

Ich arbeite als Krankenschwester auf einer allgemeinspsychiatrischen Station, der so genannten Kognitionsstation, hier in der LWL Klinik Herten.

Mein Referat heute befasst sich mit der Bedeutung der Gruppenarbeit aus Sicht der psychiatrisch Pflegenden. Ich habe lange überlegt, wie ich Ihnen dieses Thema nahe bringen könnte.

Da ich im Laufe der Jahre viele verschiedene Arbeitsbereiche kennen lernen durfte, habe ich mich dazu entschieden, Ihnen von meiner bisherigen Berufserfahrung und aus meinem Berufsalltag zu berichten.

1993, nach Beendigung meines Krankenpflegeexamens, nahm ich meinen Dienst als Krankenschwester auf der allgemeinspsychiatrischen Akutstation hier im Haus auf.

Mein Arbeitsschwerpunkt lag in der Kontakt- und Beziehungsgestaltung zu den einzelnen Patienten.

Die Begleitung in der akuten Krankheitsphase stand im Vordergrund und umfasste zunächst die Grundversorgung. Das hieß Unterstützung und Begleitung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu geben, auf angemessene Körperhygiene und Kleidung zu achten und bei Selbst- und Fremdgefährdung für die Sicherheit zu sorgen.

Die Beziehungsgestaltung fand überwiegend im Einzelkontakt statt und diente in erster Linie der Krankenbeobachtung. Die Hauptaufgabe bestand darin, eine Symptomverbesserung oder -verschlechterung festzustellen sowie das Beobachten von Wirkung und Nebenwirkung der Medikation. Eine Veränderung der kognitiven Fähigkeiten zu bemerken und zu dokumentieren gehörte ebenfalls zu meinem Aufgabengebiet.

Die durch Pflegekräfte geleitete Gruppenarbeit fand damals eher in Kleingruppen statt. Es gab begleitete Spaziergänge und Ausflüge. Zum Beispiel besuchten wir ein Café, den Zoo oder einen Weihnachtsmarkt. Es sollte der Beschäftigung und Aktivierung der Patienten dienen. Auf der Station wurden Gesellschaftsspiele angeboten und die Patienten wurden bei der Ausführung ihrer Patientendienste wie den Küchendienst begleitet. Die Leitung dieser Gruppen wurde damals häufig von nicht examiniertem Pflegepersonal durchgeführt. Einen fest vorgegebenen Zeitplan dafür gab es nicht.

Aus meiner heutigen Sicht hatte die pflegerische Gruppenarbeit eine geringe Wertigkeit. Der einzelne Patient mit seiner Krankheitsgeschichte stand im Vordergrund sowie seine individuelle Behandlung.

Gruppenarbeit wurde damals überwiegend von anderen Berufsgruppen angeboten.

1994 wechselte ich von der Akutstation zur Depressionsstation in unserer Klinik.

Mein Aufgabenbereich veränderte sich um ein Vielfaches. Plötzlich stand nicht mehr die Einzelarbeit, sondern die Gruppenarbeit im Vordergrund. Die ausschließlich von examiniertem Pflegepersonal geleiteten pflegerischen Gruppen wurden mit der gesamten Patientengruppe durchgeführt und waren als feste Veranstaltung im Therapieplan niedergeschrieben.

Es gab Morgen-, Abend- und Wochenendrunden. Diese dienten der Auseinandersetzung mit der momentanen Befindlichkeit des Patienten sowie der Reflexion der Nacht, des Tages und des Wochenendes. Sie waren ebenfalls ein Ort um organisatorische Belange anzusprechen und zu klären.

Die so genannte Vollversammlung wurde auf der Station ebenfalls von der Pflege geleitet und umfasste die Verteilung der verschiedenen Patientendienste wie

Küchendienst, Ordnungsdienst und Blumendienst. Sie diente auch der Festlegung der Teilnehmer für die Koch- und Backgruppe, deren inhaltlicher Planung und der Organisation des Einkaufs. Des Weiteren gab es aktivierende und die Beschäftigung fördernde Gruppen wie Kegeln, Schwimmen und Wassertreten.

