



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Problemerkfassung bei Klientinnen und Klienten der
freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton
Bern“

Verfasserin

Sandra Schmidinger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag^a. Phil.)

Wien, Oktober 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Dr. Christoph Abderhalden, MNSc

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich

die vorliegende wissenschaftliche Arbeit

selbstständig angefertigt und die mit ihr unmittelbar verbundenen Tätigkeiten selbst erbracht habe. Ich erkläre weiters, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle aus gedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert und durch genaue Quellenangaben gekennzeichnet.

Die während des Arbeitsvorganges gewährte Unterstützung einschließlich signifikanter Betreuungshinweise ist vollständig angegeben.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Diese Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Dank

In erster Linie möchte ich mit bei den Menschen bedanken, die sich einverstanden erklärten, an der Studie teilzunehmen.

Ich möchte mich ganz herzlich bei allen freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen (besonders bei Udo Finklenburg, Cécile Geisseler und Matthias Derungs) bedanken, die meine Arbeit durch ihre Teilnahme an der Studie unterstützt haben. Zahlreiche Diskussionen und Fachgespräche ermöglichten mir einen praktischen Zugang zur freiberuflichen Tätigkeit und den damit verbundenen Erfahrungen. Weiters danke ich allen Klient/innen, welche sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht entstanden.

Ein herzliches Dankeschön geht weiters an alle, die mich bei der Erstellung meiner Diplomarbeit unterstützt haben.

Besonders an Dr. Christoph Abderhalden, der die Betreuung dieser Arbeit inne hatte und die Rahmenbedingungen dafür ermöglicht hat. Ich bedanke mich für die engagierte Betreuung und Diskussionsbereitschaft, die mich mit zahlreichen Denkanstössen bereicherte. Zudem möchte ich mich für die exzellente fachliche Unterstützung bedanken.

Ich möchte mich weiterhin bei meiner Kollegin Anna Hegedüs für die gute Zusammenarbeit und die zahlreichen fachlichen Diskussionen bedanken.

Weiterhin möchte ich mich bei meiner Familie bedanken, die mir durch ihre fortwährende finanzielle aber auch emotionale Unterstützung das Studium und die vorliegende Arbeit ermöglicht hat.

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	9
1 EINLEITUNG	11
1.1 Hintergrund.....	11
1.2 Ziel der Arbeit.....	13
2 AMBULANTE PSYCHIATRISCHE PFLEGE.....	15
2.1 Einleitung.....	15
2.2 Entwicklungen in der Schweiz.....	16
2.3 Entwicklungen im Kanton Bern.....	17
2.4 Gemeindenahe Versorgung in Großbritannien	19
2.5 Ambulante Versorgung in Deutschland und Österreich.....	20
2.6 Freiberufliche Ambulante Psychiatrische Pflege.....	22
2.6.1 Definition.....	22
2.6.2 Voraussetzungen.....	24
2.6.3 Qualitätssicherung	24
2.6.4 Kompetenzen der Pflegekräfte.....	25
2.6.5 Freiberufliche Tätigkeit im Kanton Bern.....	26
3 DIE HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALES (HoNOS).....	28
3.1 Die HoNOS	28
3.1.1 Entwicklung der HoNOS in Großbritannien.....	29
3.1.2 Struktur des Instruments	34
3.1.3 Anwendung der HoNOS.....	37
3.1.4 Zentrale psychometrische Eigenschaften.....	44
3.1.5 Bisherige Forschungsarbeiten.....	46
3.2 Die deutsche Version der HoNOS (HoNOS D´)	53
3.2.1 Entwicklung der HoNOS D´ in Deutschland.....	53
3.2.2 Struktur des Instruments	56
3.2.3 Zentrale psychometrische Eigenschaften.....	58
4 FORSCHUNGSFRAGEN.....	65
5 METHODE.....	66
5.1 Design und Stichprobe.....	66
5.3 Vorbereitungen	70
5.4 Instrumente	71
5.5 Vorgehen bei der Datensammlung	72
5.6 Datenauswertung	73
5.7 Ethische Überlegungen.....	73
6 ERGEBNISSE	74
6.1 Soziale Situation und Biografie der Klient/innen	74
6.1.1 Geschlecht und Alter	74
6.1.2 Angaben zur allgemeinen sozialen Situation.....	75
6.1.3 Angaben zu Ausbildung und Berufstätigkeit.....	81
6.1.4 Psychiatrische Behandlung.....	83

6.1.5 Krankengeschichte.....	85
6.1.6 Psychopharmakologische Behandlung	86
6.1.7 Psychiatrische Behandlung und pflegerische Versorgung.....	87
6.2 Darstellungen der Werte aus dem Messinstrument HoNOS D'	91
6.2.1 Gesamtübersicht der Items	91
6.2.2 Dimension Subscores	95
6.2.3 Gesamtscore	97
6.2.4 Items mit sehr hoher Problemrate ($\geq 90\%$).....	97
6.2.5 Items mit hoher Problemrate (80-90%)	98
6.2.6 Items mit erhöhter Problemrate (50-80%)	98
6.2.7 Items mit der tiefsten Problemrate ($\leq 50\%$).....	98
6.3 Eindeutig schwere Problemen und Klient/innenmerkmale	103
6.3.1 Geschlecht	103
6.3.2 Alter	106
6.3.3 Psychiatrische Hauptdiagnosen	110
7 DISKUSSION.....	115
7.1 Diskussion der Ergebnisse.....	115
7.1.1 Klient/innemerkmale	115
7.1.1.1 Geschlecht	115
7.1.1.2 Alter.....	115
7.1.1.3 Amtlicher Zivilstand.....	116
7.1.1.4 Psychiatrische Hauptdiagnosen	116
7.1.1.5 Durchschnittlicher Abstand und Dauer der Besuche	117
7.1.2 Darstellung der Werte aus dem Messinstrument HoNOS-D'	118
7.1.2.1 Schwerwiegende psychiatrische Probleme	118
7.1.2.2 Dimension Subscores.....	120
7.1.2.3 Gesamtscore	121
7.1.2.4 Eindeutig schwere Probleme nach Geschlecht	122
7.1.2.5 Eindeutig schwere Probleme nach Alter	123
7.1.2.6 Eindeutig schwere Probleme nach psychiatrischer Hauptdiagnose	124
7.2 Diskussion der Methode	126
7.2.1 Interne Validität.....	126
7.2.2 Externe Validität.....	127
7.3 Implikationen für die Praxis.....	128
7.4 Implikationen für die Pflegeforschung	129
7.5 Stärken und Limitationen der Studie	130
8 SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	133
9 LITERATURVERZEICHNIS.....	136
10 ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	141
11 TABELLENVERZEICHNIS	141
12 ANHANG	142
12.1 Leitfaden zur Einschätzung der sozialen Situation und Biografie.....	142
12.2 Deutsche Version der „Health of the Nation Outcome Scales“	142
(HoNOS D').....	142

Vorwort

Die Diplomarbeit mit dem Titel „Häufigkeit, Art und Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Klient/innen in der ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton Bern“ wurde im Rahmen eines Forschungspraktikums in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD) im Kanton Bern verfasst. Das 6-monatige Praktikum erfolgte in der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik unter der Betreuung von Dr. Christoph Abderhalden, MNSc, welcher Initiator des Projekts ist und die Betreuung dieser Arbeit inne hatte.

In der Forschungsabteilung ist Versorgung/Pflegeorganisation ein Arbeitsschwerpunkt, in welchem die ambulante psychiatrische Pflege einen wesentlichen Aspekt darstellt. Meine Kollegin Anna Hegedüs und ich untersuchten im Laufe des Praktikums in Form von Diplomarbeiten die Probleme und den Versorgungsbedarf von Klient/innen, welche im Kanton Bern ambulant psychiatrisch betreut werden, mittels einer quantitativen Querschnitterhebung.

Das Anliegen der Arbeit ist die Gewinnung von verlässlichen und systematisch erhobenen Daten über die Häufigkeit, Art und Schwere psychischer Probleme von Klient/innen in der ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton Bern. Die erhobenen eindeutigen schweren Problembereiche werden mit den Klient/innenmerkmalen Geschlecht, Alter und psychiatrische Hauptdiagnose in Verbindung gesetzt. Die Problemeinschätzung erfolgt bei Klient/innen der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege und wird von Psychiatriepflegefachpersonen durchgeführt.

Begriffserklärung

Die Pflege psychisch erkrankter Menschen ausserhalb einer psychiatrischen Klinik ist in den deutschsprachigen Ländern unterschiedlich rechtlich und finanziell ausgerichtet, was sich auch in terminologischen Differenzen widerspiegelt (Richter & Hahn, 2009).

In der Literatur und im alltäglichen Sprachgebrauch gibt es mehrere Begrifflichkeiten, die synonym für „ambulante psychiatrische Pflege“ verwendet werden können.

Auch in der vorliegenden Arbeit spiegeln sich verschiedene Begrifflichkeiten wider. „Psychiatrische Gemeindepflege“, „Gemeindenahe Versorgung“ und „Gemeindepsychiatrische Versorgung“ sind mit der „ambulanten psychiatrischen Pflege beziehungsweise Versorgung“ gleichzusetzen. Ambulante Betreuung bedeutet, dass die Pflege nicht in einem stationären oder teilstationären Umfeld, sondern in einer ambulanten Einrichtung oder zu Hause stattfindet. Die „Freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege“ ist Teil des ambulanten Versorgungssystems, beruht jedoch auf dem Prinzip, dass Pflegefachpersonen psychiatrische Pflege selbstständig erwerbend ausüben (Fallmann, 2008) (siehe Punkt 2.6).

Für den ambulant betreuten Menschen wird durchgehend der Begriff Klient bzw. Klientin verwendet. Dahinter steht die Idee, den Dienstleistungscharakter der Tätigkeit und die Mündigkeit des Behandelten zu betonen. Freiberuflich ambulant Pflegende bezeichnen die von ihnen betreuten Menschen ebenfalls als Klient/innen. Für Personen, welche im stationären Bereich betreut werden, wird der Begriff Patient bzw. Patientin gewählt.

Die Begriffe Pflegende, Pflegefachpersonen, Pflegekräfte und Pflegepersonal meinen in der gesamten Arbeit Pflegefachfrauen und -männer, welche ein Diplom in psychiatrischer Pflege absolviert haben.

1 EINLEITUNG

1.1 Hintergrund

Folgender Abschnitt soll den Hintergrund der vorliegenden Untersuchung beleuchten. Es folgen Argumente, warum es als wichtig gilt, die freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege in der Pflegewissenschaft aufzugreifen.

Wie im Punkt 2 näher erläutert, wirkt sich der internationale Trend zur vermehrten Behandlung und Pflege psychisch kranker Menschen außerhalb von psychiatrischen Kliniken zunehmend auf die psychiatrische Versorgung in der Schweiz aus. Laut Abderhalden (2009) wird der ambulante Sektor in der psychiatrischen Versorgungskette einen immer wichtigeren Teil einnehmen. Es wird eine Vervielfachung des ambulanten Angebots angestrebt, was wiederum mit einer steigenden Anzahl von Pflegenden, welche ambulant psychiatrisch pflegen, einhergeht. Auch die Zahl der Pflegenden, welche ambulante psychiatrische Pflege freiberuflich anbieten, ist in den letzten Jahren beachtlich gestiegen und wird auch in Zukunft weiter ansteigen. Im Kontext dieser Entwicklung wird auch die Anzahl der Klient/innen steigen, welche von freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen betreut werden (Abderhalden, 2009).

Grundlegend gibt es im deutschsprachigen Raum sehr wenig gesicherte Daten über Probleme von Klient/innen der ambulanten psychiatrischen Pflege. Bisher fehlt es an minimalen Daten in der ambulanten psychiatrischen Versorgungsforschung im Kanton Bern. Die Erforschung dieser speziellen Klient/innengruppe wurde in der Pflegeforschung in der Deutschschweiz bisher kaum Beachtung geschenkt (Abderhalden, 2009). In Anbetracht einer Erhöhung der Anzahl der Klient/innen ist es nötig, globale Daten über deren Charakteristika sowie über mögliche vorhandene Probleme zu gewinnen.

Um eine optimale Pflegequalität für diese Population zu gewährleisten, gilt es zu untersuchen, welcher Art mögliche vorhandene Probleme sind. Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege sollen sich weitgehend mit den Problemen und Bedürfnissen von Klient/innen decken. Globale Daten können als Grundlage für die Abschätzung des Umfangs der Problematik dienen. Ergebnisse werden im Hinblick auf versorgungsplanerische und berufspolitische Aspekte und im Hinblick auf Fragen der erforderlichen Fachkompetenz diskutiert. Sind viele

schwerwiegende Problembereiche bei Klient/innen vorhanden, gilt es zu hinterfragen, ob die Kompetenzen der Pflegepersonen ausreichend sind. Sind gezielte spezifische Fortbildungs- und Unterstützungsmassnahmen der Pflegenden notwendig? Diese Fragen sollen diskutiert und mit entsprechenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen ergänzt werden.

Um sich den oben genannten pflegewissenschaftlichen Fragestellungen annähern zu können, bedarf es einer Erhebung von Basisdaten, welche im Laufe der vorliegenden Forschungsarbeit erhoben und bearbeitet werden sollen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die Betreuung psychisch kranker Menschen in der Schweiz zunehmend auf den extramuralen Sektor verlagert. Um Fragen nach der Häufigkeit, Art und Schwere der Probleme sowie zur Charakteristik der Klient/innengruppe von ambulanten psychiatrisch Pflegenden beantworten zu können, müssen grundlegende Daten über diese Klient/innen erhoben bzw. vorhanden sein. Diese Grundlagen fehlen in der gesamten Deutschschweiz. Es gibt bisher keine systematischen Erhebungen über Merkmale von Klient/innen in der ambulanten psychiatrischen Pflege sowie über Probleme, mit welchen Pflegefachpersonen in ihrem beruflichen Alltag konfrontiert sind.

1.2 Ziel der Arbeit

Mittels der vorliegenden Arbeit wird versucht, anhand eines standardisierten Messinstruments, den *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS), Problembereiche, ihre Häufigkeit und Ausprägung bei psychisch erkrankten Menschen, welche von freiberuflich ambulant psychiatrisch pflegenden Personen im Kanton Bern betreut werden, zu erfassen und aufzuzeigen. Damit werden grundlegende Aussagen über die Funktionalität der Betroffenen möglich. Bis zu diesem Zeitpunkt fehlt es an minimalen wissenschaftlichen Erkenntnissen über die freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege. Die vorliegende Arbeit sollte diese „Lücke“ in der pflegewissenschaftlichen Forschungslandschaft schließen, indem sie Basisdaten (begrenzt auf den Kanton Bern) bereitstellt. Die Generierung von Wissen über die freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege ist auch für den Verein Ambulante Psychiatrische Pflege (VAPP), welcher Strukturen für die freiberufliche Tätigkeit in der Deutschschweiz zur Verfügung stellt, von großer Relevanz. Die empirische Untersuchung basiert auf enger Zusammenarbeit mit dem Verein.

Die HoNOS wurden als Erhebungsinstrument ausgewählt, da sie sich in Großbritannien auf formaler Ebene als ein Instrument etabliert haben, welches viele Gesundheitsinstitutionen gegenüber anderen Assessment-Instrumenten bevorzugen (Turner, 2004). Zudem wurden die HoNOS im Vergleich mit Instrumenten, welche ähnliche Bereiche einschätzen (*Quality of Life Questionnaire*, QOL; *DSM-III-R Global Assessment of Functioning*, GAF; *Life Skills Profile*, LSP) als das Instrument identifiziert, welches den grössten Informationsgehalt zum aktuellen Befinden hinsichtlich möglicher Probleme bereit stellt (Parker et al., 2002).

Die eindeutig schweren Problembereiche werden mit den soziografischen Daten wie Alter, Geschlecht sowie mit der psychiatrischen Hauptdiagnose in Beziehung gesetzt.

Die Ergebnisse werden aufzeigen, ob es Klient/innengruppen gibt, die von schwerwiegenderen Problemen betroffen sind als andere und daher möglicherweise einer speziellen Behandlung bedürfen. Weiters werden Aussagen über geschlechtsspezifische Problembereiche möglich. Als weiteres Ziel gilt es zu erfahren, ob bestimmte Altersgruppen vermehrt von spezifischen Problembereichen betroffen sind. Die vorliegende Arbeit wird zudem aufzeigen, ob ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad psychiatrischer Probleme und der psychiatrischen Hauptdiagnose besteht.

Weiters kann durch ein Aufzeigen von Problemen von ambulant betreuten Klient/innen eine Grundlage für die Abschätzung des Umfangs der Problematik geschaffen werden. Die erhobenen Daten ermöglichen es, Aussagen darüber zu machen, mit welchen Problemen

freiberuflich psychiatrisch Pflegende häufig konfrontiert werden. Diese Erkenntnis kann Hinweise zur Entwicklung spezifischer Fortbildungs- und Unterstützungsmassnahmen für freischaffende Pflegefachpersonen geben.

Die mit dem Fragebogen zur sozialen Situation und Biografie erhobenen Daten pro Klient/in werden ausgewertet und diskutiert. Als Ergebnis wird erstmals eine detaillierte Beschreibung der Klient/innengruppe vorliegen, die von freiberuflich tätigen Pflegenden ambulant versorgt wird.

Als weiteres Ziel der Arbeit gilt es, die deutsche Version der Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS D') als Instrument zur Erfassung der Probleme psychiatrischer Klient/innen in der ambulanten Pflege im Kanton Bern zu testen.

2 AMBULANTE PSYCHIATRISCHE PFLEGE

2.1 Einleitung

Im folgenden Kapitel wird die ambulante psychiatrische Pflege als Glied in der Kette der Psychiatrieversorgung näher beleuchtet. Zuerst werden die Entwicklungen in der Schweiz und im Kanton Bern dargestellt. Anschließend folgt eine Beschreibung der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung in Großbritannien, Deutschland und Österreich. Im Punkt 2.6 wird die freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege im Kanton Bern referiert.

Laut Abderhalden, Lüthi, Mazzola & Wolff (2003) wird weltweit ein immer größer werdender Anteil psychisch erkrankter Menschen im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung behandelt und betreut¹. Bereits heute wird ein erheblicher Anteil der psychisch kranken Menschen im Rahmen der Primärversorgung betreut. Gemäß der World Health Organisation (WHO) leiden weltweit ca. 24 % der Klient/innen von Hausärzt/innen unter akuten und behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen, weitere 9 % unter schwerwiegenden und behindernden psychischen Problemen unterhalb der Krankheitsschwelle (Abderhalden et al., 2003).

In den meisten europäischen Ländern, den USA und Australien gibt es bei der Behandlung psychisch kranker Menschen seit Jahrzehnten Veränderungen: Es gibt eine Entwicklung weg von größeren Zentralkrankenhäusern hin zum Ausbau von kleineren Behandlungseinheiten, die für überschaubare Regionen zuständig sind. Unter „kleinere Behandlungseinheiten“ fällt der ambulante Bereich, der es psychisch kranken Menschen ermöglicht, in ihrem Lebensumfeld psychiatrische Behandlung zu erlangen. Betrachtet man die historische Entwicklung der Psychiatrieversorgung, gehen erste Berichte über ambulante Pflege auf den Beginn des 20. Jahrhunderts zurück (Wolff, 2006).

¹ Zur primären Gesundheitsversorgung zählen Hausärzt/innen, die Gemeindepflege sowie stationäre Einrichtungen.

Wolff nennt 2003 zwei Gründe, warum diese Entwicklung stattgefunden hat:

1. Die dauerhafte Unterbringung psychisch erkrankter Menschen hat in vielen Fällen zu so genannten *Hospitalisierungsschäden* geführt. Das bedeutet, dass viele Klient/innen durch einen längeren Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik die im Alltag benötigten Kompetenzen verlernen. Der Wiedereinstieg in das alltägliche Leben mit einem strukturierten Tagesablauf fiel vielen Klient/innen daher besonders schwer.
2. Längere Aufenthalte in einer stationären Einrichtung stellen eine hohe finanzielle Belastung dar.

Es konnte wissenschaftlich belegt werden, dass es möglich ist, die meisten Klient/innen in ihre gewohnte Wohn- und Lebensumgebung zu integrieren, und dass ambulante Betreuungsformen kosteneffizienter sind (Wolff, 2006).

2.2 Entwicklungen in der Schweiz

Auch in der **Schweiz** befinden sich die psychiatrischen Versorgungssysteme seit zwei, drei Jahrzehnten in einem Reformprozess (Ramseyer, Genner, & Brenner, 2006).

Dem internationalen Trend zufolge wird eine Vervielfachung des ambulanten psychiatrischen Angebots angestrebt. Laut dem Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“ wurde im Leitfaden zur Psychiatrieplanung im Sommer 2008 als eines der drei hauptsächlichen Ziele die *„Adäquate Berücksichtigung der ambulanten Leistungserbringung im Rahmen der Spitalplanung“* definiert (Wyss, 2008). Dem Bericht zufolge gilt unter Voraussetzung der sorgfältigen Strukturierung des teilstationären und ambulanten Bereichs eine mittel- und langfristige Reduktion der Bettenanzahl in der Erwachsenenpsychiatrie als möglich. Zukünftig sollten mehr als die Hälfte der in der psychiatrischen Versorgung eingesetzten finanziellen Mittel in den ambulanten und teilstationären Sektor (inklusive Prävention) fließen. Im Zuge der mittel- bis langfristigen Psychiatrieplanung werden Versorgungsregionen definiert, in denen ein psychiatrischer Dienst für den Großteil der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein sollte. Zudem wird eine bessere Vernetzung zwischen niedergelassenen Psychiatern/innen, Hausärzten/innen, Spitexdiensten (spitalexterne Dienste), somatischen Spitälern und weiteren Diensten angestrebt. In einem nächsten Schritt sprechen Mitglieder der Arbeitsgruppe von „mobilen Teams“, welche mittel-

oder sogar kurzfristig eine flächendeckende, optimale psychiatrische Versorgung sicher stellen sollen.

Es ergeben sich durchaus Substitutionsmöglichkeiten für den stationären Klinikaufenthalt, diese „Hinweise“ auf eine Reduktion der Klinikeintritte zeigen ausschliesslich ein Potential, welches unter schweizerischen und kantonalen Bedingungen durch unzureichendes gesichertes Erfahrungswissen nicht vollständig in die Praxis umgesetzt werden kann (Wyss, 2008).

2.3 Entwicklungen im Kanton Bern

Betrachtet man die **Entwicklung der Berner Psychiatrie**, sind die Psychiatriegrundsätze von 1977 massgebend. Sie wurden am 15. November 1977 als vorgezogener Teil der Spitalplanung 1978 in Bern beschlossen. Die Grundsätze sind auch heute noch in Kraft und bilden die Grundlage für wichtige Entwicklungen der letzten Jahrzehnte in der psychiatrischen Versorgungslandschaft. Als zentraler Psychiatriegrundsatz galt, den Kanton in Psychiatrieregionen einzuteilen. In jeder dieser Regionen sollten psychiatrische Dienste zur Verfügung gestellt werden, so dass die Patient/innen flächendeckend ambulant oder stationär versorgt werden können. Als weiterer Grundsatz galt bereits 1977, psychisch erkrankte Menschen nur dann stationär zu behandeln, *„wenn sie der besonderen Leistung einer psychiatrischen Klinik bedürfen.“* [Antwort der Regierung auf die Motion des Grossen Rates (=kantonaies Parlament) an den Regierungsrat zum Thema „Kantonale Planung der Psychiatrie für die nächsten fünf bis zehn Jahre“ (2001)]. Folgende zentrale Entwicklungen vollzogen sich laut der Motion von 2001 in der Berner Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten:

- In Regionalspitälern wurden psychiatrische Stationen errichtet, um die Versorgung von psychisch kranken Menschen bevölkerungsnaher zu gestalten.
- Der Aufbau eines Netzes von Wohn-, Arbeits- und Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke.
- Eine massive Reduktion der stationären Psychiatriebettenanzahl.

Gemäss der Motion des Regierungsrates bedarf es Leitlinien, damit die psychiatrische Versorgung auch in Zukunft gewährleistet ist. Eine Leitlinie postuliert, dass die Bettenhöchstrate pro 1000 Einwohner im Kanton festgelegt werden sollte, um die

Psychiatriebettenanzahl weiter zu senken. Der Kanton Bern lehnt sich an eine Empfehlung der WHO an, welche bei 0.5 bis 0.7 Betten pro 1000 Einwohner liegt. Es wird eine Annäherung an diese Empfehlung angestrebt, welche aber nur erreicht werden kann, wenn im psychiatrischen Versorgungsnetz die ambulante Versorgung an Gewichtung zunimmt. Dies bedeutet eine Veränderung der Strukturen. Ambulante und teilstationäre Angebote sollten primär in Anspruch genommen werden.

Ambulante Psychiatrische Pflege wird im Kanton Bern von psychiatrischen Institutionen wie Tageskliniken oder ambulanten Einrichtungen in Kliniken praktiziert. Weiters nimmt die spezialisierte psychiatrische Spitex (spitalexterne Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege) in der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen eine zentrale Rolle ein. Angebote wie „*Mind care*“, welche sich an die Betreuung und Pflege demenzkranker und psychisch kranker Menschen richten, werden vom Spitex-Bern offeriert ("*Mind Care* – eine verlässliche Stütze in schwierigen Zeiten," 2009). Neben den öffentlichen-rechtlichen Spitexdiensten können Klient/innen von spezialisierten privaten psychiatrischen Spitex-Organisationen versorgt werden. Ein möglicher Vorteil eines privaten Spitex-Dienstes zeigt sich darin, dass ein flexibleres Angebot hinsichtlich der Behandlungszeiten vorliegt (Egger, 2009). Weiters bieten ambulante psychiatrische Pflegefachkräfte im Kanton Bern psychiatrische Betreuung im Rahmen einer freiberuflichen Tätigkeit an. Die vorliegende Untersuchung bezieht sich auf die eben genannte Versorgungsgruppe.

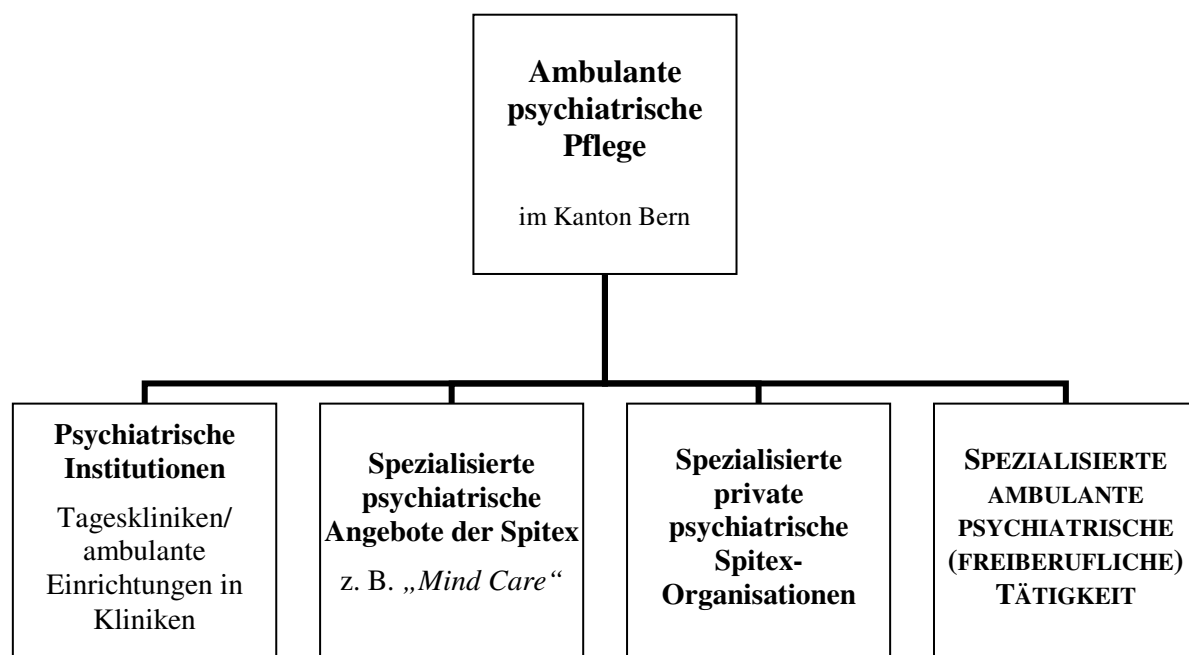


Abbildung 1: Anbieter der ambulanten psychiatrischer Pflege im Kanton Bern

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in der Zukunft sowohl in der Schweiz als auch im Kanton Bern ambulante Angebote in der psychiatrischen Versorgung dominieren werden. Mittel- bis langfristige politische Planungen zielen darauf ab, ambulante Dienste auszubauen und einen Zugang in der Nähe des Wohnortes jedes Bürgers und jeder Bürgerin anbieten zu können. Der Trend geht dahin, psychiatrische Pflege im direkten Umfeld der Klient/innen einzusetzen und zu entwickeln. Prioritäres Ziel ist der flächendeckende Ausbau eines ambulanten psychiatrischen Versorgungsnetzes.

2.4 Gemeindenahe Versorgung in Großbritannien

Die psychiatrische Gemeindepflege hat in **Großbritannien** eine lange Tradition. 1948 wurde auf der Grundlage des *Health Acts* 1946 das *National Health Service* (NHS) eingerichtet. Diese Entwicklung prägte die medizinische Versorgung in Großbritannien. Speziell für die Psychiatrie war die Gründung des NHS relevant, da sie die Integration der Psychiatrie in die medizinische Versorgung mit sich brachte (Becker, 1998).

