich auch viele Freiheiten. Auf der anderen Seite fehlt Sicherheit und Halt, den man durch ein fertiges Konzept hätte. Da geht es um Richtlinien, Grenzen der eigenen Arbeit bzw. des Konzeptes. Das bereitet manchmal Schwierigkeiten, braucht aber verständlicherweise Zeit. Ich bin mir sicher, dass sich das entwickeln wird.

### **Warum haben Sie sich für die Arbeit im Modellvorhaben entschieden?**

B.H.: Ich war immer glücklich auf Station. Irgendwann habe ich gemerkt, dass ich frischen Wind brauche. Ich habe 21 Jahre stationär in der Gerontopsychiatrie gearbeitet. Dass ich gefragt wurde, ob ich mir eine aufsuchende Arbeit vorstellen kann, kam zum richtigen Zeitpunkt, wie ein Geschenk des Himmels.

## **Inwieweit hat sich Ihre Arbeit verändert? Wie könnte man Ihre Arbeit im Vergleich zur Zeit vor dem Modellvorhaben beschreiben?**

B.H.: Meine aktuelle Arbeit ist völlig konträr zur Arbeit auf Station. Zum einen arbeite ich nicht mehr im Schicht-, sondern im Regeldienst. Zum anderen haben sich auch die Abläufe verändert. Ich starte in der Regel um 8 Uhr meinen Dienst, wir testen uns erst, dann haben wir die Dailies, das sind tägliche Sitzungen um 8.30 Uhr, die ca. 15 Minuten dauern. Hier besprechen alle, die an dem Tag im Dienst sind, was ansteht, welche Probleme und Themen es gibt. Das nimmt sehr viel Druck raus, insbesondere, weil man weiß, dass immer jemanden ansprechen kann. Danach starten wir unsere Hausbesuche. Das sind maximal 3 bis 4 pro Tag, da wir ein sehr großes Einzugsgebiet mit entsprechender Fahrzeit haben. Mit den Ärzt\*innen unserer Klinik besprechen wir auch nochmal die einzelnen Fälle. Wir müssen unsere Arbeit dokumentieren, Änderungen in der Behandlung mit den Menschen und ihren Angehörigen besprechen, ggf. beim Hausarzt anrufen. Angehörigenarbeit ist ein großer Teil unserer Arbeit. Zwischendurch beschäftigten wir uns mit vielen strukturellen Themen – in verschiedenen Arbeitsgruppen erstellen wir Konzepte zur Zuhause-Behandlung (Leistungskatalog) oder um Aufnahmeassessments zu organisieren in Bezug darauf, was Standard ist und was evaluiert werden kann.

Im Unterschied zu anderen Zuhause-Behandlungen im Modellvorhaben ist es für unser Klientel nicht machbar, 45 Minuten für eine Behandlung zu haben. Unsere Menschen sind multimorbid und brauchen eine gewisse Anlaufzeit bis sie mobilisiert sind bzw. wir als Team auf die speziellen Gegebenheiten eingegangen sind. Unter einer Stunde pro Hausbesuch ist das nicht möglich. Der Besuch ist absolut individuell. Selbst wenn Menschen die gleiche Erkrankung haben, ist jeder Besuch anders. Das hängt von der Prägung, aber auch der individuellen Ausrichtung ab. Entsprechend braucht jede\*r eine andere Intervention. Und das können wir durch FACT ermöglichen.

## **Wie sieht ein Arbeitstag bei Ihnen aus?**

Wir haben die Freiheit so zu arbeiten, wie wir es brauchen. Das ermöglicht unsere Chefin. Wenn ich beispielsweise an einem Tag vier Hausbesuche in Annweiler absolvieren, kann ich an einem anderen Tag später anfangen zu arbeiten. Wir regeln unseren Dienstplan selbst und haben in Bezug darauf ein hundertprozentiges Vertrauen. Unsere Regelarbeitszeit ist entsprechend von 8 bis 16.14 Uhr, aber individuell ausrichtbar.

## **Wie ist das Team zusammengesetzt?**

Im Basisteam sind wir 3 Leute, die ausschließlich Zuhause-Behandlung durchführen. Konkret sind das 3 Fachkrankenpflegerinnen und eine Sozialarbeiterin. Eine Ärztin ist auch im Team, allerdings ist sie noch auf Station und in der Gerontopsychiatrischen Institutsambulanz eingesetzt. Unterstützt werden wir von 2 Ergotherapeutinnen, einem psychologischen Psychotherapeuten und von weiteren 3 Kolleginnen, die auch auf Station arbeiten.

Zu Beginn haben wir sehr viele Überstunden gesammelt und haben uns ziemlich verausgabt. Daraus haben wir gelernt und sind seither auf einem guten Weg in

Bezug auf Psycho-oder Sozialhygiene. Die Erfahrung wächst und wir achten aufeinander.

**Was wünschen Sie sich im Verlauf der kommenden 8 Jahre (Laufzeit Modellvorhaben) für Ihre Arbeit? Welche Veränderungen erhoffen Sie sich für Patient\*innen, für Ihr Team, für sich selbst?**

B.H.: Ich würde mir eine längere Laufzeit wünsche, ich habe gehört, dass diese ggf. auf 13 Jahre erweitert wird. Das fände ich gut, dann könnte man noch viel mehr bewegen. Ich wünsche mir, dass sich die Zuhause-Behandlung weiterhin so gut umsetzen lässt und ein fester Bestandteil in der Gerontopsychiatrie wird, auch nach dem Modellvorhaben. Speziell damit ganz viele Menschen davon profitieren können.

Bereits jetzt sind wir gut ausgebildet, würden uns aber wünschen, dass wir in weiteren Themen wie Behandlungsmethoden und –techniken fortgebildet werden. Damit wir das den Menschen zugutekommt.

Ich sehe das Modellvorhaben als riesige Chance sich weiterzuentwickeln. Gerade Psychiatrie ist immer mal wieder das Stiefkind der Medizin. Aber Psychiatrie ist so viel mehr, was man auch momentan merkt. Daher ist es wichtig, ein Modellvorhaben zu haben, das einem die Versorgung von Menschen erleichtert und diese mit neuen Möglichkeiten erfüllt. Die Menschen brauchen uns, egal in welchem Alter. Je besser ich versorgen kann, desto niedriger ist das Rückfallrisiko. Krisen gibt es natürlich nach wie vor, aber für die Menschen ist es wertvoller die Krise im häuslichen als im stationären Bereich zu managen.

Ein extrem angenehmer Aspekt der Arbeit im Modellvorhaben ist vor Ort mit den Menschen gemeinsam Strategien zu entwickeln, die ihnen direkt im Umfeld helfen, um seelische Themen und Probleme zu bewältigen. Das geht im stationären Bereich nicht, in der Zuhause-Behandlung kann man das direkt umsetzen.