Die Übernahme der Co-therapeutischen Funktion in der Gesprächsgruppe und in der Kunsttherapie gehörte ebenso zu meinen Aufgaben. Die Leitung dieser pflegerischen Gruppen zu übernehmen war für mich oft mit Unsicherheit verbunden. Aus heutiger Sicht wird mir deutlich, dass die Rahmenbedingungen unklar und die inhaltlichen Ziele der Gruppen nur grob vorgegeben waren. Das heißt, mir war bekannt, wo die Gruppenveranstaltung stattfindet, wer daran teilnimmt und wann sie beginnt. Auch das eigentliche Ziel der jeweiligen Gruppe war mir klar, wie z.B. die Befindlichkeit der Patienten zu erfahren. Unklar war mir aber die inhaltliche Strukturierung der Gruppenveranstaltung, zu der auch die zeitliche Begrenzung gehörte. Oft wurden die Gruppen dadurch beendet, dass die Patienten nichts mehr zu berichten hatten.

Die Gruppenveranstaltungen wurden von den einzelnen Pflegekräften sehr individuell gestaltet und durchgeführt. Als neues Pflgeteammitglied hatte ich nun die Möglichkeit mir anzuschauen, wie meine Kollegen die Gruppen leiteten. Daran sollte ich mich orientieren und dann mit meiner Tätigkeit als Gruppenleitung beginnen. Nach vielen kläglich gescheiterten Versuchen meine Kollegen zu kopieren, entwickelte ich mein eigenes Modell eine Gruppe zu leiten. Ich war dabei oft begleitet von Unsicherheit, Unzufriedenheit und Schamgefühlen nicht kompetent genug zu sein.

Ständige Diskussionen mit Patienten warum ich meine Gruppe so und nicht wie mein Kollege durchführe waren an der Tagesordnung. Die Unsicherheit durch die fehlenden Strukturen übertrug sich auf die Patienten und wurde besonders von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zur Spaltung genutzt.

In Teamgesprächen stellte sich heraus, dass es einigen Kollegen ähnlich erging wie mir. Andere Kollegen wiederum sahen keine Probleme.

Eine Notwendigkeit zur Veränderung wurde nicht gesehen. Dieser Ansicht schloss auch ich mich aus fachlicher Unwissenheit an.

1996 wechselte ich von der Depressionsstation zur Psychotherapiestation hier im Haus. Wieder einmal veränderte und erweiterte sich mein Aufgabenfeld. Wir waren ein sehr kleines Pflgeteam. Es bestand neben mir aus drei weiteren Pflegekräften welche damals schon sehr lange auf dieser Station tätig waren.

Die Patientenkielentel setzte sich aus Menschen mit schweren neurotischen Störungen, Angsterkrankungen, ich-strukturellen Störungen und Depressionen zusammen.

Unser Aufgabenbereich umfasste die Übernahme der Co-therapeutischen Funktion in der Gruppen- und Gestaltungstherapie sowie die Leitung dieser Veranstaltungen zu Urlaubszeiten des stationsleitenden Psychologen. Wir führten mit den Patienten die Wochenendvorbereitung durch, um die bevorstehende Belastungserprobung zu planen. Die Durchführung des Entspannungstrainings gehörte ebenso zu meinen Aufgaben, wie die Leitung der Ergotherapie in der es um die kreative Auseinandersetzung mit verschiedenen Materialien ging.

Das Pflgeteam übernahm die Leitung des Sozialtrainings, in der sich die Patienten mit alltagspraktischen Themen wie z.B. Beruf, Freizeitgestaltung, Kontaktgestaltung

oder Finanzplanung auseinander setzten. Das Leiten der Vollversammlung war die einzige Veranstaltung, die mir aus meiner bisherigen Arbeit bekannt war.

Mit Abstand und einen gewissen Humor kann ich heute sagen das Chaos war perfekt. Es kam für mich zu einer Überforderung in der Ausübung meiner Arbeit. Mein Mangel an Fachwissen und fehlende Berufserfahrung auf dem Gebiet machten es mir fast unmöglich diesen Aufgaben fachkompetent nachkommen zu können. Diskussionen im Team führten zu der Ansicht ich müsse Geduld mitbringen und würde es im Laufe der Zeit schon noch lernen. Ich begann an mir selbst und meiner Berufswahl zu zweifeln. Dies war der Zeitpunkt an dem ich mich mit dem Wunsch nach Unterstützung an meinen Pflegedienstleiter wendete.