Im Kontext dieser Entwicklung kam es in der psychiatrischen Versorgung in England im Verlauf weniger Jahre zu wesentlichen Veränderungen. Laut Schulz und Behrens (2005) wurde bereits 1954 damit begonnen, psychiatrische Pflege im direkten Umfeld der Klient/innen zu entwickeln und einzusetzen. Der Aufbau einer ambulanten Versorgung hat sich seit etwa 1985 und insbesondere seit 1993 beschleunigt. Daraus resultierend gibt es in Großbritannien ein sehr gut funktionierendes gemeindepsychiatrisches Versorgungsnetz. Den zentralsten Baustein in diesem Versorgungsnetz stellen gemeindepsychiatrische Teams (engl., *community mental health teams*, CMHT) dar, welche einen Einzugsbereich von 60.000 bis 90.000 Einwohnern versorgen. Zum Team gehören 1-2 Fachärzt/innen, 1-2 Assistenzärzt/innen, 1 Ergotherapeut/in, 1 Psychologe/in, 5-6 Sozialarbeiter/innen und 6-8 Pflegefachpersonen (engl., *community psychiatric and mental health nurses*, CNPs). Die Pflege stellt in der Psychiatrie in Großbritannien im ambulanten, aber auch im stationären Bereich die größte Berufsgruppe dar. Eine ambulante Psychiatriepflegefachperson fungiert als Case Manager/in und betreut 20-30 Klient/innen zu Hause oder in dafür vorgesehenen Sprechzimmern. Die Behandlungen reichen von 1-mal pro Woche bis 1-mal pro Monat (Zinkler, 2006).

Folgendes Zitat beschreibt die erheblichen Veränderungen bezüglich der ambulanten Angebote in der Betreuung psychisch kranker Menschen in Großbritannien:

„Mental health services are of interest not only because of the large burden they impose, but also because they have been subject to more change than virtually any other type of health service over the past four decades.“

(Raftery, 1992)

2.5 Ambulante Versorgung in Deutschland und Österreich

Im Vergleich zu **Deutschland** hat die ambulante psychiatrische Versorgung in Großbritannien einen deutlich höheren Stellenwert erhalten. Die ambulant tätigen Pflegepersonen führen im angelsächsischen Raum relativ spezialisierte Tätigkeiten durch (Schulz & Behrens, 2005). Weiters sind sie berechtigt, Medikamente für die psychiatrische Behandlung selbstständig zu verschreiben (Richter & Hahn, 2008). In Deutschland hat die Berufsgruppe der Pflege an der *Kommunalisierung* der Psychiatrie kaum teilgenommen (Wolff, 2003). Laut der Gesellschaft für soziale Psychiatrie (Schädle-Deininger & Storck, 2006) ist die Pflege eine Berufsgruppe, welche in der gemeindepsychiatrischen Versorgung unverzichtbar ist. Diese Einschätzung der Expert/innen steht im Gegensatz zur Zurückhaltung der Pflege. Neuere Veröffentlichungen belegen aber, dass sich auch in Deutschland ambulante psychiatrische Betreuungsdienste etablieren (Wolff, 2003). 2002 wurde in Deutschland die Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege mit dem Ziel gegründet, *„Ambulante Psychiatrische Pflege und das Recht des psychisch erkrankten Menschen auf eine kompetente, umfassende und eine patientenorientierte Pflege zu stärken.“* (*"Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege,"* 2009). Laut der Homepage ist die psychiatrische Versorgung im ambulanten Sektor nicht gesetzlich geregelt und damit nicht gesichert. Gleichzeitig kommt es zu einer Reduktion der Bettenanzahl im klinischen Bereich und zu einer Erhöhung der Anzahl der Klient/innen im ambulanten Bereich, welcher mit der Versorgung unbereitete konfrontiert wird. Der Verein BAPP versucht diesem Problem entgegenzutreten.

In **Österreich** begann der Wandel in der psychiatrischen Versorgungsstruktur in den 1970-er Jahren. Der Prozess der Deinstitutionalisierung hin zur gemeindenahen Versorgung zeigte sich in einer Reduktion der spezifisch gewidmeten psychiatrischen Bettenanzahl, die zwischen 1970 und 1999 um etwa zwei Drittel (von 12.000 auf 4.000 Betten) gesenkt werden konnte. 1999 betrug die Bettenrate 0.5 pro 1000 Einwohner/innen. Ähnliche Ergebnisse liefert auch der österreichische Psychiatriebericht aus dem Jahr 2004 (Katschnig, Denk, & Scherer, 2004). Wie auch in Deutschland wurde in Österreich die Zahl der psychiatrischen Kliniken nicht massgebend reduziert. Die Struktur der Kliniken hat sich jedoch verändert: Sie wurden im Kontext dieser Entwicklungen zunehmend verkleinert und neu organisiert (Katschnig, Ladinser, Scherer, Sonneck, & Wancata, 2001). Obwohl neben den klinischen Therapiemöglichkeiten zahlreiche ambulante Angebote entwickelt wurden, konnte sich die gemeindepsychiatrische Pflege nicht flächendeckend etablieren. In Österreich ist dies darauf zurück zu führen, dass die Legislatur zu einem hohen Grad von den Ländern bestimmt wird und daher pro Bundesland variiert (Zechmeister & Österle, 2006).

In den Jahren 1997/98 wurden in allen neun Bundesländern von den Landesrechnungshöfen psychiatrische Versorgungsberichte und –pläne erstellt. Im allgemeinen, länderübergreifenden Teil werden Empfehlungen für den außerstationären Versorgungsbereich gegeben:

- „Ausbau patient/innengerechter und gesamtkostensenkender ambulanter Versorgungseinrichtungen“
- „Massnahmen zur Verlagerung von Langzeitpatient/innen in den extramuralen Bereich“.

(Katschnig et al., 2004)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auch Österreich dem internationalen Trend hinsichtlich einer verstärkten Behandlung psychisch kranker Menschen im extramuralen Bereich folgte. 1970 setzte sich der Prozess der zunehmenden Verlagerung in den außerstationären Bereich in Gang. Es konnten in einzelnen Bundesländern ambulante Angebote wie psychosoziale Dienste, Tagesstätten und andere gemeindenahe Einrichtungen errichtet werden (Katschnig et al., 2001). In Österreich (außer Wien) gab es 1998 insgesamt 118 Psychosoziale Einrichtungen. Ober- und Niederösterreich zählen mit je 27 und 24 Diensten zu den Spitzenreitern. Für Wien lagen unvollständige Daten vor, daher wurde dieses Bundesland nicht in die Erhebung mit eingegliedert (Katschnig et al., 2001). Weiters bieten Tagesstätten ambulante psychiatrische Betreuung und Unterstützung an. 1998 gab es in

Österreich (ausser Wien) 44 Einrichtungen mit 904 Plätzen. Es zeigen sich in den Bundesländern große Unterschiede: im Burgenland und in Vorarlberg gibt es keine einzige Tagesstätte, während es in Oberösterreich 17 Institutionen gibt.

In Wien erfolgt die gemeindepsychiatrische Versorgung über psychosoziale Dienste, wobei jeder Dienst für einen bestimmten Bezirk zuständig ist. Die Versorgungs- und Betreuungsfunktion, aber teilweise auch aufsuchende Funktion, übernehmen Pflegepersonal, Sozialarbeiter/innen und Psychiater/innen, welche mit psychiatrischen, klinischen Abteilungen vernetzt sind.

In Tirol wurde 1988 der gemeinnützige Verein „Psychosozialer Pflegedienst Tirol“ (PSP) mit Sitz in Hall in Tirol gegründet. Vorrangiges Ziel des Vereins ist die Betreuung und Unterstützung psychisch kranker Menschen infolge stationärer Aufenthalte. Die Behandlung erfolgt von diplomierten Pflegepersonen in aufsuchender Form, um die aktuelle Lebenssituation mit einbeziehen zu können.

Anders als in Deutschland und der Schweiz hat sich in Österreich die freiberufliche Tätigkeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege (noch) nicht etabliert. Pflegefachpersonen, welche in einer Klinik angestellt sind, können jedoch als so genannte „Übergangspflegepersonen“ im Rahmen einer freiberuflichen Tätigkeit fungieren, indem sie die Klient/innen nach der Entlassung ambulant betreuen. Der Anteil der Sozialarbeiter/innen wird steigen, welche freiberuflich psychiatrische Klient/innen betreuen. Sie werden zunehmend die „Übergangspflege“ ersetzen (Swoboda, 2009).

2.6 Freiberufliche Ambulante Psychiatrische Pflege

Im folgenden Abschnitt wird die ambulante psychiatrische Pflege, welche freiberuflich praktiziert wird und Ausgangspunkt der vorliegenden empirischen Untersuchung ist, definiert und präzisiert.

2.6.1 Definition

Unter **freiberuflicher ambulanter psychiatrischer Pflege** versteht man, dass Pflegefachpersonen ambulante psychiatrische Pflege selbstständig erwerbend ausüben (Fallmann, 2008). Die Pflegefachkräfte sind in ihrer freiberuflichen Tätigkeit somit unabhängig von anderen.

Laut Wolff (2006) arbeiten die Pflegenden mit ihren Klient/innen weder in einer stationären oder teilstationären, sondern im ambulanten Setting. In der ambulanten psychiatrischen Pflege werden die Klient/innen zu Hause behandelt. Sie werden aus einer ganzheitlichen Sichtweise betrachtet und betreut. Das häusliche Umfeld sowie Familienmitglieder können daher direkt in den Behandlungsprozess miteinbezogen werden.

Folgendes Zitat von Bowers (1992) beschreibt den Hausbesuch als Behandlungsform sehr eindringlich:

„Der Pflegende betritt eine unbekannte Welt, die private Welt der Patient/innen, die einem öffentlichen Einblick verborgen ist. In dem Augenblick, wenn der Patient einem Pflegenden die Tür öffnet, um ihn einzulassen, betritt der Pflegende ein unbekanntes Terrain, ein fremdes, noch nicht kartografiertes Land, voller neuer Eindrücke. Indem der Patient dem Pflegenden Zugang gewährt, erlaubt er ihm, einen vorübergehenden Aufenthalt in diesem fremden Land und lädt ihn damit zum Verweilen ein, um dieses private Refugium zu sehen und zu fühlen.“

(Bowers, 1992)

Wolff (2006) beschreibt weiters, dass die psychiatrisch Pflegenden als kompetente Begleiter/innen (engl. „*skilled companion*“) ihrer Klient/innen fungieren. Durch eine individuelle Betreuung unterstützen Pflegende ihre Klient/innen zumeist auf dem Weg vom Krankenhaus zurück in die gewohnte Lebensumgebung bzw. in den Alltag. Die Pflegenden haben die Aufgabe, ihre Klient/innen von der akuten Erkrankung hin zur Stabilität zu begleiten.

Die freiberuflich tätigen Personen sind oft Einzelkämpfer, sie arbeiten nicht im Team und gehören keiner Institution an. Sehr wichtig ist daher der Erfahrungsaustausch mit Berufskollegen/innen. Im Frühjahr 2007 wurde in der Schweiz der VAPP – der **Verein Ambulante Psychiatrische Pflege** gegründet. Er stellt das Gegenstück des in Deutschland gegründeten Vereins BAPP – Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege dar. Der VAPP möchte für die freiberuflichen Psychiatriepflegefachpersonen in der Deutschschweiz, welche sich als Mitglieder eintragen lassen können, Strukturen aufbauen und als unterstützendes Organ wirken. Zudem möchte der Verein Fort- und Weiterbildung sowie Qualitätssicherung gewährleisten und ein freies, individuelles Arbeiten ermöglichen. Weiters sollte der Bekanntheitsgrad des ambulanten Angebotes forciert werden. Durch die Mitwirkung an wissenschaftlichen Projekten will der Verein die Effizienz, die

Wirtschaftlichkeit und den Wert des ambulanten Angebots darlegen. Zugunsten des Klienten bzw. der Klientinnen setzt sich der Verein für eine optimale Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und Verbänden ein (Fallmann, 2008).

2.6.2 Voraussetzungen

Grundvoraussetzung für die freiberufliche Tätigkeit als psychiatrische Pflegefachperson im Kanton Bern ist die Absolvierung eines Diploms in psychiatrischer Pflege innerhalb der Schweiz oder ein vom schweizerischen roten Kreuz als gleichwertig anerkanntes Diplom. Zudem müssen die Pflegenden eine zweijährige praktische Tätigkeit unter der Leitung einer diplomierten Pflegefachperson nachweisen können. Diese kann in einem Spital, in einer Organisation der Krankenpflege oder im Rahmen einer ambulanten Tätigkeit zu Hause erfolgen. ("Gesetzgebung - Landesrecht - Verordnung über die Krankenversicherung KVV - Artikel 49 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner," 2004).

Unter diesen Voraussetzungen erhalten Pflegende, welche sich entscheiden, selbstständig erwerbstätig zu sein, eine kantonale Berufsausübungsbewilligung (Bossart, 2009). Danach erlangen die Freiberuflichen vom Konkordat der schweizerischen Krankenversicherer (*santésuisse*) eine Konkordatsnummer. Die Pflegenden treten dem Tarifvertrag bei, wo Leistungen via Grundversicherung abgerechnet werden können. Die Tarife bewegen sich zwischen CHF 39.00 und CHF 78.00 pro Stunde (Fellmann, 2008).

2.6.3 Qualitätssicherung

Mit ihrem Beitritt zum Tarifvertrag ergeben sich für die freiberuflich tätigen Personen Verpflichtungen wie eine kosteneffiziente und qualitätsorientierte Arbeitsweise. Für die Durchführung der Qualitätssicherung und -kontrolle ist der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer (SBK) verantwortlich. Im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit ist es obligatorisch, am jährlichen Programm zur Qualitätssicherung aktiv teilzunehmen (SBK - ASI, 2008).

Gemäß Finklenburg (2009) gelten folgende Qualitätskriterien:

- Teilnahme an der Selbstevaluation mittels eines Fragebogens
- Teilnahme an einer stichprobenartigen Fremdevaluation durch eine Zertifizierungsstelle für Pflegequalität
- Teilnahme an den vom SBK organisierten "Qualitätstagen"

Abgesehen von der Absolvierung des Diploms in der psychiatrischen Pflege und zwei Jahren Berufserfahrung gibt es keine obligatorischen Vorgaben zur Erlangung einer Bewilligung der freiberuflichen Ausübung. Gezielte Weiter- oder Fortbildungen speziell für psychiatrisch Pflegende, welche eine freiberufliche Tätigkeit anstreben, gibt es im Kanton Bern nicht.

2.6.4 Kompetenzen der Pflegekräfte

Im folgenden Absatz wird auf die Kompetenzen, welche freiberufliche Pflegende in ihrer Tätigkeit mitbringen sollten, näher eingegangen (Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege, 2009):

Das ambulante Arbeitsumfeld weist im Gegensatz zum stationären Umfeld bedeutend schwierigere Bedingungen auf. Die Pflegenden befinden sich im ambulanten Setting in sehr komplexen Strukturen, da erhöhte Anforderungen an sie gestellt werden. Die Behandlungseinsätze erfolgen allein und ohne institutionellen Hintergrund, daher müssen die Pflegefachpersonen eigenständig arbeiten und die aktuelle Situation der Klient/innen sehr differenziert einschätzen können. Sie müssen beurteilen, ob die Klient/innen ausreichend versorgt sind und ob weitere psychiatrische Dienste in die Behandlung miteinbezogen werden müssen. Diese Aufgaben verlangen ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Kompetenz. Eine vertrauensvolle, respektvolle und wertschätzende Beziehung zum Klienten/zur Klientin stellt die Grundlage des Behandlungsverhältnisses dar. Als wichtig zu erwähnen gilt hier der Aspekt der Freiwilligkeit. Die ambulante psychiatrische Pflege richtet sich an Menschen, die eine psychiatrische Pflege akzeptieren. Die Pflegepersonen sind darauf angewiesen, dass ihnen die Tür geöffnet wird und die Betroffenen an den gemeinsam vereinbarten Interventionen teilnehmen. Der BAPP (2009) bezeichnet diese Rolle der Pflegenden als Gastrolle. Während im stationären Setting die Pflegenden das Hausrecht haben, gelten Pflegende in der ambulanten Pflege als Gäste. Dies führt zu einer Veränderung der

Beziehungen und der Machtverhältnisse. Die ambulante Pflege fördert somit die Selbstbestimmung der Klient/innen in einem erheblichen Ausmaß.

Eine weitere Fähigkeit, die die ambulanten Pflegekräfte mitbringen müssen, sind ein respektvoller Umgang mit Nähe und Distanz, da sie einen privaten und intimen Bereich betreten. Sie müssen die individuellen und sozialen Ressourcen der Klient/innen erkennen und nutzen und somit eng mit dem/der Betroffenen und dessen Angehörigen kooperieren. Zudem ist eine umfassende Kenntnis über rechtliche Aspekte, über unterschiedliche Angebote, Institutionen und Unterstützungsmöglichkeiten der Region unabdingbar.

Laut Swoboda et al. (2006) ist die Arbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege eng mit der Verantwortung für das psychische Wohlbefinden von den Betroffenen verknüpft. Die ständige Konfrontation mit psychischen Problemen und Bedürfnissen der Klient/innen kann eine Quelle von Stress werden. Die Pflegenden müssen daher psychisch belastbar und stabil sein.

Als letzten Punkt wird laut dem BAPP (2009) ein unvoreingenommener, nicht wertender und respektvoller Umgang der Pflegenden verlangt. Die Pflegenden befinden sich im direkten Lebensumfeld ihrer Klient/innen und werden mit deren Lebensführung regelmäßig konfrontiert. Besonders wichtig ist die Akzeptanz der oft unterschiedlichen und ungewöhnlichen Lebensentwürfe.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kompetenzen der Pflegenden auf die komplexen Probleme und Bedürfnisse der Klient/innen abgestimmt sein müssen. Die Relevanz einer Qualifikation und Professionalisierung in Form einer spezifischen Ausbildung wird auch in diesem Absatz deutlich. Eine adäquate und dem Ausmaß der Komplexität der Probleme

2.6.5 Freiberufliche Tätigkeit im Kanton Bern

Laut Abderhalden (2009) stieg die Zahl der Personen, welche freiberufliche psychiatrische Pflege anbieten, in den letzten Jahren deutlich an. Die freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege gewinnt im Kanton Bern zunehmend an Bedeutung und Anerkennung, sie ist allerdings immer noch wenig bekannt. Abderhalden et al. (2009) konnten im Rahmen einer schriftlichen Befragung feststellen, dass im 1. Quartal des Jahres 2009 insgesamt 45 Personen freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege im Kanton Bern angeboten haben. Davon sind 32 Personen (71%) weiblich. Das Durchschnittsalter der Pflegefachkräfte liegt bei 47 Jahren (29-63 Jahre).

Die Befragung ergab zudem, dass von 39 Psychiatriepflegepersonen² 345 Klient/innen ambulant versorgt werden, 317 davon im Kanton Bern, 28 in angrenzenden Kantonen (FR, JU, LU; SO, AG). Diese Zahl entspricht etwa der Anzahl der Klient/innen, welche durch die 3 Ambulatorien der UPD versorgt werden. Die Anzahl der Klient/innen pro Pflegeperson reicht von 0 bis 38, der Durchschnitt liegt bei 9 Klient/innen pro Pflegeperson.

Die mittlere Berufserfahrung in der Pflege ist 20 Jahre (3 bis 40 Jahre), die mittlere Berufserfahrung in der Psychiatrie ist 16 Jahre (1-38 Jahre).

Über ein Drittel (38%) der freiberuflichen Pflegepersonen im Kanton Bern haben zusätzlich zu der freiberuflichen Tätigkeit eine Anstellung (beispielsweise in einer Spitexorganisation oder einer Klinik). Das Ausmaß dieser Anstellung beträgt durchschnittlich 53% (10 bis 100%).

Pro Monat werden bei Klient/innen mindestens 4 und höchstens 130 Stunden geleistet, im Durchschnitt 48 Stunden. Die Anzahl weiterer Aufwandstunden beträgt durchschnittlich 28 Stunden. Die minimale Kontakthäufigkeit liegt im Mittel bei 1.9 Kontakten pro Woche, die mittlere maximale Kontakthäufigkeit liegt bei 3.3 Kontakten pro Woche. Die maximale Kontakthäufigkeit liegt bei 14 Kontakten pro Woche.

Am häufigsten werden die Klient/innen (20%) von Psychiater/innen an die freiberuflich tätigen Personen überwiesen. 17% der Zuweisungen kommen von psychiatrischen Kliniken. 10% der Zuweisungen entstehen durch die Klient/innen selbst sowie durch ambulante psychiatrische Dienste/Sozialpsychiatrische Dienste.

² Da sich die Rücklaufquote auf 92% beläuft, erfolgte die Auswertung bei 39 Personen.

3 DIE HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALES (HoNOS)

3.1 Die HoNOS

Im folgenden Abschnitt werden die HoNOS näher erläutert. Es folgt die Entwicklung des Instrumentes in Großbritannien und die Auflistung der Dimensionen samt den dazugehörigen Items. In 3.1.3 wird die Anwendung der HoNOS dargestellt. Weiters wird auf die psychometrischen Eigenschaften hingewiesen. Zuletzt werden internationale Forschungsarbeiten, welche sich für die vorliegende Arbeit als relevant erwiesen haben, referiert.

J. K. Wing, A. S. Beevor, R. H. Curtis, S. B. G. Park, S. Hadden und A. Burns (1998) entwickelten 1992 bis 1995 in Grossbritannien ein Fremdeinschätzungsinstrument, welches allgemeine klinische Probleme („*clinical functioning*“) und die soziale Funktionsfähigkeit („*social functioning*“) von psychisch erkrankten Menschen einschätzt. Es wurde 1998 im *British Journal of Psychiatry* von J. K. Wing et al. publiziert.

Die HoNOS sind laut dem Royal College of Psychiatrists³ (RCP) (2006) innerhalb von Grossbritannien die am häufigsten verwendeten Skalen zur routinierten Einschätzung von Behandlungsergebnissen im klinischen Setting. Die RCP (2000) befragten psychiatrische Einrichtungen, wobei sie 34 Institutionen identifizieren konnten, welche in einem oder mehr Service-Bereichen die Verwendung der HoNOS implementiert haben. Die Ausbreitung über zahlreiche psychiatrische Einrichtungen deutet darauf hin, dass sich das Instrument in der psychiatrischen Versorgung innerhalb Grossbritanniens sehr gut etabliert hat.

Weiters werden die HoNOS in Großbritannien wie auch in Australien innerhalb der nationalen Gesundheitsstrategie als „*Minimum Data Set*“ eingesetzt (Andreas, 2005).

Die Verwendung des Instruments wird innerhalb Grossbritanniens von der *English National Service Framework for Mental Health* und von der Arbeitsgruppe *Department of Health* empfohlen (RCP, 2006).

Das Instrument wurde nicht entwickelt, um eine Risikoeinschätzung für die zukünftige Behandlungsdauer vorherzusagen sondern um eine Person bezüglich eines vorhergehenden Zeitraums einzuschätzen. Ausserdem wurde das Instrument nicht für die Verwendung in der

³ Institution im Bereich der Forschung und Ausbildung in der Psychiatrie in Grossbritannien und Irland

Primärversorgung entwickelt. Das Instrument ist nicht speziell für den klinischen Bereich geeignet, sondern kann auch im teilstationären oder ambulanten Setting verwendet werden.

3.1.1 Entwicklung der HoNOS in Großbritannien

Im folgenden Abschnitt wird die Entwicklung der HoNOS beschrieben. Weiters folgen die vier Phasen, in denen die HoNOS weiterentwickelt und getestet wurden. Zudem werden die Variationen des Instruments aufgelistet.

Das Interesse an der Qualität und Effektivität von Gesundheitseinrichtungen stieg in Grossbritannien in den 90-er Jahren beachtlich. Verschiedenste Institutionen aber auch die Regierung äusserten den Bedarf Behandlungsergebnisse („*health outcomes*“) systematisch zu messen und zu überprüfen. Auf diesem Weg kann die Effektivität der Behandlungen in der alltäglichen klinischen Praxis gemessen werden (McClelland, Trimble, Fox, Bell, & Stevens, 2000).

Um diese offene Lücke zu schliessen beauftragte 1993 das *Department of Health* in Grossbritannien das Forschungsteam der Royal College of Psychiatrists, Skalen zu entwickeln, welche den psychischen Gesundheitsstatus und die soziale Funktionsfähigkeit von psychisch erkrankten Menschen messen. Der Anstoss dazu war das nationale Ziel der *Health of the Nation strategy*, Mittel bereitzustellen, welche die Gesundheit und die gesellschaftlichen Fähigkeiten von psychisch kranken Menschen signifikant verbessern („*to improve significantly the health and social functioning auf mentally ill people*“) (Government White Paper Health of the Nation – Department of Health, 1992) (Wing et al., 1998).

Wing et al. versuchten laut Turner (2004) mit Unterstützung der *Royal College of Psychiatrists* ein standardisiertes Instrument zu finden, welches den Kriterien des definierten Ziels der Regierung entspricht. An der Entwicklung beteiligt waren ebenfalls Expert/innen aus unterschiedlichen Berufsgruppen (u. a. Pflegefachpersonal, Psycholog/innen und Sozialarbeiter/innen) und andere Arbeitsgruppen wie das *National Casemix Office*, NCO und die *Schizophrenia Project of the Clinical Standards Advisory Group*, CSAG (Andreas, 2005). Im Rahmen einer Literaturrecherche konnten die Autoren kein einziges Instrument entdecken, welches diesen Kriterien entspricht. Etablierte Instrumente wie der *General Health Questionnaire*, welcher von Goldberg 1972 entwickelt wurde oder die *Global Assessment Scale*, welche von Endicott et al., 1976 entwickelt wurde (Braun, 2002) waren zu spezifisch

oder schätzten den Gesundheitsstatus und das Funktionieren auf sozialer Ebene nicht ausreichend ein. Wing et al., Experten der Royal College of Psychiatrists, definierten 1996 Ziele, welche in einer psychiatrischen Gesundheitseinrichtung erreicht werden sollen und mittels dem Instrument, welches entwickelt werden sollte, gemessen werden können:

- Verbesserung der mentalen und physischen Gesundheit, einschliesslich einer Wiederherstellung der sozialen Reintegration. Darüber hinaus sollte eine Messung dieser Indikatoren vor der Durchführung einer Intervention erfolgen.
- Aufrechterhaltung des optimalen funktionellen Status' durch Prävention und einer Abschwächung von Faktoren, welche diesen Status negativ beeinflussen.

Wing et al., versuchten nun, ein Instrument zu entwickeln, welches deren definierten Ziele, das politische, nationale Ziel sowie folgende grundlegende klinische sowie administrative Kriterien erfüllt:

Kriterien im klinischen Kontext, welchen das Instrument entsprechen muss (Turner, 2004):

- Kürze und einfache Struktur für den alltäglichen klinischen Gebrauch
- Akzeptanz durch Pflegefachpersonen und Psychiater/innen
- Adäquate Erfassung des sozialen und aktuellen klinischen Status
- Sensitivität gegenüber Verbesserungen und Veränderungen
- Das Instrument muss reliabel sein
- Das Instrument muss sich mit bereits etablierten Skalen verbinden lassen

Kriterien im administrativen Kontext, welchen das Instrument entsprechen muss (Turner, 2004):

- Derivative Indikatoren⁴ zum Gebrauch für Auftraggeber und Anbieter
- Indikatoren, welche den Vergleich zwischen Patient/innengruppen und verschiedenen Settings ermöglichen
- Aufweisen von Indikatoren, welche das nationale Gesundheitsziel erfüllen

Wünschenswerte Kriterien bezüglich der Anwendung wurden von den Autoren ebenfalls definiert: Das Instrument sollte eine Anleitung sowie ein Glossar enthalten, eine Vielzahl von

⁴ Berechnete oder aus Daten abgeleitete Indikatoren wie die HoNOS-Gesamtsumme

Formaten sollte möglich sein, Akzeptanz bei allen Fachpersonen und in allen geografischen Regionen, es sollte weitreichend und in allen Situationen anwendbar sein (Turner, 2004).

Die Entwicklung der HoNOS durchlief vier sorgfältig geplante und durchgeführte Phasen in einem Zeitraum von 1992 bis 1995 (Wing et al., 1998).

Ein erster Entwurf des Instruments (HoNOS-I) entstand 1993 auf Basis einer Literaturrecherche innerhalb eines Expertengremiums. Die **HoNOS-I** beinhalteten 20 Items, welche in vier Subskalen eingeteilt wurden. Die Subskalen veränderten sich im Laufe der vier Entwicklungsphasen nicht. Item 20 schätzte auf einer Skala von 0 bis 100 die allgemeine Beeinträchtigung durch die psychische Erkrankung ein. Diese Version wurde in einer ersten Pilotstudie bei N=152 Personen aus 9 verschiedenen Einrichtungen getestet, um die Akzeptanz im klinischen Setting, die einfache Struktur des Instruments und die Sensibilität bezüglich Veränderungen zu überprüfen. Die Ergebnisse erwiesen sich als zufrieden stellend. In Anbetracht der Rückmeldungen der Raters (Personen, welche die HoNOS einschätzten) wurden die 20 HoNOS-I Items auf 12 Items reduziert. Eine neue Version, die **HoNOS-II**, wurde im Dezember 1993 entwickelt. In einer zweiten Pilotphase wurde die neue Version nun bei N=100 Personen aus 7 verschiedenen Einrichtungen hinsichtlich Akzeptanz, Struktur und Sensitivität getestet. Die Ergebnisse waren denen der ersten Pilotstudie ähnlich. Von 1994 bis 1995 arbeiteten die Autoren an einer weiteren Version, den **HoNOS-III**. Ein Glossar wurde jedem Item beigelegt, welches eine Definition und Erklärung jeder Antwortmöglichkeit enthält. Weiters wurden häufig gestellte Fragen durch Rater in beantworteter Form beigelegt. HoNOS-III wurde im Rahmen einer Feldstudie bei N=2706 Patient/innen aus insgesamt 25 verschiedenen Einrichtungen von insgesamt 492 Ratern getestet. Davon wurden 1678 Patient/innen zu einem zweiten Zeitpunkt eingeschätzt. Die viel grössere Anzahl an Patient/innen erlaubte nun mehr Komplexität in der Analyse. Es konnten Aussagen zur Test-Retest Reliabilität gemacht werden. Die Intraklasskoeffizienten für die Items und den Totalscore (Gesamtsumme) lagen zwischen 0,74 und 0,88. Item I „Aggression“ wies einen deutlich niedrigeren Koeffizienten auf. Der Gesamtscore bei HoNOS-III liegt bei 44 Punkten. In der letzten Entwicklungsphase wurden die HoNOS-III zu den **Final HoNOS** entwickelt. Die Autoren nahmen geringfügige Ergänzungen und Änderungen vor. Der Gesamtscore erweiterte sich auf 48 Punkte. Die letzte Phase endete im September des Jahres 1995. Die Endversion der HoNOS wurde in 6 unterschiedlichen Einrichtungen bei einer Gesamtstichprobe von N=754 Patient/innen hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften getestet (Andreas, 2005).