Wir überlegten, welche Hilfsmittel notwendig waren und zur Verfügung standen. 1999 nahm ich schließlich an einer 1 jährigen Weiterbildung zum Thema ? Leiten von Gruppen in der Psychiatrie? teil. Ich erwarb dort Hintergrundwissen und erlernte Methoden pflegerische Gruppen sicher zu planen, durchzuführen und nachzubereiten.

Im Rahmen meiner Weiterbildung wurde mir immer mehr bewusst, dass meine große Unsicherheit nicht nur auf fehlende Berufserfahrung und mangelnde Fachkompetenz zurück zuführen war. Ich erinnerte mich daran, dass ich auf meiner vorherigen Station sehr wohl in der Lage war Gruppen zu leiten, wenn auch mit einer gewissen Unsicherheit.

Mir wurde in Gesprächen mit Kollegen aus anderen Kliniken klar, dass wir auf unserer Station kaum pflegerische Gruppenarbeit durchführten, dafür aber um so mehr berufsfremde Tätigkeiten übernahmen. In diesem Zeitraum fand bei uns im Pflgeteam ein erneuter personeller Wechsel statt. Ein ?alter? Kollege ging und ein ?neuer? Kollege kam hinzu.

Dem neuen Kollegen erging es ähnlich wie mir zu Anfang auf der Station. Dieses führte zu einer erneuten, aber dieses Mal konstruktiven Auseinandersetzung im Stationsteam. Ich konnte die Notwendigkeit der Einführung pflegerischer Gruppen mit meinem neu erworbenen Fachwissen belegen und deutlich machen.

Wir entwickelten ein neues Behandlungskonzept, das von allen Teammitgliedern getragen wurde. Mein erstes Anliegen war die Einführung von Befindlichkeitsrunden auf der Station. Es gab fortan die Morgenrunde zur Reflexion der Nacht, die Abendrunde zur Reflexion des Tages und die Wochenendrunde, die der Reflexion der Belastungserprobung am Wochenende diente. Die momentane Befindlichkeit zu erfahren war ebenfalls Sinn dieser Veranstaltungen.

Die Durchführung bewies, dass es entgegen der Befürchtung meiner ?alten? Teamkollegen nicht zu einer Mehrarbeit kam. Im Gegenteil, wir erlebten eine deutliche Arbeitsentlastung. Das zeitraubende hinter einzelnen Patienten ?herlaufen? um die Befindlichkeit zu erfahren fiel weg. Dies war besonders am Abend wichtig, da wir keine feste Nachtwache auf der Station hatten und die jeweils Dienst habende Pflegekraft entscheiden musste, wie sicher jeder Patient über die Nacht kommt.

Auch war es nun möglich organisatorische Dinge der gesamten Patientengruppe mitzuteilen und Unklarheiten sofort zu beseitigen. Bislang war dieses in Einzelkontakten oder dem Medium der Tafel erfolgt, was aber immer wieder Spielraum zur Spaltung zuließ.

Aussagen von Patienten wie ? hat mir keiner gesagt?, oder ? habe ich gar nicht gelesen?, hatten oft zu langen Diskussionen geführt.

Die Einführung der Wochenendrunde beendete die gefürchteten verlängerten Spätdienste am Sonntag. Die Patienten kamen gegen 19.00 Uhr aus der Wochenendbelastungserprobung zur Station zurück und konnten dann anschließend in der Gruppe ihr Wochenende nach besprechen. Viele Krisengespräche erst kurz vor Diensten die vielen dadurch weg. Wichtig war es auch, dass die Patienten untereinander über den Verlauf des Wochenendes informiert waren. Damit war nur noch wenig Raum für Spekulation und Fantasie vorhanden. Die Möglichkeit zum Agieren wurde deutlich eingeschränkt.

Für mich als Pflegekraft schaffte dieses auch eine persönliche Entlastung. Die geballte Arbeit am Abend fiel weg und ich konnte mit wesentlich ruhigerem Gewissen nach Hause gehen.