Die Test-Retest Reliabilität wurde in Studien in Nottingham und Manchester überprüft. In Nottingham wurden 100 Personen von einer zuständigen Fachperson und von einem HoNOS-Trainer eingeschätzt. Die Intraklasskoeffizienten (ICC) sind bei 9 der 12 Items sehr gut. Zwei Items (Item 9 und 10) weisen einen zufrieden stellenden Koeffizienten auf. Item 12 weist einen mässigen Wert auf (ICC=0,49). In Manchester wurden die HoNOS bei 97 Patient/innen ebenfalls von zwei Ratern eingeschätzt. Auch hier kann eine zufrieden stellende Test-Retest Reliabilität festgestellt werden. 8 der 12 Items weisen sehr gute Ergebnisse auf, 3 Items (Item 3, 9 und 11) weisen einen guten Intraklasskoeffizienten auf, und Item 12 weist auch bei dieser Untersuchung den niedrigsten Koeffizienten auf (ICC= 0,51).

Zur Überprüfung der Validität wurden zwei externe Instrumente herangezogen, die 24-Item *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS-24), 1962 von Overall & Gorham entwickelt, und die *Role Functioning Scale* (RFS), 1993 von Goodman et al. entwickelt (Wing et al., 1998). Beide Skalen decken sich inhaltlich weitgehend mit den HoNOS. Sie weisen jedoch einen grösseren Umfang auf und die BPRS-Skala wird im Gespräch mit dem betroffenen Patienten/der betroffenen Patientin eingeschätzt. In Nottingham korrelierten die Gesamtscores der HoNOS und die Gesamtscores der RFS mit einem Wert von 0,65. Die HoNOS und die BPRS Gesamtscores weisen eine Korrelationskoeffizienten von 0,84 auf. In der Studie in Manchester konnte zwischen den HoNOS und den RFS eine Korrelation zwischen 0,52 und 0,73 festgestellt werden. Die HoNOS und BPRS korrelieren zwischen den Werten 0,49 und 0,71.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Wing et al. (1998) in der Untersuchung aufzeigen konnten, dass die HoNOS als ein valides Instrument angesehen werden können. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen den HoNOS Gesamtscores und denen der BPRS und RFS-Skalen. Der Grad der Kriteriumsvalidität kann mittels Untersuchungen von Wing et al. (1998) als zufrieden stellend bezeichnet werden.

Folgende Tabelle zeigt die vier Entwicklungsphasen der HoNOS (Wing et al., 1998):

Version	HoNOS-I	HoNOS-II	HoNOS-III	Final HoNOS
Zeitraum	April bis Dezember 1993	April bis Dezember 1993	Jänner 1994 bis März 1995	April bis September 1995
Anzahl Proband/innen	152	100	2706	Reliabilität: 293 + 188 P., Vergleiche: 166 + 107 P.
Untersuchung	Akzeptanz Sensibilität Struktur	Akzeptanz Sensibilität Struktur	Akzeptanz Sensibilität Struktur Reliabilität Profil	Akzeptanz Sensibilität Struktur Reliabilität Profil Vergleiche

Tabelle 1: Entwicklungsphasen der HoNOS

Die Entwicklung eines adäquaten Instruments und die Testphasen über einen Zeitraum von 3 Jahren resultierten in einem Instrument, welches 12 Items beinhaltet und als Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) bezeichnet wird.

Die HoNOS sind einfach in der Anwendung, schliessen klinische Probleme und das Funktionieren auf sozialer Ebene mit ein und wurden vom klinischem Fachpersonal, welche es verwendet haben, akzeptiert. Weiters wurde es so konzipiert, dass es sensibel für Veränderungen ist. Zudem zeigt es eine gute Reliabilität und Validität (Wing et al., 1998).

Die Skalen sind an kein spezielles Setting gebunden. HoNOS kann demnach sowohl im stationären wie auch im teilstationären und ambulanten Setting verwendet werden. Ursprünglich wurden die HoNOS für Patient/innengruppen jeden Alters konzipiert, ältere Personen eingeschlossen. Dieses breite Anwendungsspektrum ermöglicht einen Vergleich zwischen einzelnen Patient/innen, aber auch zwischen verschiedensten Gesundheitseinrichtungen (Turner, 2004).

Das Instrument HoNOS wurde speziell für Patient/innen entwickelt, welche eine psychiatrische Krankheit haben und zwischen 18 und 65 Jahre alt sind. Kulturelle und spirituelle Unterschiede der Patient/innen bleiben dabei unbeachtet. Um auch andere

Patient/innengruppen mit den HoNOS einschätzen zu können, wurden die HoNOS weiterentwickelt und auf spezielle Personengruppen adaptiert.

Es wurden zusätzlich zu den HoNOS fünf Variationen entwickelt, getestet und publiziert (RCP, 2006):

- **HoNOS:** Für Personen zwischen dem 18. und 65. Lebensjahr mit einer psychischen Erkrankung.
- **HoNOS65+:** Diese Version der HoNOS wurde 1999 speziell für Personen ab dem 65. Lebensjahr entwickelt. Die Skalen unterscheiden sich nicht von denen der HoNOS, daher sind die HoNOS65+ mit den HoNOS direkt vergleichbar. Das Glossar wurde jedoch erweitert und präzisiert und auf spezielle Situationen der Gerontopsychiatrie adaptiert. Eine weitere Überarbeitung erfolgte 2002.
- **HoNOSCA:** HoNOS für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre.
- **HoNOS-secure:** Version für die Anwendung im forensisch-psychiatrischen Kontext, diese Variation besteht aus 7 Items.
- **HoNOS-LD:** HoNOS speziell Menschen mit einer geistigen Behinderung.
- **HoNOS-ABI:** Dieser Version wird bei Personen angewendet, die an einer erworbenen Hirnschädigung leiden. Diese Variation ist eine Weiterentwicklung der HoNOS65+.

3.1.2 Struktur des Instruments

Jede HoNOS-Skala beinhaltet 12 Items. Laut McClelland et al. (2000) misst jedes der Items einen spezifischen Problembereich, mit welchem laut vorangehender Forschungen häufig psychisch erkrankte Personen konfrontiert waren.

In Abbildung 2 sind die Items der HoNOS ersichtlich. Die Items können in die Dimensionen „Verhalten“ („*Behavioral Problems*“), „Beeinträchtigung“ („*Impairment*“), „Symptome“ („*Symptomatic Problems*“) und „soziale Funktionsfähigkeit“ („*social problems*“) zusammengefasst werden, welche ebenfalls in Abbildung 2 ersichtlich sind.

Folgende Tabelle zeigt die vier Dimensionen und die Items in englischer Sprache:

Behavioral Problems	
Item 1.	Overactive, aggressive, disruptive or agitated behaviour
Item 2.	Non-accidental self-injury
Item 3.	Problem drinking or drug-taking
Impairment	
Item 4.	Cognitive Problems
Item 5.	Physical illness or disability problems
Symptomatic Problems	
Item 6.	Problems associated with hallucinations and delusions
Item 7.	Problems with depressed mood
Item 8.	Other mental and behavioural problems
Social Problems	
Item 9.	Problems with relationships
Item 10.	Problems with activities of daily living
Item 11.	Problems with living conditions
Item 12.	Problems with occupation and activities
(RCP, 2006)	

Abbildung 2: Items der HoNOS

Alle Skalen folgen dem gleichen Beurteilungsformat. Den Items liegt eine 5-stufige Likert-Skala von 0=kein Problem bis 4=sehr schweres Problem zugrunde (Andreas, 2005). „0“ bedeutet, dass in dem betreffenden Item kein Problem vorhanden ist. „1“ zeigt auf, dass ein kleines Problem vorhanden ist, die Auswirkungen jedoch nicht so groß ist, dass eine Intervention nötig ist. „2“ bedeutet, dass ein mildes Problem vorhanden ist, welches im klinischen Alltag definitiv präsent ist bzw. die soziale Funktionsfähigkeit einschränkt. Die Antwortmöglichkeit „3“ kann gewählt werden, wenn ein mäßiges bis schweres Problem vorhanden ist und Antwortmöglichkeit „4“ zeigt an, dass ein schweres bis sehr schweres Problem vorhanden ist. Die Antwortmöglichkeit „9“ kann gewählt werden, wenn dem Rater unklar ist, in welchem Schweregrad ein Problem vorhanden ist oder wenn die Einschätzung aufgrund fehlenden Wissens nicht möglich ist.

Die Antworten liegen folgendem Format zugrunde:

0 = kein Problem

1 = kleines Problem welches jedoch keine Intervention verlangt

2 = mildes Problem und definitiv präsent

3 = mäßiges bis schweres Problem

4 = schweres bis sehr schweres Problem

9 = unbekannt

(J. Wing, Curtis, & Beevor, 1999)

Abbildung 3: Antwortkategorien je Item

Ein beiliegendes Glossar erklärt das Item und liefert zu jeder Antwortmöglichkeit ein individuelles Profil. Jeder einzelner Wert zwischen 0 und 4 wird detailliert beschrieben.

Item 8 „Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme“ („*Other mental and behavioral problems*“) liegt ebenfalls das gleiche Format zugrunde. Besonders an diesem Item ist, dass zusätzlich das schwerste klinische Problem im Bewertungszeitraum eingeschätzt werden muss. Es gibt die Auswahlmöglichkeiten Phobie, Angst, Zwangsgedanken/-handlungen, psychische Belastung/Anspannung, dissoziative Störungen, somatoforme Störungen, Essen, Schlafverhalten, Sexualität. Diese 9 psychischen und verhaltensbezogenen Bereiche decken sich mit den internationalen Klassifikationen der psychischen und der Verhaltensstörungen (ICD-10, F00-F99). Die ersten 6 Probleme sind im Bereich der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen einzuordnen (F40-F48). Es handelt sich um eine phobische Störung (F40), und „Andere Angststörungen“ (F41), um Zwangsgedanken/-handlungen (F42.0, F42.1) und die psychische Belastung (F43) und um dissoziative- und somatoforme Störungen (F43, F44). Die Probleme Essen, Schlaf und Sexuell lassen sich den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F58) zuweisen. Essstörungen sind mit dem Code F50, Nicht-organische Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen mit dem Code F51 bzw. F52 gekennzeichnet.

Liegt das schwerste klinische Problem woanders, kann es der Rater in eigenen Worten spezifizieren.

3.1.3 Anwendung der HoNOS

Die **Einschätzung** der HoNOS-Skalen wird grundsätzlich vom Fachpersonal durchgeführt. Sie beinhaltet die Einschätzung sowie Sichtweise der zuständigen Fachpersonen und nicht die der Patient/innen/Klient/innen selbst. Die Sicht der Betroffenen bezüglich ihrer Probleme kann jedoch in Betracht gezogen werden und in die Einschätzung mit einfließen.

Einschätzungen können in Form von Fremdeinschätzungen entweder von einer einzelnen professionellen Behandlungsperson, aber auch von einem klinischen Team durchgeführt werden. So genannte Rater, Personen welche die Skala einschätzen, reichen in der vorhandenen Fachliteratur von einer Pflegefachperson bis zum behandelnden Arzt/zur behandelnden Ärztin. Folgende Personen innerhalb der psychiatrischen Berufsgruppe können die HoNOS-Skala einschätzen: psychiatrisches Pflegefachpersonal, Psychiater/innen, Psychiater/innen in Ausbildung, in die Behandlung involvierte Therapeut/innen und Sozialarbeiter/innen (McClelland et al., 2000); (Trauer, 1999), Keyworker/innen (Bruce et al., 1999), Hausärzt/innen (Audin, Margison, Clark, & Barkham, 2001) sowie Case Manager/innen (Parker et al., 2002; Gallagher, Teesson, 2000) können ebenfalls die HoNOS einschätzen.

In einer Vielzahl der internationalen Forschungsarbeiten⁵ werden psychiatrische Probleme mit den HoNOS zu zwei **Zeitpunkten** erhoben (McClelland et al., 2000; Sharma et al. 2000; Audin et al., 2001; Parker et al., 2002; Monzani et al., 2008; Burgess et al., 2006). Die Ersteinschätzung erfolgt meist zu Beginn der Behandlung. Nach einer 6- oder 12- monatigen Behandlungsdauer oder nach möglichen Interventionen werden die Probleme erneut eingeschätzt und mit der Gesamtsumme (*totalscore*) zu Beginn verglichen. Zeigen die Einschätzungen einen Unterschied, haben sich die psychiatrischen Probleme sowie der soziale Status verändert. Dem RCU (2006) zufolge, sollten die HoNOS zu zwei Zeitpunkten erhoben und danach verglichen werden. Viele psychiatrische Einrichtungen wie zum Beispiel das *English Care Programme Approach review* schätzen die HoNOS ebenfalls zu Zeitpunkten ein, wenn es eine grundlegende Veränderung im psychischen Gesundheitszustand der Patient/innen gibt.

⁵ Eingeschlossene Forschungsarbeiten: Cheah et al. 1998; Wing et al., 1998; Bruce et al., 1999; Orrell et al., 1999; Trauer et al., 1999; Brooks, 2000; Browne et al., 2000; Gallagher et al., 2000; McClelland et al., 2000; Sharma et al., 2000; Audin et al., 2001; Lambert et al., 2002; Parker et al., 2002; Ecob et al., 2004; Trauer, 2004; Salvi et al., 2005; Burgess et al., 2006; Monzani et al., 2008

Es gibt jedoch auch Forschungsarbeiten, in denen die HoNOS wie in der vorliegenden Untersuchung zu einem Zeitpunkt eingeschätzt werden (*single assessment*) (Ecob et al., 2004; Orrell et al., 1999; Bruce et al., 1999; Browne et al., 2000; Trauer, 2004). Die einmalige Einschätzung der HoNOS ermöglicht eine Erfassung der psychiatrischen Problembereiche zum aktuellen Zeitpunkt. Diese Analyse spiegelt den Ist-Stand der Patient/innen an Problemen wieder.

In der Schweiz schätzte Frauenfelder (2005) die HoNOS zu einem Zeitpunkt ein. Der Bewertungszeitraum bezog sich auf die letzten 7 Tage der Behandlung.

In der Studie von Gallagher & Teesson in Australien (2000) wurden die HoNOS zu drei Zeitpunkten eingeschätzt. Die erste Einschätzung erfolgte zu Beginn der psychiatrischen Behandlung im gemeindepsychiatrischen Versorgungszentrum. Die zweite Einschätzung wurde nach einem Zeitraum von sechs Monaten durchgeführt. Die letzte Einschätzung erfolgte weitere sechs Monate später, zwölf Monate nach Beginn der Behandlung. Im Rahmen dieser Studie konnten die HoNOS-Gesamtsummen von drei Einschätzungen in regelmäßigen Abständen verglichen werden.

Die **Dauer** der Beurteilung einer HoNOS-Skala liegt in den bisher publizierten internationalen Forschungsarbeiten bei Browne et al. (2000) zwischen 2 und 3 Minuten. McClelland et al. (2000) plädieren, dass der durchschnittliche Zeitaufwand für die Einschätzung der HoNOS in ihrer Studie zwischen 5 und 15 Minuten lag.

Laut den RCP (2006) benötigt eine Person, welche eine Schulung des Instruments erhalten hat für die Einschätzung der 12 Skalen genau 4 Minuten. Wenn ein interdisziplinäres Team die Einschätzung vornimmt, wird mehr Zeit in Anspruch genommen.

Klinisches Personal erfordert vor der ersten Anwendung der HoNOS einen Tag Training und einen halben Tag in 2 Jahren Refresher-Training, um die Interraterreliabilität befriedigend zu halten. Die Schulung eines multidisziplinären Teams wird empfohlen, da mögliche Diskussionen im Team sehr wertvoll sind (RCP, 2006).

Lambert , Caputi & Deane (2002) untersuchten in Australien, welche **Informationsquellen** verwendet werden können, um die HoNOS einzuschätzen. Die Autoren konnten feststellen, dass mehr als die Hälfte aller notwendigen Informationen durch ein Gespräch mit dem betroffenen Patienten/der betroffenen Patientin sowie durch direkte Beobachtung eingeholt werden. Weiters wurde von 21 Ratern angegeben, dass sie die Informationen ärztlichen

Aufzeichnungen entnehmen oder bei Unsicherheiten Fachkolleg/innen befragen. Weiters konnten sie aufzeigen, dass die verwendete Informationsquelle mit dem spezifischen Problembereich jedes Items zusammenhängt.

Die Gesamtpunkteanzahl (*Totalscore*), die Punkteanzahl der vier Problembereiche (*Dimensional Subscore*) und die erreichten Punkte pro Item (*Individual Itemscore*) können nach der Einschätzung der HoNOS-Skala errechnet werden. Der *Totalscore* kann pro Klient/in zwischen 0 und maximal 48 erreichten Punkten liegen. Ein *Dimensional Subscore* kann zwischen 0 und maximal 12 Punkten liegen. Der *Individual Itemscore* kann zwischen 0 und 4 Punkte aufweisen.

Die durchschnittliche Gesamtpunkteanzahl variiert in den internationalen Forschungsarbeiten. Im Folgenden werden die Ergebnisse der HoNOS-Einschätzungen beschrieben, welche in Tabelle 2 grafisch dargestellt sind.

Der kleinste *Totalscore* liegt bei ambulant psychiatrisch versorgten Klient/innen in Großbritannien bei einem durchschnittlichen Wert von 5.5. (N=40) (Bruce et al., 1999). Bei Klient/innen einer psychotherapeutischen Einrichtung (N=362) liegt die durchschnittliche HoNOS-Gesamtsumme bei 8.93 (Audin et al., 2001). Salvi et al. (2005) untersuchten eine Stichprobengröße von N=264 in einem ambulanten Setting. Die durchschnittliche HoNOS-Gesamtpunkteanzahl lag bei 9.7. In Irland konnten Browne et al. (2000) einen durchschnittlichen HoNOS-Totalscore von 11.8 Punkte feststellen. In dieser Untersuchung wurden ebenfalls ambulant versorgte Klient/innen mit den HoNOS eingeschätzt.

Übersicht der Ergebnisse der HoNOS-Einschätzungen (Scores jeweils am Ende einer Behandlungsepisode)

Autoren, Publikationsjahr, Land	Population	Stichproben- größe	Total- Score⁶	Dimensional Subscore	Individual Itemscore	Anteil Klient/innen mit schwerwiegenden Problemen⁷
Orrell et al. 1999(UK)	-Patient/innen einer psychiatrischen Klinik -Patient/innen einer Tagesklinik -Klient/innen einer ambulanten psychiatrischen Einrichtung	100	8.5	—	—	-Beziehungen (65 %) -Verhaltensbez. Probleme (60 %) -Depression (54 %) -Alltägl. Aktivitäten (47 %) -Körperl. Beeinträchtigung (26%)
Audin et al. 1999 (UK)	Klient/innen einer psychotherapeut- ischen Einrichtung	362	8.9	—	—	—
Bruce et al. 1999 (UK)	Ambulant versorgte psychiatrische Klient/innen	18	5.5	—	—	—

⁶ Bei den Scores werden jeweils die durchschnittlichen Werte aufgelistet.

⁷ Ein HoNOS-Problembereich gilt als schwerwiegend, wenn er mit einem Wert von ≥ 2 beurteilt wird.

Autoren, Publikationsjahr, Land	Population	Stichproben- größe	Total- Score	Dimensional Subscore	Individual Itemscore	Anteil Klient/innen mit schwerwiegenden Problemen
Browne et al. 2000 (IR)	Ambulant versorgte psychiatrische Klient/innen	100	11.8	—	—	—
Burgess et al. 2006 (AUS)	Klient/innen einer öffentlich- psychiatrischen Gesundheits- einrichtung	23692	9.2	—	—	—
Ecob et al. 2004 (UK)	Klient/innen einer öffentlich- psychiatrischen Gesundheits- einrichtung	384	-	-	-	Depression (61.4 %) Verhaltensbez. Probleme (49.7%) Beziehungen (40.9 %) Alkohol od. Drogen (24 %) Bed. durch Beruf/Alltag (17.2%)
Gallagher, Teeson 2000 (AUS)	Klient/innen einer öffentlich- psychiatrischen Gesundheits- einrichtung	283	8.9	—	—	—

Autoren, Publikationsjahr, Land	Population	Stichproben- größe	Total- Score	Dimensional Subscore	Individual Itemscore	Anteil Klient/innen mit schwerwiegenden Problemen
Parker et al. 2002 (AUS)	Ambulant versorgte psychiatrische Klient/innen	79	9.4	–	–	–
Salvi et al. 2005 (UK)	Ambulant versorgte psychiatrische Klient/innen	264	9.7	–	–	–

Tabelle 2: Ergebnisse der HoNOS-Einschätzungen

Betrachtet man ein einzelnes Item, können maximal 4 Punkte vergeben werden. Wird vom Rater in einem Item mehr als 1 Punkt vergeben, nämlich 2, 3 oder 4 Punkte, kann in der Auswertung des *Individual Itemscores* davon ausgegangen werden, dass das Problem definitiv präsent ist es einer Intervention bedarf. In 2 Studien konnte bei Item 7 („Gedrückte Stimmung“) durchschnittlich ein hoher Schweregrad an Problemen festgestellt werden (Ecob et al., 2004; Sharma et al., 2000). Item 8 („Andere verhaltensbezogene und psychische Probleme“), Item 9 („Probleme mit Beziehungen“), Item 10 („Probleme mit alltäglichen Aktivitäten) und Item 12 („Probleme durch die Bedingungen in Beruf und Alltag“) stellen in diesen beiden Studien die Problembereiche dar, welche bei den untersuchten Klient/innen am häufigsten vorhanden waren und die höchsten Schweregrade aufwiesen. Bei McClelland et al. (2000) welcher 934 Klient/innen von einer klinischen Erwachsenenpsychiatrie, von Akutstationen, in Tageskliniken und in gemeindepsychiatrischen Zentren mit den HoNOS einschätzte, sind ebenfalls Item 7, 8, 9 die Items, welche durchschnittlich die höchste Punkteanzahl aufweisen.

Die eingeschätzten HoNOS-Skalen sollten laut dem Royal College of Psychiatrists (2006) in der Pflegedokumentation hinterlegt und bei der Pflegeplanung berücksichtigt werden. Weisen Problembereiche eine Score von mehr als 1 auf, ist ein spezifisches Problem vorhanden. Dieser Problembereich gilt im Verlauf der Behandlung zu berücksichtigen. Mögliche Interventionen können daraufhin getroffen werden. Am Schluss einer Behandlungsepisode können die HoNOS erneut eingeschätzt werden und es kann verglichen werden, ob die Behandlung das Problem beseitigen oder dessen Schweregrad verringern konnte.

3.1.4 Zentrale psychometrische Eigenschaften

Zentrale psychometrische Eigenschaften sind Kriterien wie Reliabilität, Validität und Praktikabilität, welche in Rahmen der Anwendung eines Instruments zufrieden stellende Werte aufweisen müssen. Sind diese zentralen Charakteristika bei einer Skala nicht vorhanden, so ist es für den Einsatz in der täglichen Pflegepraxis nicht geeignet.

Untersucht man ein Instrument bezüglich seiner Reliabilität, müssen Test-Retest Reliabilität (Ausmaß der Übereinstimmung der Messwerte bei der gleichen Patientin/beim gleichen Patienten und beim gleichen Rater zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten) und Interraterreliabilität (Ausmaß der Übereinstimmung der Messwerte bei der gleichen Patientin/beim gleichen Patienten durch unterschiedliche Rater) gegeben sein. Ist ein Instrument valide, ist das Ausmaß der Inhalts-, der Konstrukt-, und der Kriteriumsvalidität ausschlaggebend. Die Validität der HoNOS wird in den internationalen Forschungsarbeiten mit der Kriteriumsvalidität begründet. Die Kriteriumsvalidität bezieht sich auf die Korrelation zwischen den empirischen Messwerten eines Instruments und anderen, extern gemessenen Messwerten, welche zum selben Phänomen jedoch mit einem anderen Instrument gemessen wurden (Mayer, 2005). Unter Praktikabilität versteht man die Eignung und Anwendbarkeit in der Praxis.

In der internationalen Forschungslandschaft der HoNOS sind mehrer Studien vorhanden, in denen die psychometrischen Eigenschaften untersucht wurden. Im Folgenden werden die Studien sowie die bedeutendsten Ergebnisse angeführt.

Wing et al. (1998) untersuchten die Endversion der HoNOS hinsichtlich zentraler psychometrischer Eigenschaften (siehe 3.1.1). Sie untersuchten 100 bzw. 97 Patient/innen in Nottingham und Manchester bezüglich der Test-Retest Reliabilität. In Nottingham konnte bei 9 der 12 Items eine sehr gute Reliabilität festgestellt werden. Bei zwei Items konnte eine gute Reliabilität erzielt werden und bei Item 12 lag sie im mäßigen Bereich. In Manchester konnten bei 8 der 12 Items sehr gute Intraklasskoeffizienten gemessen werden. Bei drei Items wurden gute Koeffizienten erreicht und bei Item 12 wurde ein mäßiger Wert erreicht.

Wing et al. untersuchten auch die Kriteriumsvalidität der HoNOS in Nottingham und Manchester. In Nottingham korrelierten die HoNOS mit der *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) mit 0.84. HoNOS und die *Role Functioning Scale* (RFS) korrelierten mit einem Wert von 0.65. In Manchester verglich man ebenfalls die Gesamtsummen der HoNOS und der

BPRS. Der Koeffizient lag zwischen 0.49 und 0.73. Die HoNOS und die RFS korrelierten zwischen den Werten 0.52 und 0.73.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Wing et al. (1998) feststellen konnten, dass das von ihnen entwickelten Instrument bei 11 von 12 Items eine gute bis sehr gute Reliabilität aufweist. Item 12 erreicht in beiden Untersuchungen mäßige Werte. Weiters konnten sie eine mäßige bis sehr gute Kriteriumsvalidität im Vergleich mit den beiden Instrumenten BPRS und RFS aufzeigen.

Brooks (2000) untersuchte in Australien (New South Wales) ebenfalls die Reliabilität und Validität der HoNOS im klinischen Bereich. In Form von drei Studien untersuchte er die Interrater-Reliabilität und die Kriteriumsvalidität mit der *Symptom Checklist 90 Revised* (SCL90-R) (von Derogatis 1977 entwickelt) und der *Short-Form 36* (SF-36), welche von Ware & Sheldbourne 1992 entwickelt wurde.

Bezüglich der Interraterreliabilität konnten folgende Ergebnisse festgestellt werden: 20 Patient/innen wurden von Pflegefachpersonal und Psycholog/innen eingeschätzt. Der Interklassekoeffizient liegt bei 0.38. Betrachtet man die einzelnen Items, so können bei 3 Items Werte im Bereich 0.6 bis 0.9 erreicht werden. 9 Items weisen jedoch eine schlechtere Korrelation auf.

Die Validität der HoNOS untersuchte Brooks im Vergleich mit den Instrumenten SCL90-R und SF-36. Beide Skalen und auch die HoNOS wurden zu zwei Zeitpunkten eingeschätzt, zu Beginn und am Ende des klinischen Aufenthalts. Betrachtet man die Validität, gilt zu beachten, dass beide Instrumente Selbsteinschätzungsinstrumente sind und die Skalen daher von der betroffenen Person selbst eingeschätzt werden. Die Gesamtpunkteanzahl der HoNOS wurde mit den SCL90-R in Beziehung gesetzt. Der Wert liegt zu Beginn der Behandlung bei $r = 0.037$ und bei der Entlassung bei $r = 0.065$. Die HoNOS und die SF-36 weisen bezüglich der Korrelation negative Werte auf. Sie sind in die gegenteilige Richtung skaliert, daher wurde ein negativer Wert erwartet. Zu Beginn liegt r bei -0.03 und am Ende der Behandlung erreicht der Wert $r = -0.10$.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die HoNOS in der Untersuchung von Brooks (2000) keine befriedigenden Ergebnisse betreffend der Interraterreliabilität aufweisen.

Die Validität der HoNOS ist aufgrund der Werte in den Untersuchungen von Brooks nicht gegeben. Sie kann jedoch als eingeschränkt gültig angesehen werden, da die beiden externen Skalen als Selbsteinschätzungsinstrumente gelten.

Browne et al. (2000) untersuchten in einer irischen psychiatrischen ambulanten Einrichtung ebenfalls die Validität der HoNOS. Die Autoren konnten hier aufzeigen, dass die HoNOS ein valides Instrument zur Einschätzung von klinischen Problemen und der sozialen Funktionsfähigkeit sind.

Um Hinweise auf die Güte der Reliabilität der HoNOS zu gewinnen, prüften Orrell et al. (1999) die Interraterreliabilität und die Test-Retest-Reliabilität. Die Interraterreliabilität lag bei acht Items zwischen 0.55 und 0.82 und konnte somit als einigermaßen zufrieden stellend angesehen werden. Bei drei Items (Item 7 „Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme“, Item 9 „Probleme mit Beziehungen“, Item 11 „Probleme durch Wohnbedingungen“) war der Koeffizient niedrig (0.7 bis 0.39). Item 12 („Probleme durch Bedingungen im Beruf und Alltag“) konnte aufgrund fehlenden Datenmaterials nicht analysiert werden. Die Test-Retest-Reliabilität war für ein Item (Item 4 „Kognitive Probleme“) einigermaßen zufrieden stellend und für weitere 6 Items moderat (0.40 bis 0.55). Für die Items 1, 3, 7, 8 und 10 („Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten“, „Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum“, „Gedrückte Stimmung“, „Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme“, „Probleme mit alltäglichen Aktivitäten“) war der Intraklassenkoeffizient niedrig (-0.03 bis 0.41).

Zur Überprüfung der Validität wurden 6 Instrumente (Social Behaviour Scale, SBS; Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS, Global Assessment Scale, GAS; Location of Community Support Scale, LOCSS) hinzugezogen. Dabei zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen den HoNOS und den GAS, LOCSS, BPRS und den SBS.

3.1.5 Bisherige Forschungsarbeiten

Die Studien wurden in unterschiedlichen Versorgungsbereichen für Patient/innen/Klient/innen mit einer psychischen Erkrankung durchgeführt. Anwendung fand HoNOS im klinischen Bereich (stationär und teilstationär) (Orrell et al., 1999; Trauer et al., 1999; Brooks, 2000; McClelland et al., 2000; Sharma et al., 2000; Trauer, 2004) sowie in der ambulanten psychiatrischen Pflege/Behandlung (Cheah et al., 1998, Orrell et al., 1999; Browne et al., 2000; Gallagher et al., 2000; Audin et al., 2001; Parker et al., 2002; Ecob et al., 2004; Salvi et al., 2005; Burgess et al., 2006; Monzani et al., 2008). Ambulante psychiatrische Betreuung bedeutet in diesem Kontext ambulante psychiatrische Versorgung von Klient/innen in öffentlich-ambulanten psychiatrischen Einrichtungen bzw. Versorgungszentren. In der

internationalen Literatur sind keine Studien zu finden, in denen die HoNOS von einer sogenannten *Community Psychiatric Nurse* (Pflegefachperson welche die Klient/innen psychiatrisch zu Hause betreut, gleichzusetzen mit der freiberuflichen ambulanten Psychiatriepflege in der Schweiz) eingeschätzt werden.

Die Resultate dieser Studien werden im Diskussionsteil mit den Ergebnissen der vorliegenden empirischen Untersuchung in Beziehung gesetzt. Der Fokus liegt auf dem Vergleich mit denjenigen internationalen Forschungsarbeiten, welche sich methodisch sowie inhaltlich mit der vorliegenden Forschungsarbeit weitgehend decken.

Es folgt eine Übersicht der Klient/innenmerkmale (Geschlecht, Alter und psychiatrische Hauptdiagnose) der Forschungsarbeiten. Weiters werden die internationalen Forschungsarbeiten, in denen die HoNOS Anwendung finden, tabellarisch dargestellt.

Fragestellung	Autoren, Publikations- jahr, Land	Stich- proben- größe	Geschlecht	Alter	Psychiatrische Hauptdiagnose (ICD-10)
Validität und Reliabilität der HoNOS bei psychiatrischen ambulant versorgten Klient/innen	Orrell et al. 1999 (UK)	N = 100	52% Männer 48% Frauen	Mean: 40 Jahre Min – Max: 19 – 64 J.	F30-F39: 52% F20-F29: 19% F40-F48: 8% F10-F19: 7% F50-F59: 4%
Klinische Anwendung und Validität der HoNOS in einer irischen ambulanten psychiatrischen Einrichtung	Browne et al. 2000 (IR)	N = 100	52% Männer 48% Frauen	Mean: 43 Jahre	F20-F29: 41% F30-F39: 34% F40-F48: 12%

Tabelle 3: Übersicht der Klient/innenmerkmale in internationalen Forschungsarbeiten

Bisherige Forschungsarbeiten zu HoNOS im internationalen Raum:

Fragestellung	Autoren, Publikationsjahr, Land	Forschungs- design	Stichproben- größe	Setting	Einschätzung	Mess- instrument	Erhebung soziodemo- grafischer Merkmale
Nützlichkeit, Akzeptanz, Sensibilität und Validität der HoNOS Endversion	McClelland et al. 2000 (UK)	Longitudinal- studie	N = 934	Klinische Erwachsenen- psychiatrie	Fremdein- schätzung durch Psychiatriepflege- fachpersonen	HoNOS	-
Evaluation der Anwendung der HoNOS in der klinischen Erwachsenen- psychiatrie	Sharma et al. 2000 (AUS)	Fallstudie	N = 156	Klinische Erwachsenen- psychiatrie	Fremd- einschätzung	HoNOS	-
Die HoNOS in einer Konsiliar- Liaison Psychiatrie	Trauer 2004 (AUS)	Querschnitts- untersuchung	N = 1582	Klinisches Setting	Fremdein- schätzung durch medizinisches Personal und Psychiatriepflege- fachpersonen	HoNOS	-

Fragestellung	Autoren, Publikationsjahr, Land	Forschungs- design	Stichproben- größe	Setting	Einschätzung	Mess- instrument	Erhebung soziodemo- grafischer Merkmale
Validität und Reliabilität der HoNOS bei psychiatrischen ambulant versorgten Klient/innen	Orrell et al. 1999 (UK)	Querschnitts- untersuchung	N = 100	Psychiatrische Klinik Tagesklinik ambulante psychiatrische Einrichtung	Fremdein- schätzung	HoNOS	Geschlecht, Alter, psychiat- rische Haupt- diagnose
Behandlungserfolge in psychiatrischen Gesundheitseinrichtungen im Vergleich mit psychiatrischen Akutstationen	Burgess et al. 2006 (AUS)	Longitudinal- studie	Stationär: N = 14659 Ambulant: N = 23692	öffentliche psychiatrische, ambulante Gesundheits- einrichtungen + psychiatrische Akutstationen		HoNOS	-
Problemein- schätzung mit den HoNOS bei chronisch psychisch kranken Menschen mit bzw. ohne ambulante Betreuung zu Hause	Bruce et al. 1999 (UK)	Fall- Kontroll- Studie	N = 40	Ambulante psychiatrische Versorgung	Fremdein- schätzung	HoNOS Qualitative Interviews mit den Patient/inne n	-

Fragestellung	Autoren, Publikationsjahr, Land	Forschungs- design	Stichproben- größe	Setting	Einschätzung	Mess- instrument	Erhebung soziodemo- grafischer Merkmale
Validierung der HoNOS im ambulanten Setting	Audin et al. 2001 (UK)	Longitudinal- studie	T1 N = 1688 .. T1/T2 N = 362	Psychothera- peutische Einrichtungen und psycholog- ische Zentren	Fremdein- schätzung durch Hausärzte/innen und in die Behandlung involvierte Therapeut/innen	HoNOS	-
Klinische Anwendung und Validität der HoNOS in einer irischen ambulanten psychiatrischen Einrichtung	Browne et al. 2000 (IR)	Longitudinal- studie	N = 100	Ambulante Psychiatrische Einrichtung	Fremdein- schätzung	HoNOS GAF	Geschlecht, Kranken- geschichte, psychiatrische Haupt- diagnose
Ergebnisein- schätzung in der ambulanten psychiatrischen Pflege	Parker et al. 2002 (AUS)	Vergleich- ende Analyse	N = 79	Ambulante psychiatrische Pflege	Fremdein- schätzung durch Pflegefachkräfte und Case Manager	HoNOS QOL GAF LSP	-

Fragestellung	Autoren, Publikationsjahr, Land	Forschungs- design	Stichproben- größe	Setting	Einschätzung	Mess- instrument	Erhebung soziodemo- grafischer Merkmale
Eignung der Instrumente HoNOS; CANSAS; GAF und TAG zur Messung der aktuellen Problembereiche	Salvi et al. 2005 (UK)		N = 264	Ambulante psychiatrische Einrichtung	Fremdein- schätzung	HoNOS CANSAS GAF TAG	-
Entwicklung eines Problem-Bedürfnis Messinstruments bei ambulant psychiatrisch betreuten Klient/innen	Cheah et al. 1998 (AUS)		N = 311	Ambulante psychiatrische Einrichtung		HoNOS LSP PCPC	-
Evaluation der Effektivität von gemeinde- psychiatrischen Einrichtungen in der Lombardei	Monzani et al. 2008 (ITA)	Querschnitts- untersuchung	N = 4712	10 gemeinde- psychiatrische Einrichtungen	Fremdein- schätzung	HoNOS	-

Fragestellung	Autoren, Publikationsjahr, Land	Forschungs- design	Stichproben- größe	Setting	Einschätzung	Mess- instrument	Erhebung soziodemo- grafischer Merkmale
Messung von Beeinträchtigungen ,Bedürfnissen und Behandlungserfolgen in australischen gemeinde-psychiatrischen Zentren	Gallagher, Teesson 2000 (AUS)	Longitudinalstudie	N = 283	Gemeinde-psychiatrische Versorgungszentren	Fremdeinschätzung durch ÄrztInnen und Case Manager	HoNOS CANSAS	-
Mehrstufige Befragung von ExpertInnen der psychiatrischen Pflege zu den HoNOS	Ecob et al. 2004 (UK)	Mehrstufige Befragung	N = 384	3 gemeinde-psychiatrische Zentren in Bristol	Fremdeinschätzung	HoNOS	-

Tabelle 4: Internationale Forschungsarbeiten mit den HoNOS

3.2 Die deutsche Version der HoNOS (HoNOS D')

Die Health of the Nation Outcome Scales wurden 2003 von drei Mitgliedern der Arbeitsgruppe für Psychotherapie- und Versorgungsforschung (AGPV) am Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf von der englischen in die deutsche Sprache übersetzt. Die deutsche Version wurde in Deutschland veröffentlicht und in der Fachzeitschrift „*Psychopathology*“ dokumentiert (Andreas, 2005).

Im folgenden Abschnitt wird der Übersetzungsprozess der englischen Version ins Deutsche näher beschrieben. Im Punkt 3.2.2 sind die 12 Items der HoNOS in deutscher Sprache aufgelistet. Andreas et al. (2007) untersuchten die psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version der HoNOS, welche im Punkt 3.2.3 erläutert werden. Weiters werden bisherige Forschungsarbeiten, in denen die HoNOS D' Anwendung finden, vorgestellt. Die HoNOS D' samt dem umfangreichen Glossar und dem Score Sheet befinden sich im Anhang der vorliegenden Arbeit.

3.2.1 Entwicklung der HoNOS D' in Deutschland

Schulz⁸, Harfst⁹ und Dirmaier¹⁰ waren an dem Übersetzungsprocedere in die deutsche Version der HoNOS von Februar bis April 2003 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf beteiligt. Sie stützen sich dabei auf das von der WHO empfohlene Vorgehen (Andreas, 2005). Der Prozess der Übersetzung erfolgte in 6 Phasen.

Die Basis der Entwicklung der HoNOS D' liegt auf der Autorisierung der Autoren der englischen Originalversion des *Royal College of Psychiatrists* in Großbritannien. Nur mit deren Zustimmung konnte die Übersetzung in die deutsche Sprache realisiert werden. Zu Beginn erfolgte die Übersetzung des Manuals und des Score Sheets im Rahmen eines Konsensverfahrens durch die drei oben genannten klinisch erfahrenen Experten. Im zweiten Schritt wurde die vorläufige deutsche Übersetzung einem unabhängigen Begutachter (ebenfalls ein Experte mit langjähriger klinischer psychiatrischer Erfahrung) vorgelegt, welcher Änderungen vornahm. Diese wurden von den 3 Autoren akzeptiert und in deren

⁸ Holger Schulz, promovierter Diplompsychologe, psychologischer Psychotherapeut und Privatdozent für die Fächer Medizinische Psychologie und Klinische Psychologie (Holger, 2009).

⁹ Timo Harfst, externer Mitarbeiter des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Harfst, 2009).

¹⁰ Dirmaier Jörg, promovierter Diplompsychologe, psychologischer Psychotherapeut (Dirmaier, 2009).

Version eingearbeitet. Anschließend wurde deutsche Version von einem „Native Speaker“ in die englische Sprache zurück übersetzt. Diese Übersetzung sollte möglichst mit der originalen Version übereinstimmen. Um diesen Abgleich durchzuführen, wurde die englische Version den Autoren der originalen englischen Fassung, Wing et al. (1998) vorlegt. Die Kommentare und Verbesserungsvorschläge der Originalautoren wurden berücksichtigt, diskutiert und schließlich von den Autoren der deutschen Version akzeptiert. Diese arbeiteten die geringfügigen Veränderungen und Ergänzungen in die finale deutsche Version der HoNOS ein.

Folgende Abbildung veranschaulicht den Übersetzungsprozess in die deutsche Sprache (Andreas, 2005):

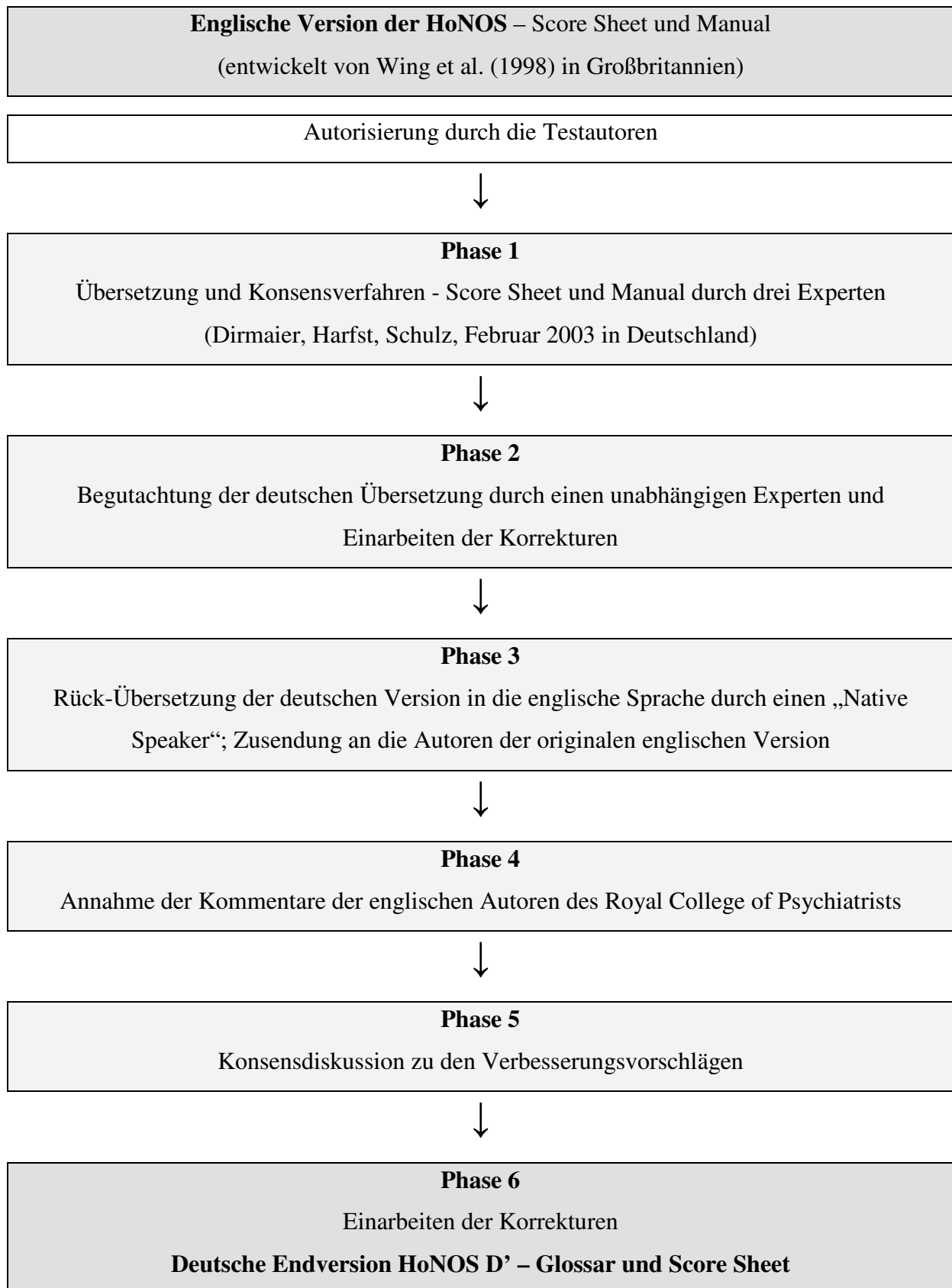


Abbildung 4: Übersetzungsprozess der HoNOS in die deutsche Sprache

3.2.2 Struktur des Instruments

Der Aufbau der deutschen Version gleicht dem der englischen Version (siehe 3.1.2). Das Instrument besteht aus 12 Items, wobei jedes Item einen spezifischen Problembereich einschätzt. Laut Andreas (2005) sind die HoNOS D' ein international weit verbreitetes Fremdeinschätzungsinstrument zur Erfassung des differenzierten Schweregrades einer psychischen Erkrankung. Dem Beurteilungsformat liegt eine 5-stufige Likert-Skala von 0=kein Problem bis 4=sehr schweres Problem zugrunde. Wie in Abbildung 5 ersichtlich, sind die Items in die Kategorien „Verhalten“ (Item 1 bis 3), „Impairment“ (Item 4 und 5), „Symptome“ (Item 6 bis 7) und „Soziale Funktionsfähigkeit“ (Item 9 bis 12) gegliedert.

Verhalten	
Item 1.	Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes Verhalten
Item 2.	Absichtliche Selbstverletzung (Suizid inkludiert)
Item 3.	Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum (Substanzmissbrauch)
Impairment	
Item 4.	Kognitive Probleme
Item 5.	Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung
Symptome	
Item 6.	Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen
Item 7.	Gedrückte Stimmung
Item 8.	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme
Soziale Funktionsfähigkeit	
Item 9.	Probleme mit Beziehungen
Item 10.	Probleme mit alltäglichen Aktivitäten
Item 11.	Probleme durch Wohnbedingungen
Item 12.	Probleme durch die Bedingungen im Beruf und Alltag
Andreas (2005)	

Abbildung 5: Kategorien und inkludierte Items der HoNOS D'

Bei Item 8 muss der Rater zusätzlich das schwerste klinische Problem einschätzen (siehe 3.1.2). Auch die Anwendung und Auswertung der deutschen Version lehnt sich an jene der englischen Version an (siehe 3.1.3).

Zur Konkretisierung des Schweregrads pro Problembereich liegt den HoNOS D' ein umfassendes Glossar bei, welches die einzelnen Items und Antwortmöglichkeiten präzisiert. Als Beispiel möchte ich Item 1 („Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten“) anführen:

1. Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten

** Beziehen Sie Verhaltensweisen aufgrund jeglicher Ursache mit ein (z. B. Drogen, Alkohol, Demenz, Psychose, Depression usw.).*

** Beziehen Sie bizarres Verhalten **nicht** mit ein.*

- 0 ☐ Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.
- 1 ☐ Reizbarkeit, Streitigkeiten, Ruhelosigkeit usw., ohne Handlungsbedarf.
- 2 ☐ Beinhaltet aggressive Gesten, Schubsen oder Belästigen von Anderen; Drohungen oder verbale Aggression; leichtere Sachbeschädigung (z. B. zerbrochene Tasse, zerbrochenes Fenster); ausgeprägte Hyperaktivität oder Agitiertheit.
- 3 ☐ körperlich aggressiv gegenüber anderen Personen oder Tieren; bedrohliches Auftreten; schwerere Überaktivität oder Zerstörung von Eigentum.
- 4 ☐ Mindestens ein schwerer körperlicher Angriff gegen andere Personen oder Tiere; Zerstörung von Eigentum (z. B. Brandstiftung); schwere Einschüchterung oder obszönes Verhalten.
- 9 ☐ nicht bekannt

Andreas (2005)

Abbildung 6: Item 1 der HoNOS D' inklusive dem Glossar

In der Beschreibung des Items wird plädiert, dass jegliche Verhaltensweisen, welche durch Drogen- oder Alkoholkonsum, durch vorhandene Demenz oder einer Psychose sowie durch depressive Verstimmung entstanden sind, in die Einschätzung mit einzubeziehen sind. Bizzares Verhalten sollte in diesem Item nicht berücksichtigt werden.

Der Rater wird keine Punkte vergeben, wenn er im Bewertungszeitraum (in der vorliegenden Studie die letzten 14 Tage der Behandlung) keine Überaktivität und Aggressivität bei dem

Klienten/der Klientin beobachten konnte. Besteht kein Handlungsbedarf, sind Reizbarkeit und Ruhelosigkeit jedoch vorhanden gewesen, kann dieses Item mit dem Wert „1“ eingeschätzt werden.

Ab Score „2“ wird von einem vorliegenden Problem in diesem Bereich ausgegangen.

Der Rater soll den Wert „4“ (schweres bis sehr schweres Problem) angeben, wenn in den letzten 14 Tagen des Behandlungsverhältnisses mindestens ein schwerer körperlicher Angriff gegen eine andere Person oder Tier stattfand oder Eigentum zerstört wurde. Auch bei Einschüchterung oder obszönem Verhalten ist eine „4“ zu vergeben. Ist es dem Rater aufgrund mangelnder Information nicht möglich, das Item einzuschätzen, kann er „9“ als Antwortmöglichkeit wählen.

3.2.3 Zentrale psychometrische Eigenschaften

Andreas, Harfst, Dirmaier, Kawski, Koch & Schulz (2007) evaluierten die psychometrischen Eigenschaften der HoNOS D'. Im Rahmen einer ersten Analyse über die Psychometrie testeten sie das Instrument mittels einer Pilotstudie. Ziel der Untersuchung war es, Daten aus dem deutschsprachigen Raum für den internationalen Vergleich von psychiatrischen Einrichtungen bereitzustellen. Die Stichprobengröße beläuft sich auf N=1915 Patient/innen aus 11 verschiedenen Kliniken in Deutschland. Es wurden die Durchführbarkeit (fehlende Werte), die Iteminterkorrelation und die Test-Retest Reliabilität (Evaluation der HoNOS zu Beginn und am Ende der Therapie, nur bei Patient/innen ohne signifikante Änderung des Gesundheitszustandes) analysiert.

Neben den HoNOS D' wurden soziodemografische Faktoren wie Alter und Geschlecht sowie die psychiatrische Hauptdiagnose erhoben. Die Einschätzung der Patient/innen erfolgte in der ersten und letzten Woche der psychiatrischen Behandlung. Die durchschnittliche Dauer eines Klinikaufenthalts der teilnehmenden Proband/innen liegt bei 48 Tagen.

74% der 1915 eingeschätzten Patient/innen sind weiblich. Das Alter der Personen wurde in Kategorien angegeben: 20% sind unter 29 Jahre alt, 20% sind zwischen 30 und 39 Jahre alt. Die Kategorie „40-49 Jahre“ stellt mit einem Anteil an 27% die größte Gruppe dar. Betrachtet man die psychiatrischen Hauptdiagnosen (zum Zeitpunkt des Eintritts) sind depressive Störungen (F32-F34) mit 38% die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen. Bei 15% der Patient/innen wurden Essstörungen (F50) diagnostiziert. An Anpassungs- und stressbezogenen Störungen (F43) leiden 13% der Patient/innen.

Andreas et al. (2007) konnten sehr zufrieden stellende Werte hinsichtlich der Test-Retest Reliabilität aufzeigen. 9 der 12 Items wiesen einen Kappa Koeffizient zwischen 0.8 und 0.9 auf. Item 3 (Problematischer Alkoholkonsum und Drogenkonsum), Item 7 (Gedrückte Stimmung) und Item 8 (Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme) wiesen mäßige Werte zwischen 0.72 und 0.75 auf (N=573). Die Analyse der Iteminterkorrelationen (nach Spearman rho) ergab ebenfalls befriedigende Werte. Ein Item (Item 10 „Probleme mit alltäglichen Aktivitäten“) zeigte mit Item 7 („Gedrückte Stimmung“) eine signifikante Korrelation mit einem Wert von $r > 0.30$.

Der Anteil der fehlenden Werte in den eingeschätzten HoNOS D' Skalen ergab bei 11 der 12 Items durchschnittlich 3.3%. Der Bereich reichte von 1.3 bis 4.5%. Item 8 („Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme“, Spezifikation des schwersten klinischen Problems) erreichte die höchste Anzahl (8.6%) an fehlenden Werten.

Die Items 7, 8 und 9 erlangten in der Untersuchung die höchsten Individual Itemscores. Der Schweregrad an Problemen liegt in diesen Problembereichen (gedrückte Stimmung, Psyche und Verhalten und Beziehungen) sehr hoch.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die HoNOS D' im Rahmen der Studie von Andreas et al. (2007) als reliables Instrument erweisen. Bezüglich der Durchführbarkeit konnten sie ebenfalls zufrieden stellende Werte aufzeigen. Ähnliche Resultate hinsichtlich der Reliabilität konnten Wing et al. (1998) mit der englischen Fassung der HoNOS aufzeigen. Sie untersuchten Klient/innen in Nottingham und Manchester (GB), wobei die Stichprobengröße (N=100; 97) deutlich kleiner war als in der Untersuchung in Deutschland (N=1918). Orrell et al. (1999) überprüften ebenfalls die Reliabilität der HoNOS in Großbritannien bei einer Anzahl von N=100 Klient/innen. Ihre Analyse ergab, dass die Kappa Koeffizienten deutlich niedriger sind als in der Studie von Wing et al. (1998). Die Autoren konnten lediglich für 2 Items sehr zufrieden stellende Werte feststellen (Item 2 „Selbstverletzung“ und Item 6 „Halluzinationen und Wahnvorstellungen“). Die restlichen Items sind deutlich weniger aussagekräftig. Trauer et al. (2004) erzielten bei einer Stichprobengröße von N=50 in Australien ähnliche Resultate. 3 der 12 Items konnten sehr zufrieden stellende Kappa-Werte aufweisen. Die restlichen Items weisen mäßige bis zufrieden stellende Werte auf. In der Studie von Brooks et al. (2000) (Australien; N=20) wurden die HoNOS ebenfalls auf ihre Reliabilität hin getestet. Die Mehrheit der Items (7 von 12) wiesen im Vergleich mit den Werten von Wing et al. (1998) keine zufrieden stellenden Koeffizienten auf. Die Reliabilität der HoNOS gilt laut Brooks et al. (2000) als eingeschränkt zu betrachten.

3.2.4 Bisherige Forschungsarbeiten

Die deutschsprachige Forschung widmete sich bisher kaum den Problemen von Klient/innen der ambulanten psychiatrischen Pflege, die mit den Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) eingeschätzt wurden. Es gibt sehr wenige systematische Erhebungen über die Art, Häufigkeit und Schwere von psychiatrischen Problemen in dieser Population. Auch in der Schweiz blieb dieser Forschungsbereich bisher größtenteils unberührt.

In Deutschland wurden die HoNOS 2003 im Rahmen eines mehrstufigen, konsensus-gestützten Prozesses von der Arbeitsgruppe für Psychotherapie- und Versorgungsforschung (AGPV) (Andreas, Dirmeier, Harfst, Schulz) am Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in die deutsche Sprache übersetzt (siehe 3.2.1). Weiters wurde von Andreas (2005) im Rahmen einer Dissertation untersucht, inwieweit sich nun der Einsatz der HoNOS D' im nationalen Versorgungsbereich der stationären Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen innerhalb eines Klassifikationssystems als geeignet erweist. Die Dissertation wurde an der Universität Hamburg publiziert.

In der deutschsprachigen Schweiz liegt eine Studie vor, in der die HoNOS D' Anwendung finden.

Frauenfelder (2005) erfasste mittels den HoNOS D' Problembereiche bei 60 Patient/innen innerhalb der stationären, psychiatrischen Rehabilitation in den Kantonen Zürich und Schaffhausen. Es handelt sich bei dieser Studie wie in der vorliegenden Erhebung um eine Fremdbeurteilung durch das zuständige Pflegefachpersonal. Als Beurteilungszeitraum galten die letzten 7 Tage.

Bei den teilnehmenden Personen, handelte es sich bei 36.7% der Fälle um Frauen. Das durchschnittliche Alter der Proband/innen lag zum Zeitpunkt der Erhebung bei 43 Jahren. Die jüngste teilnehmende Person hatte ein Alter von 20 Jahren, die älteste Person war 77 Jahre alt. Die Dauer des stationären Aufenthalts betrug im Durchschnitt 412 Tage (59 Wochen). Bei allen Proband/innen lag eine psychiatrische Hauptdiagnose (ICD-10) vor. Bei 53.3% der teilnehmenden Personen gab es eine Hauptdiagnose, bei 40% zwei und bei 5%, gab es drei psychiatrische Hauptdiagnosen. In einem Fall gab es fünf psychiatrische Diagnosen.