Ähnlich war es auch in der Woche. Die Anzahl der Einzelgespräche nahm deutlich ab und die bislang anstrengenden Spätdienste entspannten sich. Positiv war auch zu beobachten, dass durch die Einführung der Befindlichkeitsrunden der Gruppendynamische Prozess angeregt wurde.

Es kam innerhalb der Veranstaltungen zu Auseinandersetzungen, die therapeutisch wertvoll nutzbar waren. Themen wie z.B. gegenseitige Rücksichtnahme oder auf andere anders zu wirken als man sich selber fühlt konnten am praktischen Beispiel bearbeitet werden.

Eine Hilfe für unseren Dienstablauf war auch die Dokumentation der Befindlichkeitsrunden im Pflegebericht. Jeder Mitarbeiter war dadurch immer über den aktuellen Zustand des Patienten informiert. Eine Übergabe an unseren Psychologen morgens war ausführlich möglich, ohne selbst am Vortag im Spätdienst gearbeitet zu haben. Dadurch konnte auch die Dienstplangestaltung flexibler gehandhabt werden.

Im Rahmen meiner Weiterbildung befasste ich mich in meiner Projektarbeit mit der Einführung einer Koch- und einer Backgruppe auf meiner Station. Zielsetzung sollte nicht die gesunde Ernährung und das Erlernen des Kochvorgangs sein, welches sich aber erstaunlicherweise im Laufe der Zeit doch noch als notwendig herausstellte.

In erster Linie ging es aber darum, den Patienten in der Interaktion mit anderen zu erleben und so seine sozialen Kompetenzen zu erkennen und ggf. zu fördern.

Es gab die Auseinandersetzung über viele verschiedene Themen:

Wer kocht mit wem?

Wer kocht nie?

Wer kocht meistens?

Was soll gekocht werden?

Wer kauft ein?

Der Einigungsprozess darüber lies die Fähigkeit der Patienten zur Kompromissbildung und gegenseitigen Rücksichtnahme erkennen und bearbeiten. Vermeidungsverhalten machte Ängste für alle sichtbar und damit ansprechbar.

Der Einkauf stellte ebenso eine Herausforderung für Patienten mit Angststörungen dar, wie für diejenigen die schlecht mit ihrem Geld haushalten konnten.

Es gab noch viele weitere Themen die auftauchten und für den Therapieprozess genutzt werden konnten.

Eine weitere positive Veränderung unseres Diskussionsprozesses war der Leitungswechsel des Sozialtrainings. Die Leitung übernahm fortan die Sozialarbeiterin und wir besetzten die Rolle des Co- Therapeuten. Unbefriedigend war weiterhin die Regelung der Urlaubsvertretung des stationsleitenden Psychologen. Einen Teil der Gruppentherapie wurde von Therapeuten anderer Stationen übernommen, die restlichen Freiräume mussten aber weiterhin von uns abgedeckt werden. Dazu gehörte auch die Urlaubsvertretung des Sozialtrainings und der Sporttherapie.

Es bestand die Möglichkeit die Freiräume nach eigener Kompetenz zu füllen, führte aber trotzdem zu Spannungen mit der Patientengruppe.

Unmutsbekundungen, meiner Ansicht nach zu Recht, über den qualitativ schlechten Vertretungsplan und die Auseinandersetzung darüber mit den Patienten, nahmen täglich viel Zeit und Kraft in Anspruch.

Zu Veränderungen kam es aber nicht, diese Zeiten wurden einfach ausgehalten.

Ende 1999 kam es zu einer entscheidenden personellen und konzeptionellen Veränderung unserer Station.

Es fanden ein Therapeutenwechsel und Umbaumaßnahmen statt. Unsere Station wurde damals kurzzeitig geschlossen.

Anfang 2000 starteten wir mit einer neuen therapeutischen Leitung und meiner Hoffnung auf positive Veränderung. Wir übernahmen zunächst den Großteil des alten Konzeptes. Bis Mitte 2001 verließen auch die letzten beiden ?alten? Pflegeteammitglieder die Klinik und zwei neue Kollegen vervollständigten unser Pflegeteam.

Ich übernahm die bislang auf dieser Station noch nicht besetzten Position der Stationsleitung und machte es zu meinem Ziel die Übernahme berufsfremder Tätigkeiten zu reduzieren, dafür aber pflegerische Angebote auszudehnen.