Bei 55% der teilnehmenden Personen lag als Hauptdiagnose eine schizophrene Erkrankung (F20-29) vor. Weitaus weniger oft, bei 13.3%, wird als Hauptdiagnose eine Persönlichkeits-

bzw. Verhaltensstörung (F60-69) angegeben. Bei 11,7% der Patient/innen liegt eine psychotische Störung bzw. Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen (f10-19) vor. Bei 10% der Personen wurde eine affektive Störung (F30-39) diagnostiziert. Weiters gab es in 6,7% aller Fälle als Hauptdiagnose eine Intelligenzminderung (F70-79). Bei einem Proband/einer Probandin lag eine organische Störung (F00-09) vor. Betrachtet man die Anzahl der Hospitalisationen der Personen, lässt sich feststellen, dass der größte Teil der Proband/innen, nämlich 91,7% in der Vergangenheit schon mehrfach in psychiatrischen Kliniken hospitalisiert war. 3,3% der teilnehmenden Personen befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung zum ersten Mal in einer psychiatrischen Klinik. Bei 3 Klient/innen konnte dieses Item nicht beantwortet werden.

Bei der Datenauswertung beginnt der Pflegeexperte mit den 4 Dimension Subscores. Dimension Subscore 1 „Verhalten“ weist einen durchschnittlichen Wert von 1.6 auf. Die Antworten reichten von 0 bis 7. „Impairment“ weist einen Mittelwert von 2 auf. Die Antworten reichten hier von 0 bis 6. Die Proband/innen sind im Bereich „Beeinträchtigung“ von mehr Problemen betroffen als im Problembereich „Verhalten“. Teilscore 3 „Symptome“ weist deutliche mehr Probleme auf: der Mittelwert liegt bei 4.2. Die vierte Dimension „Soziales“ weist mit durchschnittlich 7.6 Punkten die höchste Anzahl von Problemen auf. Der Gesamtscore (Summe aller Items des Instruments) liegt bei durchschnittlich 14.7.

Es zeigt sich, dass der durchschnittliche Problemanteil des Teilscores „Verhalten“ mit 12,9% den tiefen Anteil hat. Der zweite Teilscore beträgt 24,6%. Der dritte Teilscore „Symptome“ ist mit 34,6% höher als die ersten beiden. Die vierte Dimension erreicht mit 47,5% den höchsten Wert.

Frauenfelder (2005) konnte feststellen, dass bei den untersuchten Proband/innen bei mehr als der Hälfte schwerwiegende Probleme (Einschätzung mit den Werten 2, 3 und 4) in den letzten 5 Problembereichen des Instruments vorhanden sind: Probleme im Bereich des Berufs und Alltags (76,6%), mit Beziehungen (70%), mit alltäglichen Aktivitäten (66,7%), Probleme des psychisch und verhaltensbezogenen Zustandes (66,7%) sowie Probleme durch Wohnbedingungen (60,5%). Weiters konnte festgestellt werden, dass 42 von 60 Proband/innen (70%) einer klaren Intervention aufgrund der Schwere des Problems bedürfen. 40 von 60 Proband/innen benötigen eine Intervention bei alltäglichen Aktivitäten und bei anderen psychischen und verhaltensbezogenen Problemen.

Der geringste Anteil an schweren Problemen lag in den Bereichen Selbstverletzung (Item 2, 7% der Probanden) und Alkohol-/Drogenkonsum (Item 3, 10% der Probanden).

Betrachtet man Patient/innenmerkmale und eindeutig schwere Probleme, kann man feststellen, dass tendenziell Frauen in einem höheren Ausmaß von schwerwiegenden Problemen betroffen sind als Männer. Frauen waren stärker von der absichtlichen Selbstverletzung und der gedrückten Stimmung betroffen. Im Bereich Alkohol-/Drogenkonsum, der körperlichen Beeinträchtigung und der alltäglichen Aktivitäten schienen Männer eher von Problemen betroffen zu sein als Frauen, wobei keine signifikanten Resultate erzielt werden konnten.

Setzt man das Alter mit der Schwere der Probleme in Beziehung, listete Frauenfelder 4 Alterskategorien und die einzelnen Items auf. Die erste Kategorie setzte er bei 20 bis 29, die zweite bei 30 bis 39 Jahren an, Kategorie 3 liegt bei 40 bis 49 Jahren und Kategorie 4 bezeichnet Personen ab dem 50. Lebensjahr. Sehr hohe Anteile an schweren Problemen zeigen die 30 bis 39-Jährigen. Sie verzeichnen in 6 Bereichen die höchsten Anteile aller Altersgruppen. Auch die über 50-Jährigen teilnehmenden Personen zeigen hohe Problemanteile auf, die 20 bis 29-Jährigen weisen tendenziell eher tiefe Werte auf. Die Gruppe der 40 bis 49 Jährigen verfügen in rund 7 Bereichen über die niedrigsten Werte. Allgemein lässt sich sagen, dass Probleme im Bereich der absichtlichen Selbstverletzung mit zunehmendem Alter abnehmen und bei Proband/innen über dem 40. Lebensjahr überhaupt nicht mehr wahrzunehmen sind. Im Problembereich „Körperliche Erkrankung“ steigt die Problematik mit zunehmendem Alter.

In der Analyse des Zusammenhangs zwischen psychiatrischer Hauptdiagnose und Schweregrad eines Problems bezieht sich der Autor auf diejenigen Hauptdiagnosen, welche bei mehr als 10% der Proband/innen auftreten. Betrachtet man die Hauptdiagnose und die Items, so ist die Schwere der Probleme je nach Diagnose sehr unterschiedlich. Eine genaue Auflistung würde den Rahmen übersteigen und wird daher in der vorliegenden Arbeit nicht erwähnt.

Abderhalden et al. (2003) führten eine Studie über die Häufigkeit, Art und den Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Spitex-Klient/innen in den Kantonen Zürich und St. Gallen durch. Die Einschätzung der Probleme erfolgte zu einem Zeitpunkt, allerdings mit der deutschen Version der HoNOS 65+, einer Adaptierung der HoNOS auf mögliche Probleme über dem 65. Lebensjahr.

Die folgenden Tabellen zeigen eine Übersicht der Klient/innemerkmale sowie der Ergebnisse der HoNOS D'-Einschätzungen der publizierten Forschungsarbeiten im deutschsprachigen Raum.

Klient/innenmerkmale aus Forschungsarbeiten im deutschen Raum:

Fragestellung	Autoren, Publikationsjahr, Land	Stich- proben- größe	Geschlecht	Alter	Psychiatrische Hauptdiagnose (ICD-10)
Problemerkfassung bei Patient/innen innerhalb der stationären, psychiatrischen Rehabilitation	Frauenfelder, 2005 (CH)	60	63.3% Männer 36.7% Frauen	Mean: 43 Jahre Min – Max: 20 – 77 J. 20-29 J.: 21.7% 30-39 J.: 18.3% 40-49 J.: 30% ≥ 50 J.: 30%	F20-F29: 55% F60-F69: 13.3% F10-F19: 11.7% F30-F39: 10% F70-F79: 6.7%
Psychometrische Evaluation der HoNOS D' im stationären Bereich	Andreas et al. 2007 (D)	1918	26% Männer 74% Frauen	Mean: 42 Jahre ≤29 J.: 20% 30-39 J.: 19% 40-49 J.: 27% 50-59 J.: 20% ≥ 60 J.: 11%	F30-F39: 38% F50-F59: 15% F40-F48: 32% Andere: 20%

Tabelle 5: Übersicht der Klient/innenmerkmale in deutschsprachigen Forschungsarbeiten

Tabellarische Übersicht von Studienergebnissen mit dem Erhebungsinstrument HoNOS D'

Fragestellung	Autoren, Publikationsjahr, Land	Forschungs- design	Stichproben- größe	Setting	Einschätzung	Mess- instrument	Erhebung soziodemo- grafischer Merkmale
Psychometrische Evaluation der HoNOS D'	Andreas et al. 2007 (D)	Longitudinal- studie	N=1918	Klinisches Setting	Fremdeinschätzung	HoNOS D' SF-8-F Health- Survey	
Häufigkeit, Art und Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Spitex-Klient/innen	Abderhalden et al., 2003 (CH)	Querschnitts- erhebung	595	Ambulante Pflege, Spitex- Klient/innen	Fremdeinschätzung durch Leiter/innen der Spitexstützpunkte oder Pflegeverant- wortlichen	HoNOS 65+	Geschlecht, Alter, psychiatrische Hauptdiagnose
Problemerkfassung bei Patienten innerhalb der stationären, psychiatrischen Rehabilitation	Frauenfelder, 2005 (CH)	Quantitative deskriptive Querschnitts- erhebung	60	Stationäre, psychiat- rische Rehabilitati- on	Fremdeinschätzung durch zuständiges Pflegepersonal	HoNOS D'	Geschlecht, Alter, psychiatrische Hauptdiagnose

Tabelle 6: Übersicht deutschsprachiger Forschungsarbeiten mit den HoNOS D'

4 FORSCHUNGSFRAGEN

Folgende Fragestellungen stehen im Zentrum dieser Arbeit:

- *Welche soziodemografischen Merkmale charakterisieren Klient/innen der psychiatrischen ambulanten Pflege im Kanton Bern?*
- *Wie häufig sind psychiatrische Probleme bei diesen Klient/innen?*
- *Welcher Art sind diese Probleme?*
- *Welchen Schweregrad haben diese Probleme?*
- *Unterscheiden sich eindeutig schwere Problembereiche nach Geschlecht, Alter und psychiatrischer Hauptdiagnose?*

5 METHODE

5.1 Design und Stichprobe

Da die vorliegende Forschungsarbeit die Stichprobe einer Population zu einem festen Zeitpunkt untersuchen soll, wurde für die Durchführung eine Querschnittsstudie mit einer quantitativ-deskriptiven Vorgehensweise gewählt.

Die definierte Grundgesamtheit stellen 370 Klient/innen dar, welche von 39 Pflegefachpersonen betreut werden. Die vorliegende empirische Untersuchung hat zum Ziel, wissenschaftliche Erkenntnisse über diese Population zu produzieren. Um dieses Ziel zu erreichen muss im Rahmen einer Teilerhebung eine Stichprobe gezogen werden, welche für die Population repräsentativ ist.

Bei der Auswahl der Stichprobe wurden demnach folgende Grundsätze angestrebt:

- Die Stichprobe soll eine möglichst große Anzahl an Klient/innen von vielen verschiedenen Pflegefachpersonen enthalten, wobei die Verteilung möglichst gleichmäßig sein soll.
- Pro Pflegeperson sollen maximal 3 Klient/innen ausgewählt werden, um die Pflegefachpersonen durch den Aufwand infolge der Mitarbeit an diesem Forschungsprojekt nicht zu überlasten.
- Die Pflegefachpersonen sollen keinen Einfluss auf die Auswahl der Klient/innen, welche für eine Teilnahme angefragt werden, haben, um die Zufälligkeit der Stichprobe gewährleisten zu können.

Diesen Prinzipien folgend, ergibt sich die nachstehende Vorgehensweise:

Da die oben genannte Population nicht ausschließlich aus Klient/innen (Elementen) besteht, die in die Stichprobe aufgenommen werden können, muss von einer kleineren Grundgesamtheit ausgegangen werden. Es können nur Klient/innen in die Stichprobe gelangen, deren Pflegefachpersonen sich für eine Teilnahme an der Studie entschieden haben. Demnach verringert sich die Auswahlgesamtheit auf 272 Klient/innen, welche von insgesamt 27 Pflegefachpersonen versorgt werden.

Jedes Element der Population (jeder Klient/jede Klientin) kann somit in die Stichprobe aufgenommen werden. Da die Stichprobe in der vorliegenden Arbeit nicht von der ursprünglichen Grundgesamtheit gezogen werden kann (da sich manche Pflegefachpersonen nicht für eine Teilnahme an den Forschungsprojekt ausgesprochen haben) wird sie von der Auswahlgesamtheit gezogen (Bekalarczyk, 2009). Die Auswahlgesamtheit stellt die gesamte Menge der Elemente dar, aus denen die Stichprobe tatsächlich gezogen werden kann.

Alle Pflegepersonen, die sich für eine Teilnahme am Forschungsprojekt ausgesprochen haben, gaben die Initialen ihrer Klient/innen bekannt. Daraufhin wurde eine Initialenliste erstellt, die alle für die Stichprobe möglichen Klient/innen enthält.

Im nächsten Schritt wurde die Auswahlgesamtheit in 2 Schichten (Gruppen) unterteilt. Als Schichtungsmerkmal wurde die Anzahl der Klient/innen pro Pflegefachperson festgelegt. Es wurde der Median berechnet, welche den Wert 9 ergibt. Nun konnten 2 Schichten erstellt werden. In die erste Schicht wurden Klient/innen (Elemente) aufgenommen, deren Pflegeperson 9 oder weniger Klient/innen betreut. Die zweite Schicht beinhaltet diejenigen Klient/innen, deren Pflegeperson mehr als 9 Klient/innen betreut. Schicht 1 enthält 88, Schicht 2 enthält 184 Elemente.

Nachdem jedes Element einer Schicht zugeordnet wurde, konnte der Anteil jeder Schicht an der Auswahlgesamtheit bestimmt werden. Der Anteil der Schicht 1 ist in der Auswahlgesamtheit mit etwa $1/3$ (32%), der Anteil der Schicht 2 mit etwa $2/3$ (67%) vertreten. Die Stichprobe konnte nun so gezogen werden, dass der Umfang der Stichprobe je Schicht proportional zum Anteil an der Auswahlgesamtheit ist. Dies bedeutet, der Umfang der Stichprobe der Schicht 1 müsste so gewählt werden, dass $1/3$ der Elemente nach dem Zufallsprinzip aus dieser Schicht gewählt werden. Die Gewichtung erfolgte jedoch in umgekehrter Reihenfolge. Um die Pflegepersonen der Schicht 2, welche mehr als 9 Klientinnen betreuen, zu entlasten wurden aus Schicht 1 $2/3$, und aus Schicht 2 $1/3$ der Elemente gezogen.

Um die minimal erforderliche Stichprobengröße zu kalkulieren, wurde die Berechnungsformel von Mossig (1996) verwendet. In die Formel fließen die Anzahl der Elemente der Grundgesamtheit ($N=370$), der gewählte tolerierte Fehler ($\epsilon=0.05$), der aus der zentralen Wahrscheinlichkeit der Standardnormalverteilung berechnete Wert der gewählten Sicherheitswahrscheinlichkeit ($z=1.96$), der tatsächliche Mittelwert der Grundgesamtheit bzw. der prozentuale Anteilswert an der Grundgesamtheit ($P=0.1$) mit ein. Laut der Formel ergibt sich für die vorliegende Arbeit eine erforderliche Stichprobengröße von $N=101$. Als Größe der Stichprobe wurden $N=100$ Elemente definiert.

Die Zufallsauswahl erfolgte mittels des Statistikprogramms SPSS 17.0. Aus der ersten Schicht wurden $\frac{2}{3}$ der Elemente (66 Personen) und aus der zweiten Schicht wurden $\frac{1}{3}$ der Elemente (34 Personen) zufällig ausgewählt.

Aufgrund des Prinzips, dass pro Pflegefachperson maximal 3 Klient/innen befragt werden können, wurden pro Pflegende nicht mehr als 3 Personen ausgewählt. Somit ergibt die Zufallsauswahl eine Grösse von $N=67$ Klient/innen.

Folgende Abbildung stellt die Vorgehensweise bei der Stichprobenauswahl dar:

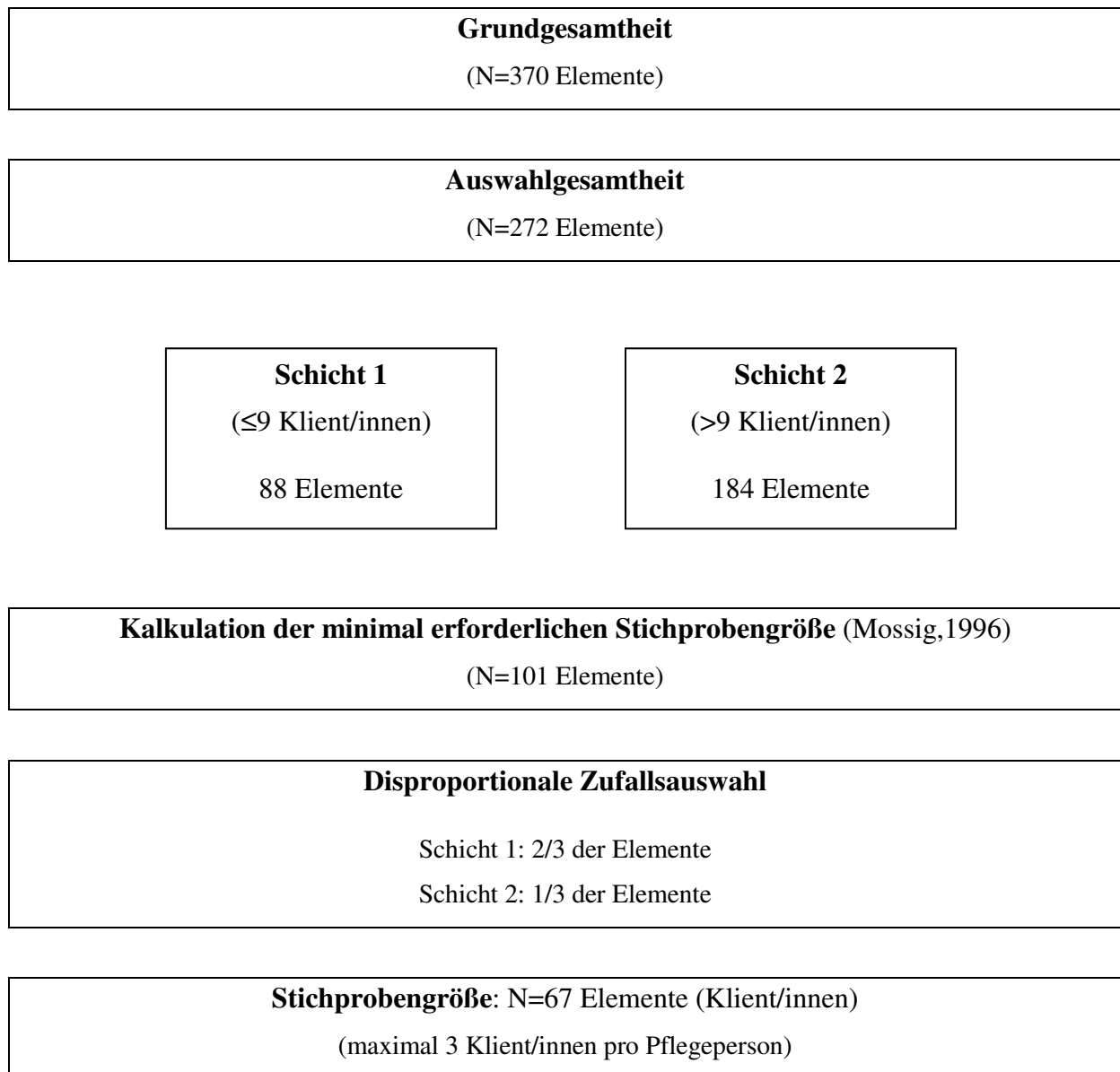


Abbildung 7: Vorgehensweise bei der Stichprobenauswahl

5.2 Population

In der vorliegenden Forschungsarbeit handelt es sich um Klient/innen, die im Rahmen der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton Bern zu Hause betreut werden. In die Studie werden diejenigen Klient/innen aufgenommen, welche aus der in 5.1 genannten Stichprobe zufällig gezogen wurden und einer Teilnahme mittels einer signierten Einverständniserklärung zustimmten.

5.3 Vorbereitungen

In einem ersten Schritt wurden 77 Personen per Post angefragt, welche gemäß Auskunft der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) eine Bewilligung für freiberufliche, ambulante Pflege im Kanton Bern sowie ein Diplom in psychiatrischer Pflege haben, ob sie in der freiberuflichen, ambulanten psychiatrischen Pflege tätig sind.

Sobald der Personenkreis der gesamten, aktiven, freiberuflichen ambulant psychiatrisch Pflegenden zur Gänze vollständig war, wurden die HoNOS D' Frau Cécile Geisseler (Freiberuflich Ambulant Psychiatrisch Pflegende, Organisation *Just do it!*) und Herrn Matthias Derungs (Freiberuflich Ambulant Psychiatrisch Pflegender) vorgelegt. Im Rahmen eines Pretests schätzten sie die Problembereiche von je einem ihrer Klienten ein, von welchen im Vorfeld eine Zustimmung eingeholt wurde. Ziel des Pretests war die Ermittlung der durchschnittlichen Befragungszeit und die Prüfung der Verständlichkeit der Fragen. Die Zeit für das Ausfüllen der HoNOS-Skala sowie des Fragebogens zur Erhebung der sozialen Situation und Biografie lag pro Klient bei etwa 20 Minuten.

Nach der Durchführung des Pretests wurden die in der ambulanten psychiatrischen Pflege tätigen Personen bezüglich einer Teilnahme an der Studie auf elektronischem Weg angefragt. Es wurde in einem weiteren Schritt eine Liste der Initialen aller Klient/innen der gesamten freiberuflich tätigen Pflegenden, welche an einer Teilnahme zustimmten, erstellt.

Von dieser Liste wurden nach dem Prinzip der disproportional geschichteten Zufallsstichprobe (5.1) 67 Klient/innen ausgewählt, welche für eine Teilnahme an dem Forschungsvorhaben angefragt wurden. Um die Pflegepersonen nicht zu sehr zu belasten, wurde auf Empfehlung von Frau Geisseler und Herrn Derungs vereinbart, dass pro Pflegefachperson bis zu 3 Klient/innen ausgewählt und für eine Teilnahme angefragt werden.

Mittels einer Studieninformation und einer Einverständniserklärung konnten die ausgewählten Klient/innen von ihrer Pflegeperson angefragt werden. Die Zustimmung erfolgte in Form einer signierten Einverständniserklärung. Erklärten sich nicht alle Klient/innen bereit, welche für eine Teilnahme zufällig ausgewählt wurden, wurden weitere Personen angefragt, welche in der Stichprobe ebenfalls gezogen wurden.

5.4 Instrumente

Der Einschätzung mit den HoNOS D' und dem Fragebogen zur sozialen Situation und der Biografie ging eine Erhebung über die freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege im Kanton Bern vor. Sie wurde mit einem Fragebogen von Abderhalden (2009) durchgeführt.

Die Problemeinschätzung erfolgte in der vorliegenden Arbeit mit einem standardisierten Instrument, den Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS).

Bei der Erhebung handelt es sich um eine Fremdbeurteilung des Klienten/der Klientin durch ihre Bezugsperson in der ambulanten psychiatrischen Pflege. Die Tatsache, dass die Pflegepersonen ihre Klient/innen über Monate oder sogar Jahre hinweg begleiten und unterstützen und im Rahmen des Pflegeprozesses mit deren Problemen konfrontiert werden (müssen), rechtfertigt die Wahl der Fremdbeurteilung. Weiters kann durch eine psychiatrische Erkrankung die eigene Gefühlswahrnehmung bzw. –differenzierung gestört sein und somit sind die Klient/innen nicht in der Lage, ihre eigenen Problembereiche adäquat einzuschätzen und zu benennen. Zudem sind die HoNOS ein Instrument, welches im Rahmen eines Fremd-Ratings einzuschätzen ist (RCP, 2006).

Rock und Preston (2001) stellten mittels eines Experimentaldesigns fest, dass selbst durch ein Training der Raterperson keine höheren Werte bezüglich der Interraterreliabilität erreicht werden konnten. Aufgrund des Resultats dieser Studie wurde beschlossen, keine Schulung der Pflegefachpersonen vorzunehmen.

Der Bewertungszeitraum bezieht sich wie in den deutschsprachigen Forschungsarbeiten, in denen die HoNOS Anwendung finden auf die letzten 7 Tage vor der Einschätzung (Andreas, 2005; Frauenfelder, 2005). Die Einschätzung erfolgte zu einem Zeitpunkt (*Single Assessment*).

Die HoNOS-D' sind ein Instrument, welches 12 Items enthält und unterschiedliche Problembereiche einschätzt. Die Antwortmöglichkeiten sind von 0=kein Problem bis

4=schweres bis sehr schweres Problem auszuwählen. Eine detaillierte Beschreibung der englischen und der deutschen Version des Instruments findet sich in den Punkten 3.1 und 3.2. Zusätzlich zu den HoNOS D' wurde ein Leitfaden zur sozialen Situation und Biografie zu jedem Klienten/jeder Klientin von den Pflegefachpersonen ausgefüllt. Die Grundlage des Leitfadens basiert auf dem von Kruckenberg et al. (2005) entwickelten Leitfaden. Der Fragebogen dient als Hilfsmittel, der zu einer möglichst vollständigen Wahrnehmung der Klient/innen in ihrer aktuellen sozialen Situation wie auch im Kontext der lebensgeschichtlichen Entwicklung führen soll.

Zusätzliche Items, welche zur Charakterisierung der Klient/innengruppe als relevant erschienen, wurden hinzugefügt. Insgesamt beinhaltet der Leitfaden 29 Items, welche in die Kategorien „Angaben zur Erhebung der sozialen Situation und der Biografie“, „Angaben zu Ausbildung und Berufstätigkeit“, „Psychiatrische Behandlung“, „Krankengeschichte“ und „Psychopharmakologische Behandlung“ eingeteilt werden können.

5.5 Vorgehen bei der Datensammlung

Die Datenerhebung erfolgte mit dem Messinstrument HoNOS D' von 9. Juni bis 21. August 2009. Die Einschätzung der Klient(innen) erfolgte durch die für sie zuständigen freiberuflich ambulant tätigen Psychiatriepflegefachpersonen in Abwesenheit der Klient/innen. Der Zeitaufwand für das Ausfüllen der HoNOS-Skala lag etwa zwischen 8 und 10 Minuten. Die Pflegepersonen bekamen eine kurze Instruktion über die Skalierung der Items. Item 8 wurde zusätzlich erklärt, da es sich hinsichtlich der Spezifikation des schwersten vorhandenen Problems von den anderen Items unterscheidet. Auftretende Fragen vor beziehungsweise während der Einschätzung konnten geklärt werden.

Der Leitfaden zur sozialen Situation und Biografie der Klient/innen wurde von den Pflegefachpersonen vor der Einschätzung der HoNOS D' beantwortet.

5.6 Datenauswertung

Am Anschluss an die Datenerhebung wurden die Daten aus den Fragebögen in das Statistikprogramm SPSS for Windows (SPSS Statistics Base 17.0) eingegeben, analysiert und aufgearbeitet.

Für die Berechnung der Signifikanz wurde in allen Testfällen das Signifikanzniveau auf $p=0.05$ festgelegt.

Als Streuungswerte wurden wegen der nicht immer gegebenen Normalverteilung der Median und die Quartile berechnet, Gruppenvergleiche wurden wegen der nicht immer gegebenen Normalverteilung mit nichtparametrischen Tests vorgenommen (Mann-Whitney U-Test bzw. Kruskal-Wallis H Test).

5.7 Ethische Überlegungen

Da es sich um einen reinen Survey ohne Intervention und ohne Risiken handelte, entschied der Leiter der UPD-Pflegeforschungsabteilung, auf eine formale Begutachtung durch die Ethikkommission des Kantons Bern zu verzichten.

Alle Klient/innen, welche sich für eine Teilnahme an der Studie bereit erklärten, unterzeichneten eine Einverständniserklärung (*Informed Consent*) mit dem Hinweis auf die Verwendung von ausschließlich anonymisierten Daten.

Alle Klient/innen wurden mit einer Studiennummer versehen, die in den Fragebögen festgehalten wurde. Die Fragebögen wurden damit vollständig anonymisiert und es werden keinerlei Rückschlüsse auf die Identität der einzelnen Personen möglich sein.

Da es sich um ein Fremdrating handelt, waren die betroffenen Klient/innen nicht direkt in die Untersuchung involviert. Damit können negative Folgen (z. B. psychische Belastung) für die an der Studie teilnehmenden Personen ausgeschlossen werden.

6 ERGEBNISSE

Insgesamt erklärten sich 22¹¹ der 45 angefragten Pflegepersonen (49,9%) bereit, an der Studie „Ambulante psychiatrische Pflege“ teilzunehmen. Im Rahmen der Stichprobenziehung wurden 59 Klient/innen ausgewählt, welche für eine Teilnahme anfragt werden konnten. 47 Klient/innen (79.7%) von 21 Pflegepersonen sprachen sich aus, an der Erhebung teilzunehmen. Die Datenauswertung basiert daher auf einer Stichprobengröße von N=47. Mit dieser Proband/innenanzahl konnten rund 13.6% der Klient/innen im Kanton Bern erfasst werden, welche sich zum Erhebungszeitpunkt in ambulanter psychiatrischer Pflege durch freiberuflich tätige Pflegefachpersonen befanden.

6.1 Soziale Situation und Biografie der Klient/innen

Die angeführten Prozentzahlen beziehen sich jeweils auf die Gesamtzahl der Männer bzw. der Frauen.

6.1.1 Geschlecht und Alter

Stichprobenzusammensetzung

	Frauen	Männer	Total
	39 (83%)	8 (17%)	47 (100%)
Alter (Jahre)			
Mean	48.92	44.25	48.13
Min – Max	26-82	17-63	17-82
Median	50	44.50	48
<40	8 (20.5%)	3 (37.5%)	11 (23.4%)
40-55	21 (53.8%)	3 (37.5%)	24 (51.1%)
>55	10 (25.6%)	2 (25%)	12 (25.5%)

Tabelle 7: Stichprobenzusammensetzung

¹¹ 21 der 22 Pflegefachpersonen verfügen über eine Konkordatsnummer im Kanton Bern. Die psychiatrische Betreuung erfolgt meist bei den Klient/innen zuhause. 1 Pflegeperson ist freiberuflich tätige Polarity-Therapeutin mit Ausbildung als Pflegefachfrau Psychiatrie. Sie führt eine eigene Gesundheitspraxis und die Behandlung findet nicht im Rahmen einer aufsuchenden Tätigkeit statt. Die Klient/innen werden bei Bedarf psychiatrisch behandelt, im Zentrum steht jedoch die Polarity-Behandlung. Leistungen werden über die Zusatzversicherung (Komplementärmedizin) abgerechnet.

Bei den teilnehmenden Klientinnen und Klienten handelt es sich in 83% um weibliche Fälle. Das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt bei 48.13 Jahren (Frauen: 48.92 Jahre, Männer: 44.25 Jahre), wobei zwischen den Geschlechtern kein signifikanter Altersunterschied vorliegt (Mann-Whitney Test: $p = 0.436$). Das Altersspektrum reicht insgesamt von 17 bis 82 Jahre, bei den weiblichen Teilnehmer/innen von 26 bis 82 Jahre und bei den männlichen Teilnehmern von 17 bis 63 Jahre.

Der Alterskategorie unter 40 Jahren gehören insgesamt 11 Personen (23.4%) an (8 Frauen, 3 Männer). 24 Personen (51.1%) (21 Frauen, 3 Männer) sind zwischen 40 und 55 Jahre alt. 12 Personen (25.5%) (10 Frauen, 2 Männer) waren zum Zeitpunkt der Erhebung über 55 Jahre alt.

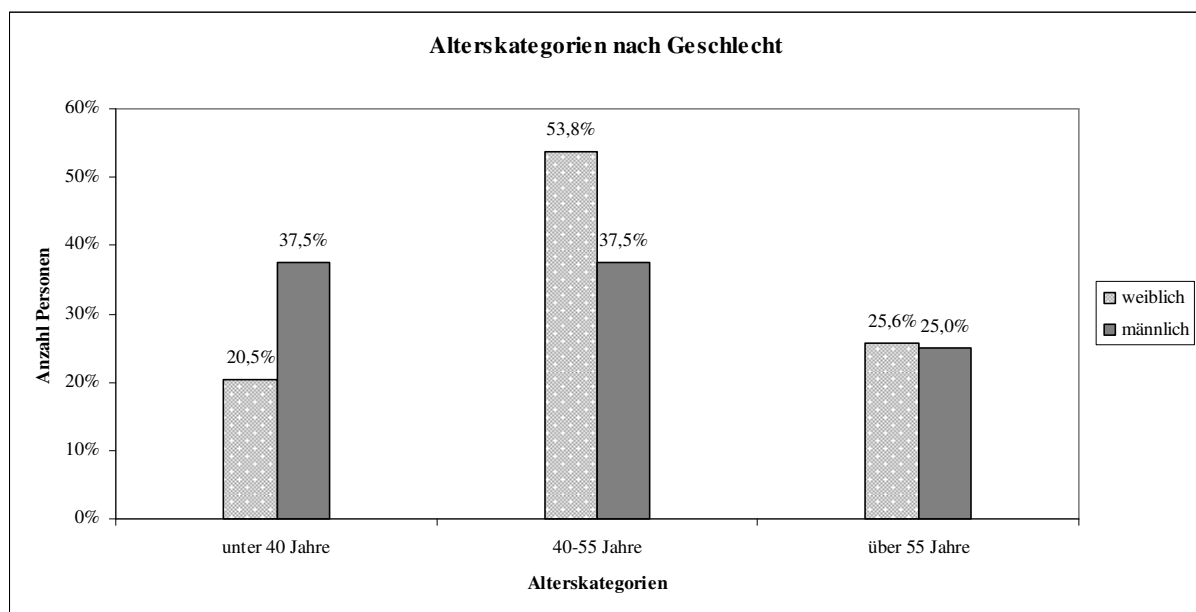


Abbildung 8: Alterskategorien nach Geschlecht der Klient/innen, N=47

6.1.2 Angaben zur allgemeinen sozialen Situation

Amtlicher Zivilstand

38.5% der teilnehmenden Probandinnen (15 Personen) sind ledig. 25.6% der betreuten Klientinnen (10 Personen) sind geschieden, 15.4% (6 Klientinnen) verheiratet. 12.8% der Probandinnen (5 Personen) sind verwitwet und 7.7% (3 Klientinnen) getrennt.

Bei den männlichen Teilnehmern sind 62.5% (5 Klienten) ledig. 25% der ambulant versorgten Klienten (2 Personen) sind getrennt. 12.5% (1 Klient) ist geschieden.

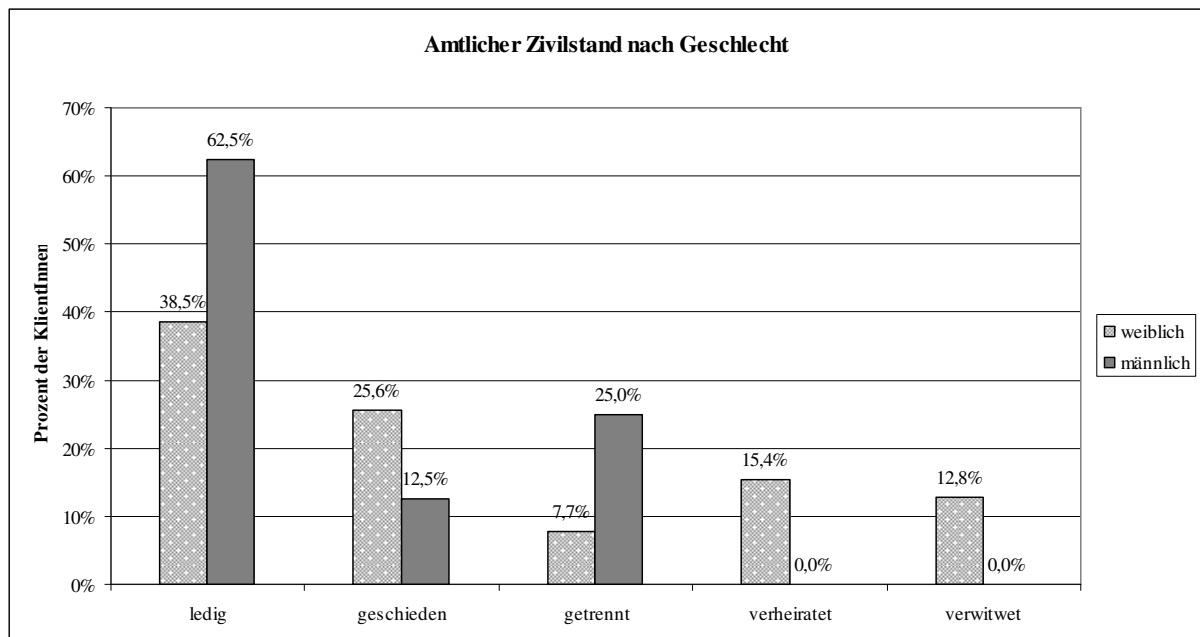


Abbildung 9: Amtlicher Zivilstand, N=47

Zahl der Kinder

53.8% der Probandinnen (21 Personen) haben keine Kinder. 17.9% (7 Klientinnen) haben 2 Kinder. 12.8% der Klientinnen (5 Frauen) haben 1 Kind geboren. Ebenfalls 12.8% (5 Probandinnen) haben 3 Kinder. 1 Person (2.6%) hat 4 Kinder. Bei 17.9% (7 Klientinnen) leben minderjährige Kinder im Haushalt. Bei 79.5% (31 Klientinnen) leben die Kinder nicht im gleichen Haushalt.

50% der Klienten (4 Klienten) haben keine Kinder. 12.5% der befragten Männer (1 Person) hat 1 Kind. Ebenfalls 1 Mann hat 3 Kinder. Bei 25% (2 Probanden) leben die minderjährigen Kinder im gleichen Haushalt, bei 75% (6 Klienten) leben die Kinder nicht im gleichen Haushalt.

Lebensform

61.5% der weiblichen Teilnehmerinnen (24 Personen) leben alleine. 20.5% (8 Probandinnen) Leben mit ihren Kindern. 15.4% (6 Klientinnen) leben mit ihren Ehepartnern bzw. ihren

Lebensgefährten zusammen. 2.6% (1 Klientin) lebt mit ihren Eltern. 7.7% der Probandinnen (3 Personen) leben mit anderen Personen zusammen.

Die Hälfte der Klienten (4 Personen) leben alleine. Je 25% der Klienten (2 Personen) leben mit der Ehepartnerin bzw. der Lebensgefährtin oder mit der Mutter zusammen.

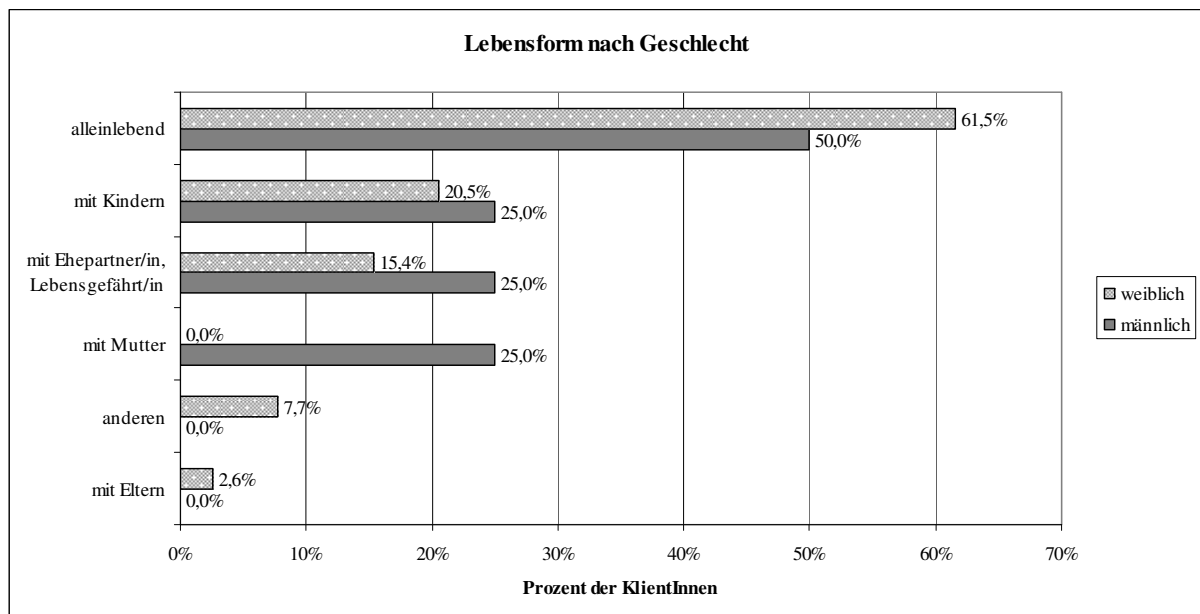


Abbildung 10: Lebensform, N=47, Mehrfachnennungen

Bedeutsame soziale Kontakte

Bedeutsame soziale Kontakte bestehen bei 64.1% der Klientinnen (25 Personen) zu Angehörigen. 51.3% (20 Klientinnen) pflegen gute Kontakte zu Freunden. Ein ebenfalls gutes soziales Netz besteht bei 43.6% (17 Klientinnen) durch Vereins- oder Clubitätigkeiten (auch Selbsthilfegruppen oder Besuch von Begegnungsstätten). Bedeutsame soziale Kontakte bestehen etwa bei einem Drittel der Frauen zu Kolleg/innen, zum Lebenspartner oder zu NachbarInnen bzw. Mitbewohner/innen. 20.5% der Probandinnen (8 Frauen) pflegen sonstige Kontakte (wie Beistände, Ergotherapie oder Spitex-Pflegende).

4 Klientinnen (10.26%) haben sozialen Kontakt zu einer der Kategorien. 15 der teilnehmenden weiblichen Fälle (38.5%) haben bedeutsame soziale Kontakte zu 2 der oben genannten Kategorien. 11 Klientinnen (28.2%) pflegen gut soziale Kontakte zu 3 der vorhandenen Kategorien. 7 Klientinnen (18%) haben soziale Beziehungen zu 4 der aufgelisteten Kategorien. 2 Klientinnen (5.1%) pflegen Kontakte zu 5 unterschiedlichen Kategorien.

Bei den männlichen Studienteilnehmern haben je 62.5% (5 Personen) bedeutsamen sozialen Kontakt zu Freund/innen oder zu Kolleg/innen. Die Hälfte der Klienten (4 Personen) pflege sozialen Kontakt zu deren Angehörigen. Je 25% (2 Klienten) haben intakte soziale Kontakte zur Lebenspartnerin oder zu Nachbar/innen und Mitbewohner/innen. 37.5% (3 Klienten) verfügen über bedeutsame sonstige soziale Kontakte (wie christliche Gemeinde, tägliche Spitex oder Ergotherapeut/innen).

1 Klient (12.5%) pflegt sozialen Kontakt zu einer der Kategorien. 3 Probanden (37.5%) haben bedeutsame soziale Kontakte zu 3 der oben genannten Kategorien. Je 2 Klienten (25%) haben guten Kontakt zu 2 bzw. 4 Kategorien.

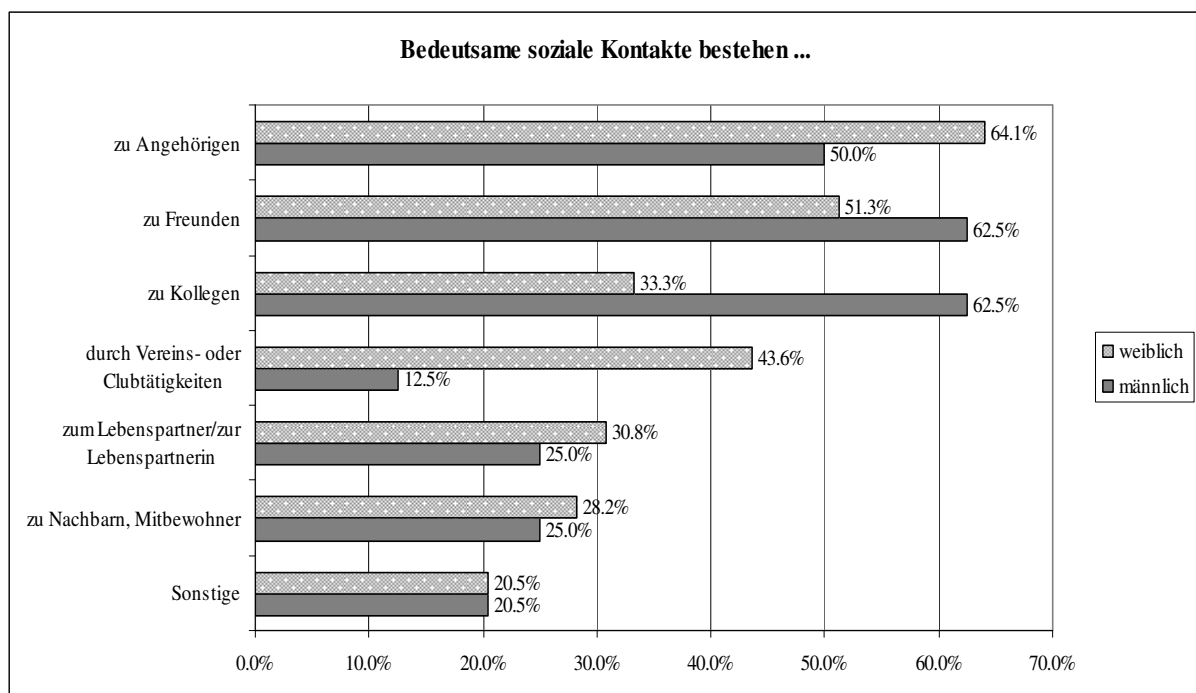


Abbildung 11: Bedeutsame soziale Kontakte, N=47, Mehrfachnennungen

Wohnsituation

94.9% der Klientinnen (37 Personen) wohnen in einer eigenen Wohnung. 5.1% (2 Klientinnen) wohnen in einem Wohnwagen bzw. in einer Wohngemeinschaft.

62.5% der Probanden (5 Personen) wohnen in der eigenen Wohnung. 25% (2 Klienten) wohnen in der elterlichen Wohnung. 12.5% (1 Klient) befindet sich in einer anderen Wohnsituation.

Einkommensverhältnisse

32.1% der teilnehmenden Klientinnen (18 Personen) erhalten aufgrund Erwerbsunfähigkeit eine Invalidenrente (IV). 16.1% (9 Klientinnen) erhalten Unterhalt durch Familienangehörige. 14.3% (7 Frauen) erhalten Einkommen durch eigene Erwerbstätigkeit. 10.7% (6 Klientinnen) erhalten Alters- und Hinterbliebenenversicherung (AHV). Je 8.9% der Probandinnen (5 Personen) erhalten Krankengeld und (oder) Sozialhilfe. 2 Frauen (3.6%) erhalten Witwenrente. 3 Klientinnen (5.4%) beziehen ein anderes Einkommen (wie Ergänzungsleistungen oder Erbe).

Je 30.8% der Studienteilnehmer (4 Männer) erhalten Einkommen durch eigenen Erwerbstätigkeit und (oder) aufgrund Erwerbsunfähigkeit IV. 15.4% (2 Klienten) erhalten Sozialhilfe. Je 7.7% (1 Klient) erhalten Altersrente (AHV) und (oder) Krankengeld und (oder) Unterhalt durch Familienangehörige.

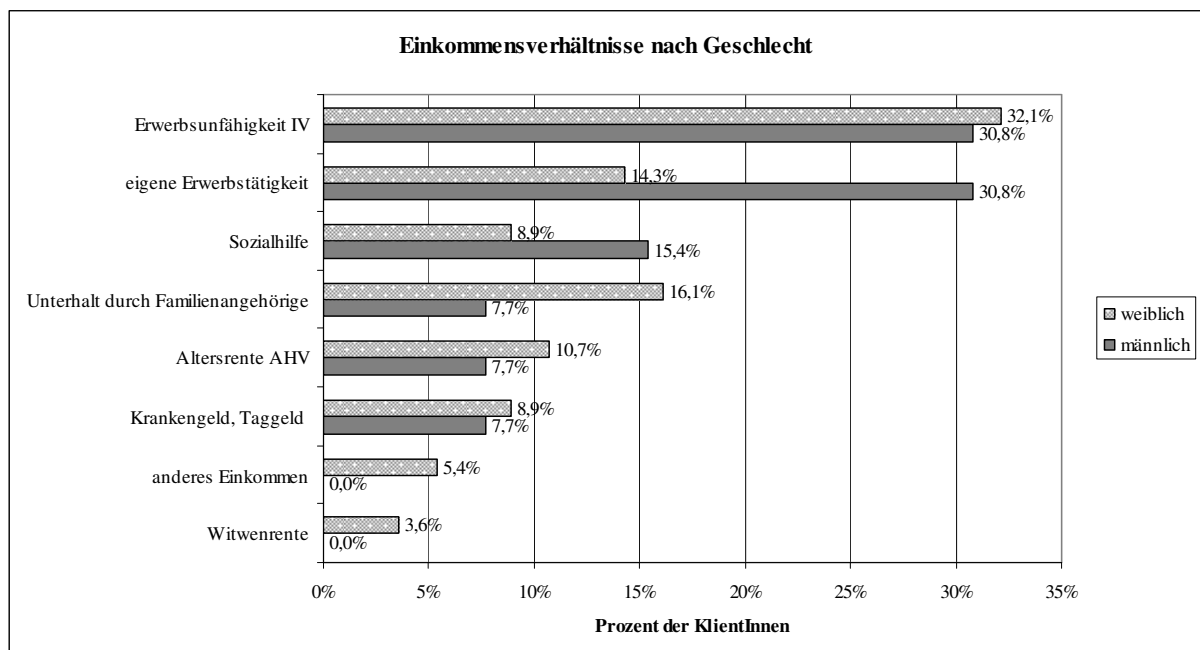


Abbildung 12: Einkommensverhältnisse, N=47, Mehrfachnennungen

Derzeitiger Unterhalt

66.7% der Klientinnen (26 Personen) finanzieren ihren derzeitigen Unterhalt weitgehend durch Fremdaufkommen (Verwandte, Sozialhilfe, IV Rente, AHV). Bei 17.9% (7 Klientinnen) besteht der derzeitige Unterhalt weitgehend aus dem eigenen Aufkommen. Bei 7.7% (3 Klientinnen) besteht der derzeitige Unterhalt etwa zu gleichen Teilen durch eigenes Aufkommen und Fremdeinkommen. In 7.7% der Fälle ist der derzeitige Unterhalt unbekannt.

5 Klienten (62.5%) erlangen ihren derzeitigen Unterhalt weitgehend durch Fremdaufkommen. 3 Klienten (37.5%) können ihren Unterhalt weitgehend durch eigenes Aufkommen finanzieren.

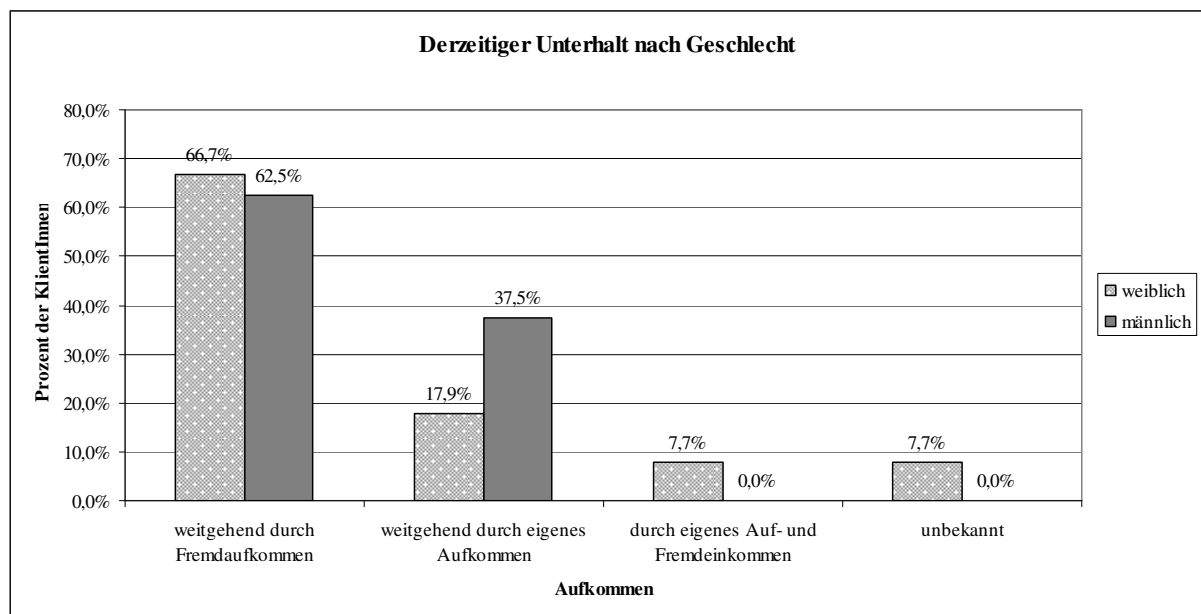


Abbildung 13: Derzeitiger Unterhalt, N=47

6.1.3 Angaben zu Ausbildung und Berufstätigkeit

Schulbildung (höchster erreichter Abschluss)

2.6% der Klientinnen (1 Person) haben keine Ausbildung absolviert. 39.5% (15 Klientinnen) haben eine Lehre und eine Berufsschule abgeschlossen. 23.7% der teilnehmenden Klientinnen (9 Personen) haben als höchsten erreichten Abschluss eine Primarschule. 13.2% (5 Klientinnen) haben eine Hochschule besucht und absolviert. 10.5% (4 Personen) haben eine andere Schulbildung (Sekundarschule). Weniger als 8% der teilnehmenden Klientinnen (3 Personen) haben eine höhere Fachschule abgeschlossen oder die Matura/Lehrerseminar absolviert.

Die Hälfte der männlichen Teilnehmer (4 Personen) haben als höchsten erreichten Abschluss eine Lehre und Berufsschule abgeschlossen. Je 1 Klient (12.5%) hat eine abgeschlossene Primarschule oder eine Anlehre. 2 der ambulant betreuten Klienten (25%) haben eine Hochschule besucht und absolviert.

Niemand der 47 teilnehmenden Personen befindet sich gegenwärtig in Ausbildung.

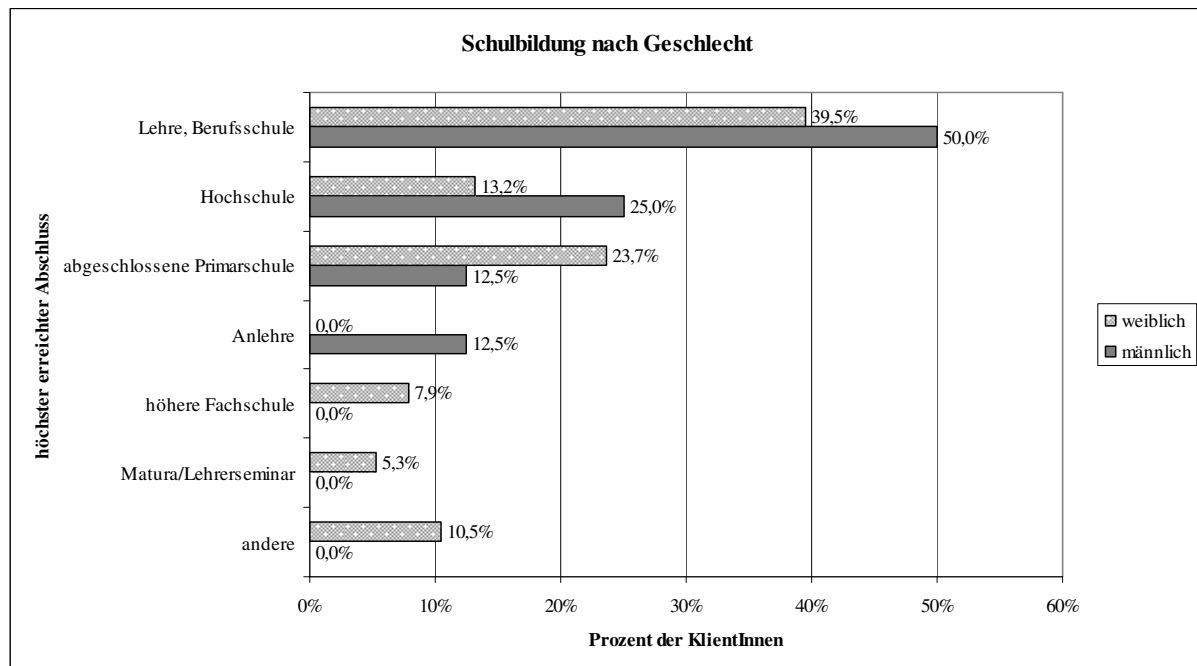


Abbildung 14: Schulbildung, N=47

Gegenwärtige Beschäftigung

28.2% der teilnehmenden Klientinnen (11 Personen) sind als Hausfrauen tätig. 23.1% (9 Personen) gehen einer Tätigkeit in einer geschützten Einrichtung nach. 7 Klientinnen (17.9%) befinden sich in einer Anstellung (als kaufmännische Angestellte, Übersetzerin, Lehrerin, GEWA- Angestellte – Stiftung für berufliche Integration oder Büroangestellte). 10.3% der Klientinnen (4 Personen) haben eine andere gegenwärtige Beschäftigung. Sie sind entweder pensioniert, arbeiten freiwillig oder sind im Bereich der Gelegenheits- bzw. Temporärarbeit tätig.

Je 2 Klienten (28.6%) sind arbeitslos oder in einer geschützten Einrichtung tätig (etwa als Töpfer). 2 Klienten (28.6%) sind angestellt (etwa 100% als Bauarbeiter). 1 Klient (14.3%) ist als Hausmann tätig. Bei einem Klienten ist die gegenwärtige Beschäftigung nicht bekannt.

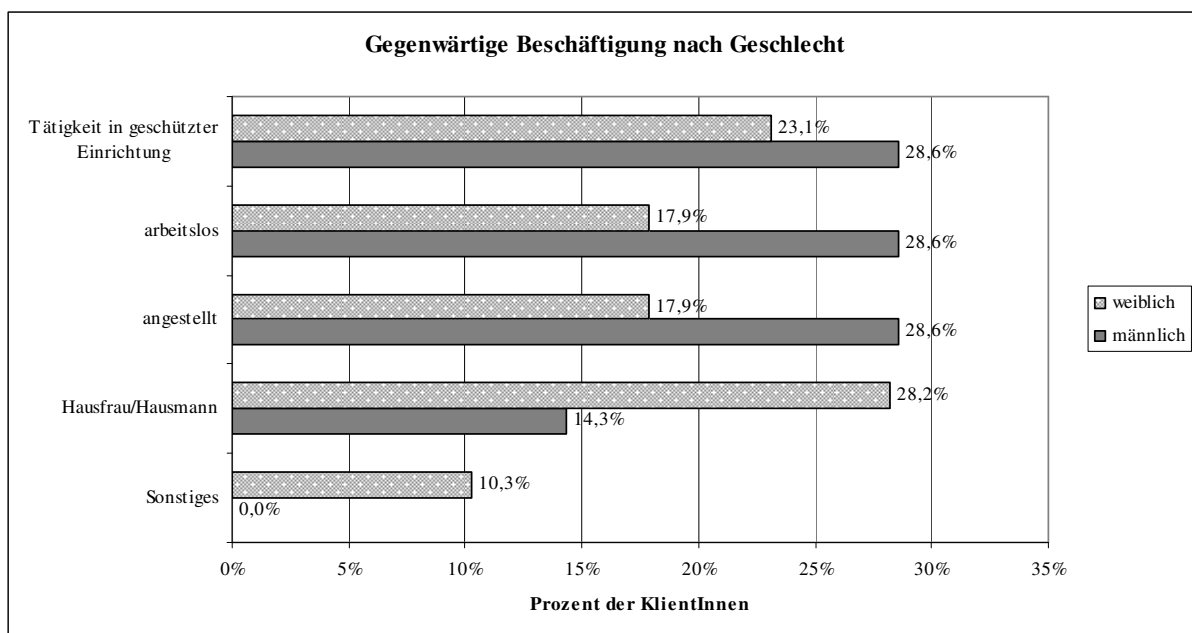


Abbildung 15: Gegenwärtige Beschäftigung, N=47

6.1.4 Psychiatrische Behandlung

Psychiatrische Hauptdiagnose

Bei 95.7% der Klient/innen (45 Personen) liegt eine psychiatrische Hauptdiagnose vor. In 63.9 % der Fälle (30 Personen) besteht eine psychiatrische Zweitdiagnose.

In 36.8% der weiblichen Fälle (14 Probandinnen) wird als Hauptdiagnose eine affektive Störung (F30-F39) angegeben. 31.6% der Klientinnen (12 Personen) leiden an Neurotischen- oder Persönlichkeitsstörungen (F40-F48, F60-F69). Bei 15.8% der weiblichen Personen (6 Klientinnen) wurde eine Schizophrenie oder schizotype oder wahnhaftes Störungen diagnostiziert (F20-F29). Ebenfalls bei 15.8% liegt eine andere Hauptdiagnose vor (F00-F09, F10-F19, F90-F98).

In 69.4% der Fälle (25 Einschätzungen) ist die Diagnose offiziell bekannt (etwa aus Überweisungsschreiben). In 30.6% der Fälle (11 Einschätzungen) ist die Diagnose die eigene Einschätzung der Pflegefachperson.

In 28.6% der männlichen Fälle (2 Probanden) wird als Hauptdiagnose eine Schizophrenie, eine affektive Störung oder eine Neurotische- oder eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (F20-F29, F30-F39, F40-F48, F60-F69). Bei einem Proband liegt eine andere Hauptdiagnose vor.

In 71.4% der Fälle (5 Einschätzungen) ist die Diagnose offiziell bekannt (etwa aus Überweisungsschreiben). In 28.2% der Fälle (2 Einschätzungen) ist die Diagnose die eigene Einschätzung der Pflegefachperson.

Niemand der 47 teilnehmenden Klient/innen ist von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, von einer Intelligenzminderung, von Entwicklungsstörungen oder von nicht näher bezeichneten psychischen Störungen (F50-F59, F70-F79, F80-F89 und F99) betroffen.

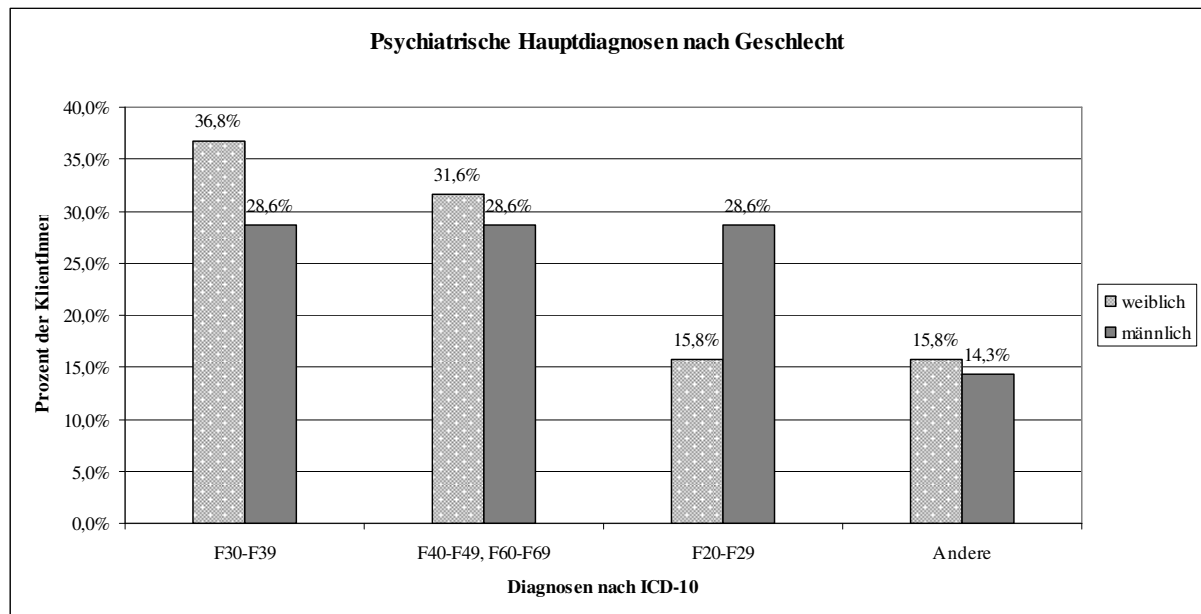


Abbildung 16: Psychiatrische Hauptdiagnosen, N=45

Psychiatrische Zweitdiagnose

Bei 48% der Probandinnen (12 Personen) werden als psychiatrische Zweitdiagnose Neurotische- oder Persönlichkeitsstörungen (F40-F48, F60-F69) angegeben. 32% der weiblichen Fälle (8 Personen) leiden an affektiven Störungen (F30-F39). Bei 5 Frauen (20%) liegt eine andere Zweitdiagnose vor.

In 44% der Fälle (11 Einschätzungen) ist die Zweitdiagnose offiziell bekannt (etwa aus Überweisungsschreiben). In 56% der Fälle (14 Einschätzungen) ist die Diagnose die eigene Einschätzung der Pflegefachperson.

Als Zweitdiagnose wurden bei 60% der männlichen Fälle (3 Personen) Neurotische- oder Persönlichkeitsstörungen (F40-F48, F60-F69) diagnostiziert. Bei 40% der Klienten (2 Personen) liegt eine andere psychiatrische Zweitdiagnose vor.

In 40% der Fälle (2 Einschätzungen) ist die Zweitdiagnose offiziell bekannt (etwa aus Überweisungsschreiben). In 60% der Fälle (3 Einschätzungen) ist die Diagnose die eigene Einschätzung der Pflegefachperson.

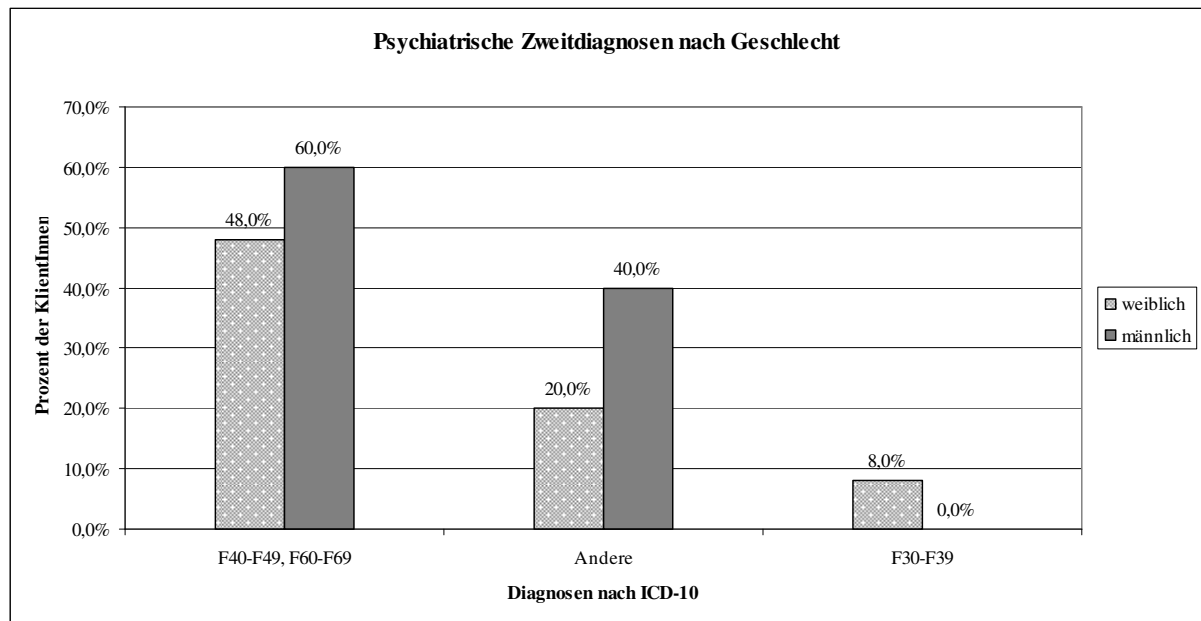


Abbildung 17: Psychiatrische Zweitdiagnosen, N=30

6.1.5 Krankengeschichte

Alter der ersten psychiatrischen Behandlung

Das Alter der ersten psychiatrischen Behandlung liegt insgesamt bei durchschnittlich 30.41 Jahren (7 bis 80 Jahre). Bei den Klientinnen fand die erste psychiatrische Behandlung durchschnittlich im Alter von 30.58 Jahren statt (7 bis 80 Jahre). Bei den männlichen Teilnehmern fand die erste psychiatrische Behandlung durchschnittlich im Alter von 27 Jahren statt (18 bis 44 Jahre).

Alter der ersten stationären psychiatrischen Behandlung

Das Alter der ersten psychiatrischen Behandlung liegt insgesamt bei durchschnittlich 34.21 Jahre (13 bis 76 Jahre). Bei den Klientinnen fand die erste psychiatrische Behandlung durchschnittlich im Alter von 33.93 Jahren statt (23 bis 61 Jahre). Bei den männlichen Teilnehmern fand die erste psychiatrische Behandlung durchschnittlich im Alter von 30 Jahren statt (23 bis 61 Jahre).

Anzahl stationärer Aufenthalte

Bei den weiblichen Studienteilnehmerinnen erfolgten durchschnittlich 3.03 stationäre Aufenthalte (0 bis 11 Aufenthalte). Bei den männlichen Studienteilnehmerinnen erfolgten durchschnittlich 4 stationäre Aufenthalte (0 bis 13 Aufenthalte).

Dauer des letzten stationären Aufenthalts

Die Dauer des letzten stationären Aufenthalts liegt bei den Klientinnen durchschnittlich bei 12.6 Wochen (0 bis 12 Wochen). Bei den Klienten verlief der letzte stationäre Aufenthalt durchschnittlich über einen Zeitraum von 5 Wochen (0 bis 20 Wochen).

6.1.6 Psychopharmakologische Behandlung

Regelmäßig eingenommene Psychopharmaka

81.6% der weiblichen Studienteilnehmerinnen (31 Personen) nehmen regelmäßig Psychopharmaka aus der Gruppe der Antidepressiva ein. Die Dauer der Einnahme beträgt durchschnittlich 76.08 Monate oder 6.34 Jahre (3 bis 432 Monate). Die Hälfte der weiblichen Fälle (19 Klientinnen) nimmt regelmäßig Neuroleptika ein. Die Dauer der Einnahme beträgt durchschnittlich 133.53 Monate oder 11.13 Jahre (3 bis 432 Monate). Tranquilizer werden von 23.7% der Probandinnen (9 Personen) regelmäßig eingenommen. Die Dauer der Einnahme beträgt durchschnittlich 1.76 Monate (1 bis 2 Monate). Auch Stimmungsstabilisatoren werden von 21.1% der Probandinnen (8 Personen) regelmäßig eingenommen. Die Dauer der Einnahme beträgt durchschnittlich 79.67 Monate oder 6.64 Jahre (1 bis 432 Monate). Weniger als 20% der Klientinnen (weniger als 8 Personen) nehmen regelmäßig Schlafmittel oder komplementärmedizinische Medikamente ein.

Bei 85.7%, der männlichen Studienteilnehmern (6 Personen) werden seit durchschnittlich 51 Monaten oder seit 4.25 Jahren (9 bis 84 Monate) regelmäßig Antidepressiva eingenommen. Auch regelmäßig eingenommen werden Psychopharmaka aus der Gruppe der Neuroleptika von 87.1% der Probanden (4 Personen). Die Durchschnittliche Einnahmezeit beträgt 22 Monate oder 1.8 Jahre (4 bis 40 Monate). Stimmungsstabilisatoren werden von einem Proband (14.3%) regelmäßig eingenommen. Die Dauer der Einnahme beträgt 9 Monate.

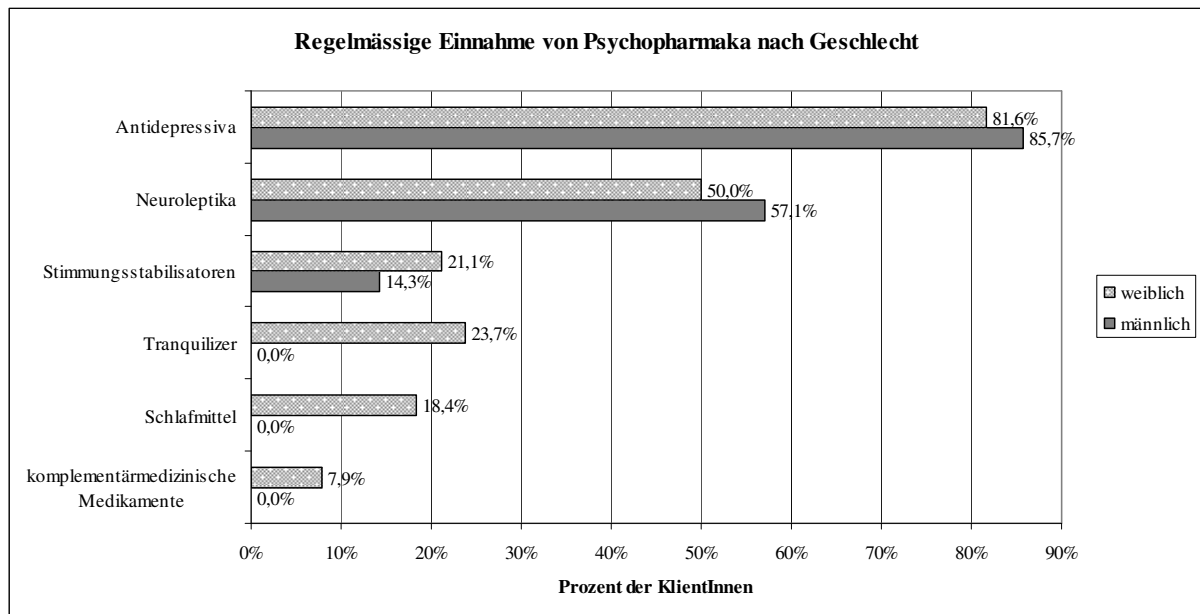


Abbildung 18: Regelmässige Einnahme von Psychopharmaka, N=47, Mehrfachnennungen

6.1.7 Psychiatrische Behandlung und pflegerische Versorgung

Suizidversuche in der Vorgeschichte

54.1% der weiblichen Fälle (20 Probandinnen) versuchten, sich in der psychiatrischen Vorgeschichte zu suizidieren. Bei den Männern waren es 14.3% (1 Proband).

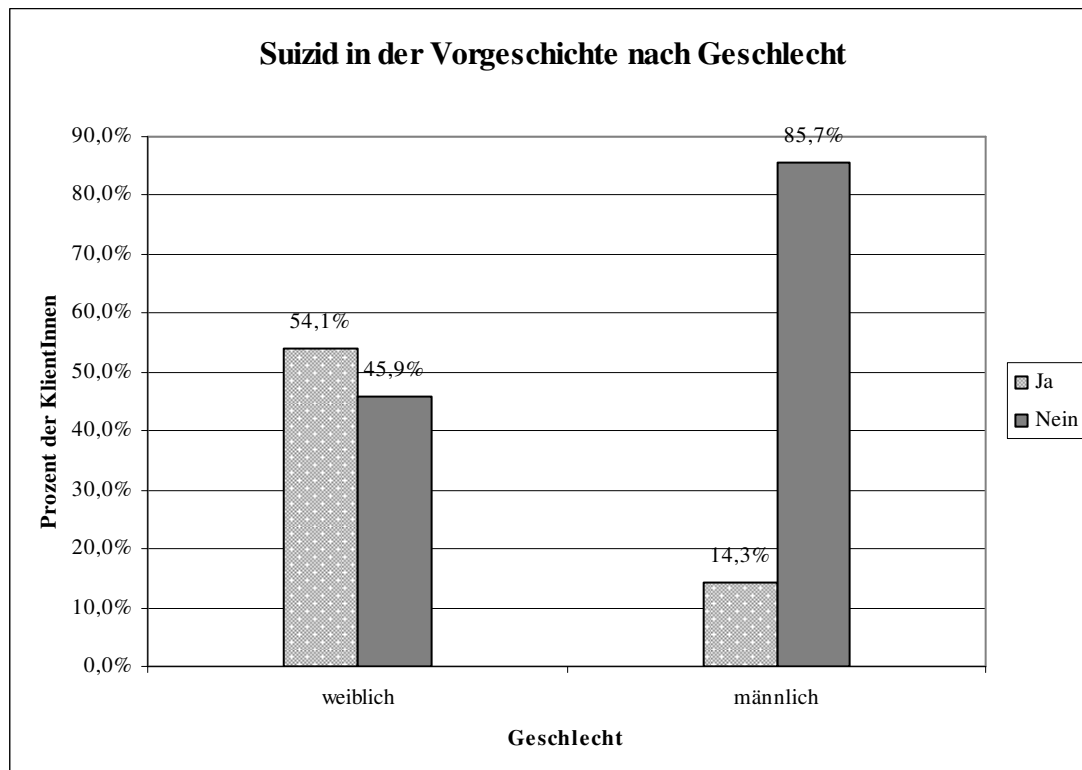


Abbildung 19: Suizid in der Vorgeschichte nach Geschlecht, N=47

Durchschnittlicher Abstand und Dauer der Besuche

Der durchschnittliche Abstand zwischen den ambulanten Besuchen bei Klientinnen beträgt 8.79 Tage (2 bis 28 Tage). Ein Besuch dauert im Durchschnitt 87.57 Minuten oder 1.46 Stunden (30 bis 240 Minuten).

Männliche Studienteilnehmer werden im Durchschnitt alle 10.5 Tage (7 bis 14 Tage) besucht. Eine Behandlungseinheit dauert durchschnittlich 68.57 Minuten oder 1.14 Stunden (60 bis 90 Minuten).

Von wem kommt die Verordnung?

Bei den Probandinnen kommt die Verordnung in 73.7% der Fälle (28 Personen) vom Psychiater/von der Psychiaterin. 21.1% (8 Klientinnen) werden vom Klinikarzt/von der Klinikärztin an die ambulante psychiatrische Pflege überwiesen. 5.3% (2 Klientinnen) wurden vom Hausarzt/von der Hausärztin übergeleitet.

Bei den männlichen Teilnehmern wurden 57.1% der Fälle (4 Personen) vom Psychiater/von der Psychiaterin an die ambulante Psychiatriepflege übermittelt. 28.6% (2 Klienten) wurde die ambulante Pflege vom Hausarzt/von der Hausärztin verordnet. 14.3% (1 Klient) wurde vom Klinikarzt/von der Klinikärztin überwiesen.

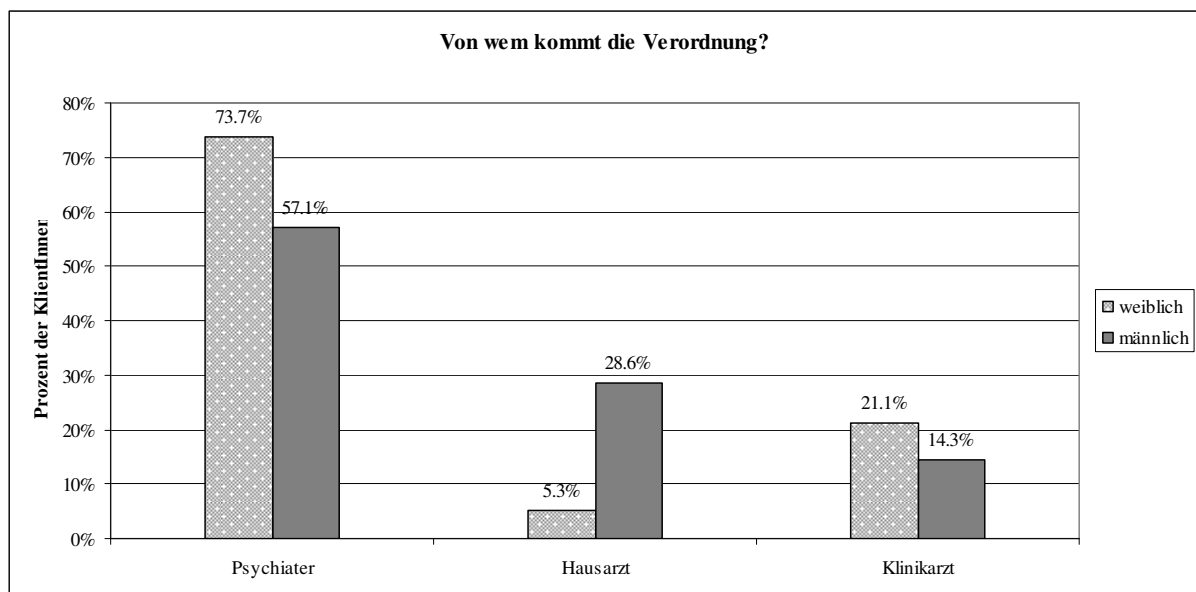


Abbildung 20: Verordner der ambulanten psychiatrischen Pflege, N=47

In die Behandlung involvierte Mitglieder der Versorgungskette

Zusätzlich in die Behandlung involviert sind bei 84.6% der weiblichen Teilnehmerinnen (27 Personen) der Psychiater/die Psychiaterin. In 69.2% der Fälle (27 Klientinnen) ist der Hausarzt/die Hausärztin neben der ambulanten Pflegefachperson in die Behandlung involviert. Bei einem Drittel der Klientinnen (13 Personen) ist ein Sozialdienst zusätzlich involviert. Bei 30.8% (12 Klientinnen) sind sonstige Personen in die Behandlung integriert (etwa Psycholog/innen, Ergotherapeut/innen, Beiständin, Seelsorger). Bei weniger als 18 Klientinnen (7 Personen) sind zusätzlich eine Tagesklinik/Tagesstätte, ein Spitex-Dienst oder ein Klinikambulatorium involviert.

Bei 87.5% der Klienten (7 Personen) ist ein Psychiater/eine Psychiaterin an der Behandlung beteiligt. Bei 62.5% (5 Probanden) ist zusätzlich ein Hausarzt/eine Hausärztin involviert. Bei je einem Viertel der Klienten (2 Personen) sind zusätzlich zur ambulanten Pflege ein Sozialdienst oder eine Tagesklinik/Tagesstätte involviert. Bei einem männlichen Proband (12.5%) sind ein Spitex-Dienst oder ein Klinikambulatorium in die Behandlung integriert.

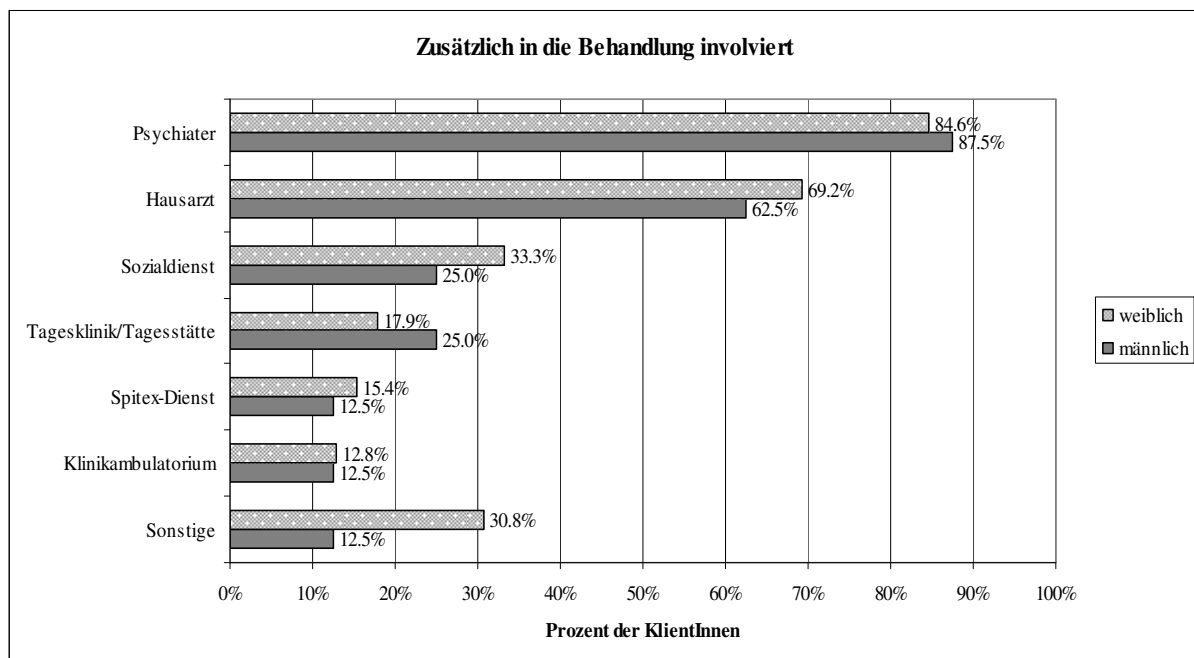


Abbildung 21: Zusätzlich in die Behandlung involviert, N=47, Mehrfachnennungen

Betreuungsformen vor der ambulanten psychiatrischen Pflege

67.6% der weiblichen Fälle (25 Personen) wurde vor der ambulanten psychiatrischen Pflege von einem freipraktizierenden Psychiater/von einer freipraktizierenden Psychiaterin betreut. 64.9% der Klient/innen (24 Personen) wurden auf einer psychiatrischen Klinik stationär betreut. 24.3% der Klientinnen (9 Personen) hatten als Betreuungsform vor der ambulanten Psychiatriepflege eine Psychotherapie. Weniger als 13.5% der Probandinnen (weniger als 5 Personen) waren in einem Ambulatorium, wurden von der allgemeinen Spitex oder von einer therapeutischen Gemeinschaft betreut, waren in einer betreuten Wohngruppe, einem Wohnheim oder in einer komplementärmedizinischen Einrichtung oder erhielten andere Betreuungsformen.

Je 57.1% (4 Personen) der männliche Studienteilnehmer erhielten vor der ambulanten psychiatrischen Pflege Betreuung durch einen freipraktizierenden Psychiater/durch eine freipraktizierende Psychiaterin oder wurden stationär in einer psychiatrischen Klinik betreut. Je 28.6% der Klienten (2 Personen) wurde in einem Ambulatorium oder im Rahmen betreuten Wohnens behandelt. Je 14.3% (1 Mann) wurden von der allgemeinen Spitex oder in einer Psychotherapie behandelt. Ebenfalls 14.3% hatten eine andere Betreuungsform vor der ambulanten Psychiatriepflege oder erhielten eine komplementärmedizinische Behandlung.

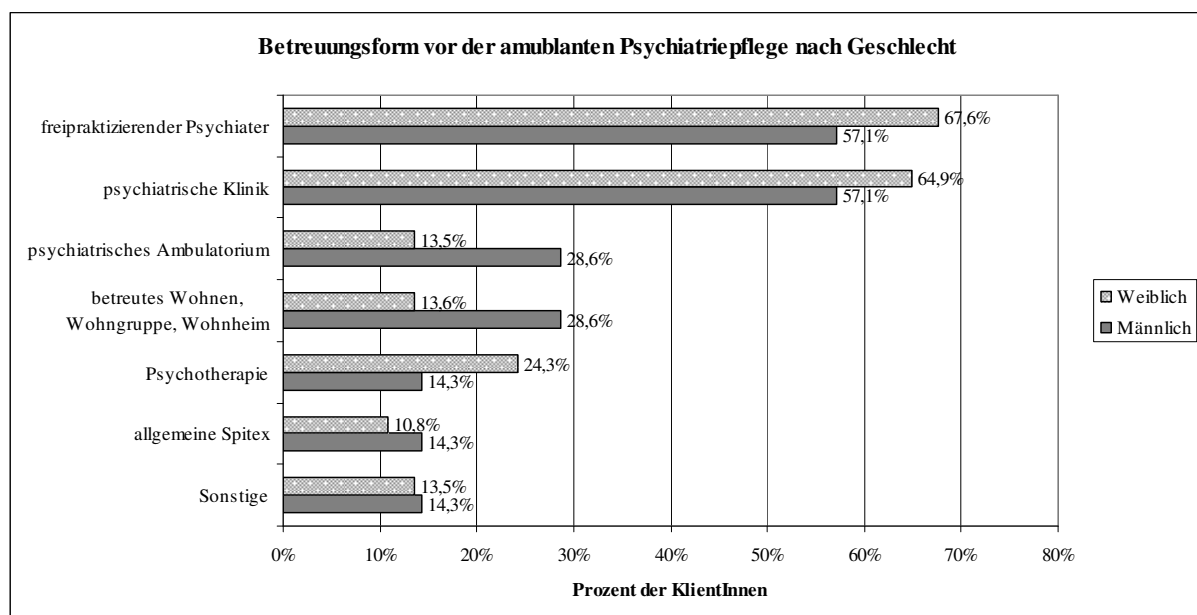


Abbildung 22: Betreuungsform vor der ambulanten psychiatrischen Pflege, N=47

6.2 Darstellungen der Werte aus dem Messinstrument HoNOS D'

Die nachfolgende Tabelle zeigt eine allgemeine Übersicht der Einschätzungen mit dem Messinstrument HoNOS-D'.

6.2.1 Gesamtübersicht der Items

Problembereich	n	Mean	Kein Problem	Leichtes Problem	Mildes Problem	Mäßiges bis schweres Problem	Schweres bis sehr schweres Problem	Unbekannt
HoNOS D'-Rating			0	1	2	3	4	9
Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	47	0.85	24 (51.1%)	20 (42.6%)	1 (2.1%)	-	-	2 (4.3%)
Absichtliche Selbstverletzung	47	1.11	26 (55.3%)	13 (27.7%)	3 (6.4%)	2 (4.3%)	—	3 (6.4%)
Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	47	0.60	38 (80.9%)	5 (10.6%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)	-	2 (4.3%)
Kognitive Probleme	47	0.74	27 (57.4%)	13 (27.7%)	5 (10.6%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)
Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	47	1.43	17 (36.2%)	8 (17.0%)	10 (21.3%)	9 (19.1%)	3 (6.4%)	3 (6.4%)
Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	47	0.72	34 (72.3%)	6 (12.8%)	5 (10.6%)	-	-	2 (4.3%)
Gedrückte Stimmung	47	2.00	5 (10.6%)	9 (19.1%)	19 (40.4%)	9 (19.1%)	5 (10.6%)	-
Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	47	2.43	4 (8.5%)	2 (4.3%)	21 (44.7%)	10 (21.3%)	10 (21.3%)	-
Probleme mit Beziehungen	47	2.13	7 (14.9%)	9 (19.1%)	14 (29.8%)	10 (21.3%)	6 (12.8%)	1 (2.1%)
Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	47	2.09	8 (17%)	10 (21.3%)	19 (40.4%)	5 (10.6%)	2 (4.3%)	3 (6.4%)
Probleme durch Wohnbedingungen	47	1.06	25 (53.2%)	12 (25.2%)	4 (8.5%)	4 (8.5%)	-	2 (4.3%)
Probleme durch Bedingungen im Beruf und Alltag	47	1.26	20 (42.6%)	15 (31.9%)	7 (14.9%)	3 (6.4%)	2 (4.3)	2 (4.3)

Tabelle 8: Gesamtübersicht der Ergebniswerte der HoNOS-D'

Item 8 „Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme „ weist mit einem Mittelwert von 2.43 durchschnittlich den höchsten Score je Item (*Individual Item Score*) auf. In 91.5% der Fälle (bei 43 Klient/innen) traten im Bewertungszeitraum andere psychische und verhaltensbezogene Probleme auf. Nur bei 8.5% (4 Personen) der Proband/innen waren keine Probleme zu vermerken. In 44.7% der Fälle (21 Personen) konnte ein Problem spezifiziert werden, dass in leichter Ausprägung vorhanden war. Bei 21.3% (10 Klient/innen) war im Beobachtungszeitraum ein mäßiges bis schweres Problem vorhanden, das bedeutet, das Problem verursacht gelegentlich einen schweren Anfall oder schweres Leiden, das mit einem Verlust der Kontrolle einhergeht. Ebenfalls bei 21.3% der Klient/innen ist ein anderes psychisches und verhaltensbezogenes schweres bis sehr schweres Problem präsent, welches die meisten Aktivitäten beherrscht.

Als schwerstes klinisches Problem innerhalb des Beurteilungszeitraums konnte bei 46.7% der Proband/innen (21 Personen) Psychische Belastung/Anspannung vermerkt werden. Bei 20% der Klient/innen (9 Personen) ist eine ausgeprägte Angst vorhanden. Bei weniger als 7% der teilnehmenden Klient/innen (weniger als 3 Personen) sind eine andere psychische und verhaltensbezogene Probleme wie Phobie, Zwangsgedanken/ -handlungen, dissoziative- und somatoforme Störungen oder Probleme hinsichtlich des Umgangs mit Essen vorhanden.

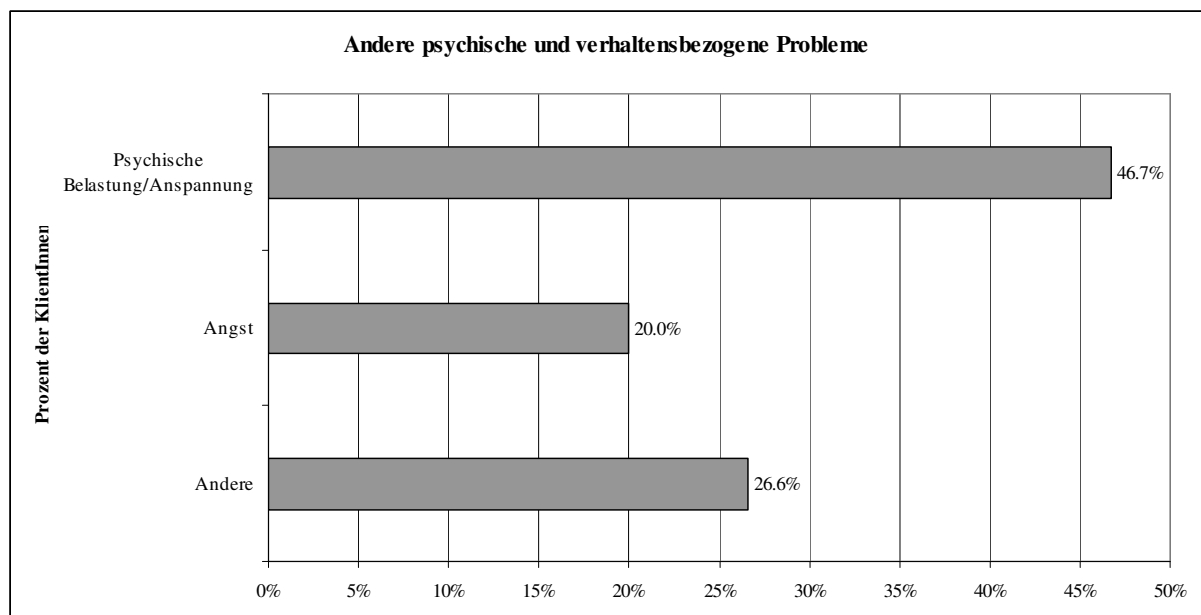


Abbildung 23: Item 8 - Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme; N=47

Item 9 „Probleme mit Beziehungen“ weist einen durchschnittlichen Individual Item Score von 2.13 auf. Bei 83% der Klient/innen (39 Personen) konnte ein Problem im Bereich „Beziehungen“ festgestellt werden. Bei 14.9% (7 Klient/innen) wurden keine Probleme mit

Beziehungen beobachtet. 29.8% der Klient/innen (14 Personen) haben ein deutliches Problem beim Aufbau oder Aufrechterhalten von Beziehungen. In 21.3% der Fälle (10 Personen) wurde eine erhöhte Problematik festgestellt, verbunden mit aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder Beziehungen, die geringe oder keine Unterstützung bilden. 12.8% (6 Klient/innen) erleben eine leidvolle soziale Isolation aufgrund der Unfähigkeit, sozial zu kommunizieren.

Items 10 „Probleme mit alltäglichen Aktivitäten“ weist einen durchschnittlichen Individual Item Score von 2.09 auf und reiht sich daher auf Platz 3 der Individual Item Scores ein. 76.6% der eingeschätzten Klient/innen (36 Personen) haben Probleme mit alltäglichen Aktivitäten. 40.4% (19 Personen) verzeichnen eine angemessene Selbstpflege, es besteht jedoch erheblicher Leistungsmangel bei komplexen Fertigkeiten wie Haushaltsplanung, Freizeitgestaltung, Einkaufen oder der Benutzung von Transportmitteln. 14.9% (7 Klient/innen) weisen ein erhebliches Problem in mehreren Bereichen der Selbstpflege auf, sind nicht in der Lage, komplexe Fertigkeiten auszuüben oder haben eine vollständige Unfähigkeit in nahezu allen Bereichen der Selbstpflege und der komplexen Fertigkeiten. Bei 17% (8 Personen) konnten keine Probleme mit alltäglichen Aktivitäten festgestellt werden.

Item 7 „Gedrückte Stimmung“ erlangt einen Individual Item Score von 2.00. 89.3% der Klient/innen (42 Personen) haben Probleme im Bereich der gedrückten Stimmung. Nur bei 10.6% (5 Personen) besteht diese Problematik nicht. Bei 40.4% aller Fälle (19 Personen) ist eine leichte, jedoch eindeutig vorhandene Depression vorhanden. 19.1% (9 Personen) leiden an einer Depression mit unangemessenen Selbstvorwürfen, einhergehend mit Schuldgefühlen. In 10.6% der Fälle (5 Klient/innen) musste eine schwere oder sehr schwere Depression mit Schuld oder Selbstanklage festgestellt werden.

Den geringsten Individual Item Score weist **Item 3** „Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum“ auf. 80.9% der eingeschätzten Personen (38 Klient/innen) verzeichnen keine Suchtproblematik.

6.2.2 Dimension Subscores

Die 12 Items der HoNOS D' können in vier Dimensionen zusammengefasst werden (siehe Abbildung 5, Punkt 3.2.2).

Folgend findet sich die Auswertung der ausgefüllten HoNOS-Skalen je Dimension. Je nach Anzahl der Items pro Dimension kann der größtmögliche Wert 8, 12 oder 16 betragen. Dabei bedeutet ein hoher Wert ein verstärktes Auftreten von Problemen, während ein tiefer Wert einer geringen Problematik gleichzusetzen ist.

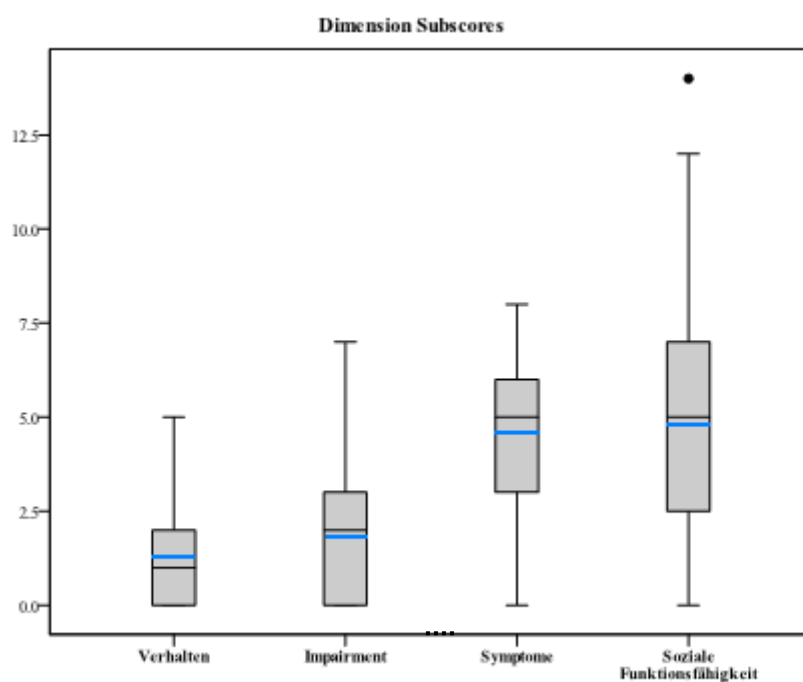


Abbildung 24: Dimension Subscores

Dimension Subscore	Mean	Median	Min-Max	1. Quartil	3. Quartil	Aus-reißer	Größt-möglicher Wert
Verhalten	1.26	1	0-5	0	2	-	12
Impairment	1.94	2	0-7	0	3	-	8
Symptome	4.77	5	0-8	3	6	-	12
Soziales	4.98	5	0-14	2	7	14	16

Der Dimension Subscore „Verhalten“ ist aus den Items 1, 2 und 3 des Instruments zusammengesetzt („Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten“, „Absichtliche Selbstverletzung“ und „Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum“). Durchschnittliche erreichte der Subscore „Verhalten“ einen Wert von 1.26 (0-5). Der Dimension Subscore „Impairment“ besteht aus den Items 4 und 5 („Kognitive Probleme“ und „Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung“). Der durchschnittliche Wert, der erreicht wurde, beträgt 1.94 (0-7). Der Dimension Subscore „Symptome“ beinhaltet die Items 6, 7 und 8 („Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen“, „Gedrückte Stimmung“ und „Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme“). Es konnte ein durchschnittlicher Score von 4.77 (0-8) errechnet werden. Der Dimension Subscore „Soziales“ besteht aus den letzten 4 Items (Item 9, 10, 11, 12; „Probleme mit Beziehungen“, „Probleme mit alltäglichen Aktivitäten“, „Probleme durch Wohnbedingungen“ und „Probleme durch Bedingungen im Beruf und Alltag“). Dieser Dimension Subscore weist einen durchschnittlichen Wert von 4.98 (0-14) auf. Als Ausreißer kann der Wert 14 identifiziert werden.

6.2.3 Gesamtscore

Die Summe aller Items ergibt den HoNOS-Gesamtscore. Der größtmögliche Wert kann maximal 48 betragen. Folgend findet sich eine grafische Darstellung in Form eines Boxplots.

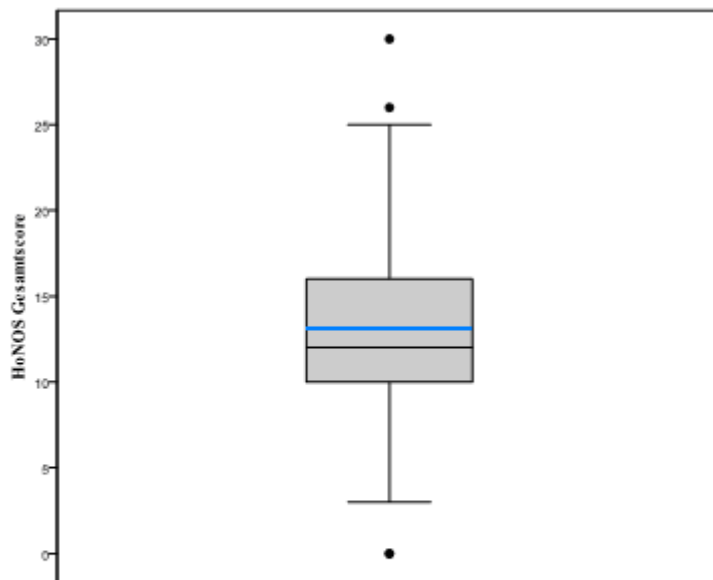


Abbildung 25: Gesamtscore

	Mean	Median	Min-Max	1. Quartil	3. Quartil	Ausreißer	Größtmöglicher Wert
HoNOS Gesamtscore	12.94	12	0-30	10	16	0, 25, 25, 30	48

Insgesamt lässt sich ein HoNOS-Gesamtscore (N=47) von durchschnittlich 12.94 errechnen. Der geringste Gesamtscore weist einen Wert von 0, der höchste erreichte Gesamtscore weist einen Wert von 30 auf. Als Ausreißer können die Werte 0, 25, 25 und 30 deklariert werden.

6.2.4 Items mit sehr hoher Problemrate ($\geq 90\%$)

Im Bereich „Andere psychische und verhaltesbezogene Probleme“ (Item 8) ist die höchste Problemrate zu vermerken. Nur gerade 4 Klient/innen (8.5%) weisen keine Probleme auf, das bedeutet 91.5% scheinen in diesem Bereich Probleme zu haben (HoNOS-Score ≥ 1). 10 Personen leiden unter einem schweren bis sehr schweren Problem, welches die meisten

Aktivitäten beherrscht. Um welche spezifischen Problembereiche es sich handelt, kann dem Punkt 6.2.1 entnommen werden.

6.2.5 Items mit hoher Problemrate (80-90%)

Die beiden Items „Gedrückte Stimmung“ (Item 7) und „Probleme mit Beziehungen“ (Item 9) verzeichnen eine hohe Problemrate. Bei 89.3% der Studienteilnehmer/innen (42 Personen) musste ein Problem im Bereich der gedrückten Stimmung festgestellt werden. Nur 5 Klient/innen (10.6%) hatten keine Probleme im Zusammenhang mit gedrückter Stimmung. Auch im Bereich Beziehungen liegt bei den 47 eingeschätzten Klient/innen eine hohe Problemintensität vor. 83% (39 Personen) leiden unter Problemen im Umgang mit Beziehungen. 14.9% der Klient/innen sind von dieser Problematik nicht betroffen.

6.2.6 Items mit erhöhter Problemrate (50-80%)

Vermehrte Probleme bestehen mit alltäglichen Aktivitäten (Item 10), mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung (Item 5) und durch Bedingungen im Beruf und Alltag (Item 12).

In 76.6% der untersuchten Fälle (36 Klient/innen) entstehen Probleme durch alltägliche Aktivitäten. Die Klient/innen haben ein erhebliches Problem im Bereich der Selbstpflege oder im Umgang mit komplexen Fertigkeiten. Nur 8 Klient/innen sind von dieser Problematik nicht betroffen. 63.8% (30 Personen) leiden an körperlichen Erkrankungen oder Behinderungen. 36.2% der Proband/innen haben keine Probleme in diesem Zusammenhang. 21.3% der Klient/innen leiden unter einer körperlichen Erkrankung, welche die Mobilität und die Aktivität leicht einschränkt. 19.1% der Klient/innen sind mittelgradig von einer Aktivitätseinschränkung betroffen. Bei 6.4% verursacht die körperliche Erkrankung schwere oder vollständige Funktionsunfähigkeit.

57.4% der Klient/innen (27 Personen) haben Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag. 31.9% haben ein geringfügiges Problem, welches aus Zeitgründen entsteht. 4.3% leiden an einem schweren Problem, welche durch einen Mangel an Gelegenheiten für Tagesaktivitäten entsteht. 42.6% der Klient/innen sind von dieser Problematik nicht betroffen.

6.2.7 Items mit der tiefsten Problemrate ($\leq 50\%$)

Die tiefsten Problemanteile wurden in den Bereichen „Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten“, „Probleme durch Wohnbedingungen“, „Kognitive Probleme“, „Absichtliche Selbstverletzung“, „Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen“ und „Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum“ festgestellt. Aggressives, agitiertes Verhalten weisen weniger als die Hälfte der Klient/innen auf (44.7%). 95.2% davon leiden jedoch nur an einem geringfügigen Problem, welches keiner Intervention bedarf. Nur 1 Person leidet an ausgeprägter Hyperaktivität oder Agitiertheit.

Bei 42.6% der Klient/innen entstehen Probleme durch Wohnbedingungen. Mehr als die Hälfte (53.2%) haben jedoch kein Problem in diesem Bereich. Etwa ein Viertel der Klient/innen haben geringfügige Probleme, die jedoch keiner Intervention bedürfen.

Ebenfalls Bei 42.6% der Klient/innen (20 Personen) konnten Probleme im Zusammenhang mit kognitiver Beeinträchtigung vermerkt werden. 27.7% haben ein geringfügiges Problem wie das gelegentliche Vergessen eines Namens. Mehr als die Hälfte der Klient/innen (87.4%) haben kein Problem im Bereich der Kognition.

38.2% der Klient/innen (18 Personen) verzeichnen Probleme im Bereich der absichtlichen Selbstverletzung bzw. der Suizidgefährdung. 27.7% haben flüchtige Gedanken, alles zu beenden, während des Bewertungszeitraums besteht allerdings ein geringes Risiko. Mehr als die Hälfte der Klient/innen (55.3%) weisen keine Probleme in dem oben genannten Problembereich auf.

Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen sind bei 23.4% der Klient/innen (11 Personen) im Bewertungszeitraum festgestellt worden. Allerdings ist die Problemintensität sehr tief. Bei 10.6% sind Wahnvorstellungen oder Halluzinationen präsent, es besteht jedoch geringes Leiden für die Klient/innen. 72.3% sind von diesem Problem nicht betroffen.

Weniger als 15% der Personen leiden an einer Suchtproblematik. Mehr als 80% der Klient/innen sind von dieser Problematik nicht betroffen. 1 Person ist abhängig von Alkohol oder Drogen und verliert häufig die Kontrolle.

6.2.8 Aufzeigen der eindeutig schweren Probleme

Der Anteil von Klient/innen mit mindestens einem schweren Problem liegt in der vorliegenden Untersuchung bei 93,6%. 44 der 47 untersuchten Klient/innen leiden an mindestens einem schweren Problem. Nur bei 3 der teilnehmenden Klient/innen konnte im Beobachtungszeitraum kein schwerwiegendes Problem festgestellt werden. 87,2% leiden an mindestens 2 Problembereichen, welche eine Intervention verlangen. 78,7% sind von 3 oder mehr HoNOS-Problembereichen in einem schweren Ausmaß betroffen. Bei knapp 60% der Klient/innen liegt in 4 Bereichen eine Problematik vor. Eine Person ist verzeichnet in 9 der 12 Problembereiche eine hohe Problematik.

Folgende Grafik stellt die Anzahl der schweren Problembereiche pro Klient/in dar:

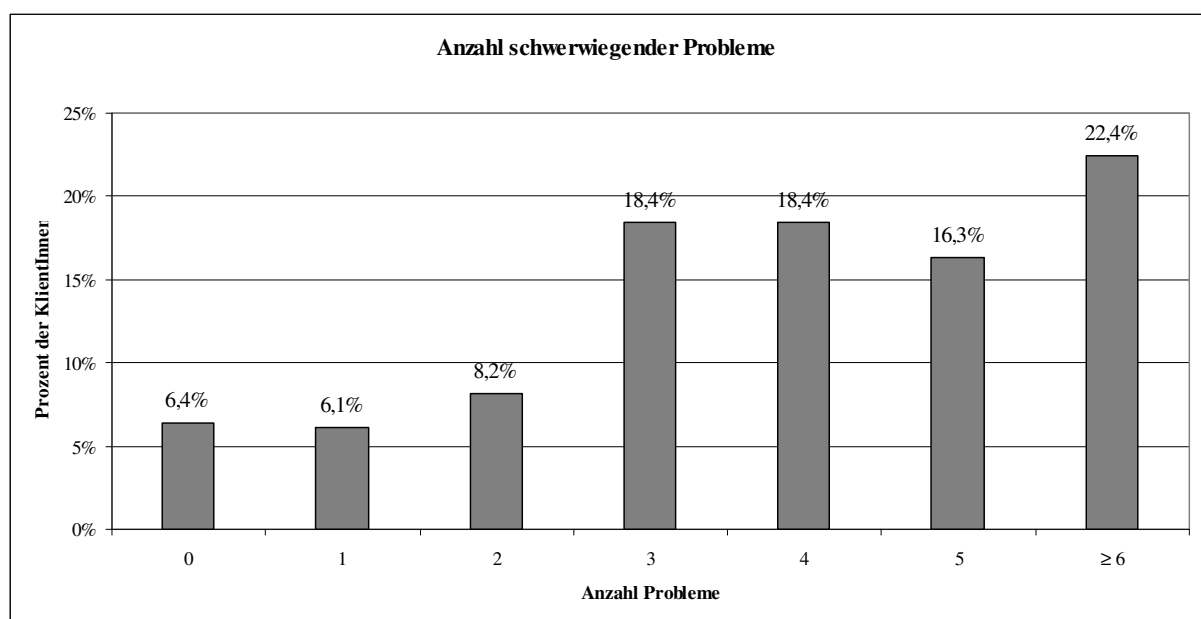


Abbildung 26: Anzahl schwerwiegender Probleme je Klient/in

In der nachstehenden Tabelle ist ersichtlich, in welchem HoNOS-Problembereich häufig schwere Probleme auftreten:

Problembereich	N	Ja¹	Nein²
1. Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	47	1 (2.1%)	44 (93.6%)
2. Absichtliche Selbstverletzung	47	5 (10.6%)	39 (83%)
3. Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum	47	2 (4.3%)	43 (91.5%)
4. Kognitive Probleme	47	7 (14.9%)	40 (85.1%)
5. Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	47	22 (46.8%)	25 (53.2%)
6. Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	47	5 (10.6%)	40 (85.1%)
7. Gedrückte Stimmung	47	33 (70.2%)	14 (29.8%)
8. Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	47	41 (87.2%)	6 (12.8%)
9. Probleme mit Beziehungen	47	30 (63.8%)	16 (34%)
10. Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	47	26 (55.3%)	18 (38.2%)
11. Probleme durch Wohnbedingungen	47	8 (17%)	37 (78.7%)
12. Probleme durch Bedingungen im Beruf und Alltag	47	12 (25.5%)	35 (74.5%)

1 Ein eindeutig schweres Problem liegt vor, Intervention erforderlich (HoNOS-Score ≥ 2)

2 Kein oder ein leichtes Problem liegt vor, es bedarf jedoch keiner Intervention (HoNOS-Score ≤ 1)

Tabelle 9: Eindeutig schwere Probleme

Bei den eingeschätzten Klient/innen wurden bei mehr als 80% der Klient/innen (87.2% - 41 Personen) schwerwiegende Probleme im Bereich „Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme“ vermerkt. Bei 70.2% der untersuchten Fälle (33 Klient/innen) wurden schwere Probleme im Bereich der „Gedrückten Stimmung“ verzeichnet. Bei über 60% der Klient/innen (63.8% - 30 Personen) konnten schwerwiegende Probleme im Bereich „Beziehungen“ festgestellt werden. Bei mehr als der Hälfte der Proband/innen (55.3% - 26 Personen) sind im Bewertungszeitraum „Probleme mit alltäglichen Aktivitäten“, ausgeprägt vorhanden. „Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung“ sind bei weniger als der Hälfte der Klient/innen (46.8% - 22 Personen) schwerwiegend. Rund ein Viertel der Klient/innen (25.5% - 12 Personen) haben eindeutig schwerwiegende Probleme durch „Bedingungen im Beruf und Alltag“. Weniger als ein Viertel der Klient/innen haben schwere

Probleme im Bereich der „Wohnbedingungen“, „im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen“, mit „Kognitiven Probleme“, mit „Alkohol- oder Drogenkonsum“, und mit „absichtlicher Selbstverletzung“. Nur eine Person (2.1%) hat ein schwerwiegendes Problem durch „aggressives oder agitiertes Verhalten“. Folgende Abbildung stellt diejenigen psychiatrischen Problembereiche dar, von denen mehr als ein Viertel der Klient/innen betroffen sind:

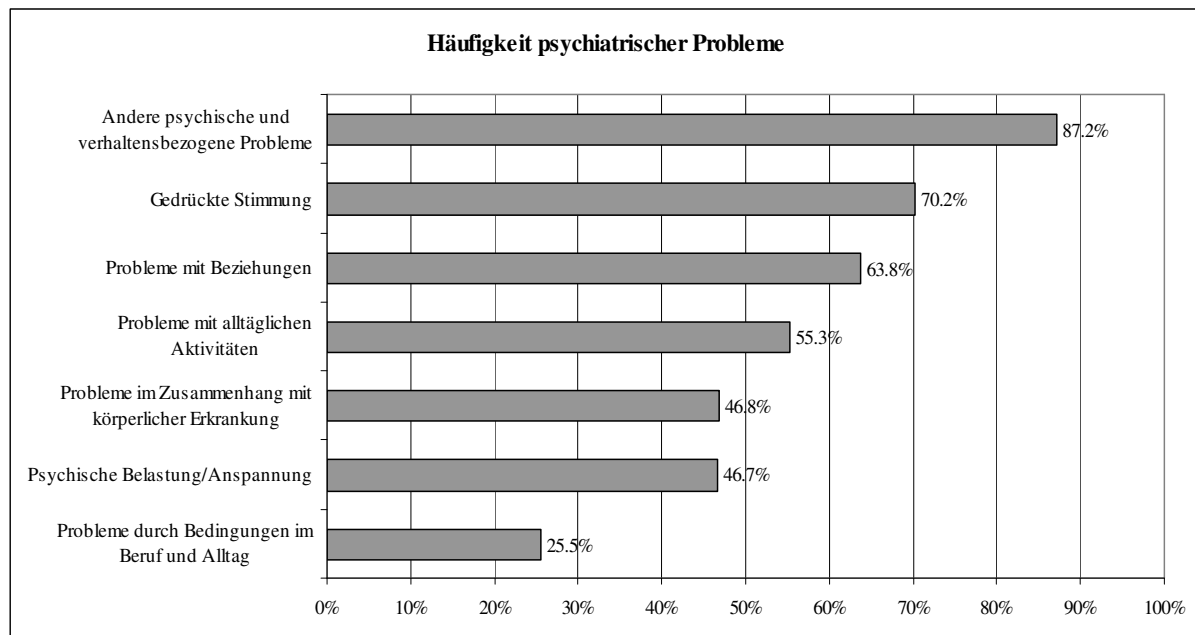


Abbildung 27: Häufigkeit schwerwiegender psychiatrischer Probleme je Item

6.3 Eindeutig schwere Problemen und Klient/innenmerkmale

6.3.1 Geschlecht

Geschlecht	Frauen	Männer
Problemereich		
Aggression/Verhalten	0	1 (12.5%)
Selbstverletzung	5 (12.8%)	0
Alkohol- oder Drogenkonsum	2 (5.2)	0
Kognitive Probleme	6 (15.4%)	0
Körperliche Beeinträchtigung	21 (53.8%)	1 (12.5%)
Halluzination/ Wahnvorstellungen	4 (10.3%)	1 (2.5%)
Gedrückte Stimmung	29 (74.4%)	4 (50%)
Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	35 (89.7%)	6 (75%)
Beziehungen	25 (64.1%)	5 (62.5%)
Alltägliche Aktivitäten	23 (58.9%)	3 (37.5%)
Wohnbedingungen	7 (18%)	3 (37.5%)
Bedingungen im Beruf und Alltag	9 (23.1%)	1 (12.5%)

Tabelle 10: Eindeutig schwere Probleme nach Geschlecht

Bei keiner einzigen Frau konnten schwerwiegende Probleme im Bereiche des aggressiven oder agitierten Verhaltens ausgemacht werden, während bei einem Mann (12.5%) eine solche Problematik vermerkt wurde. In den Bereichen „Absichtliche Selbstverletzung“, „Alkohol- oder Drogenkonsum“ und „Kognitive Probleme“ zeigte sich ein anteilmäßiges Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern. Es war im Bewertungszeitraum kein einziger Mann von einem dieser Problembereiche schwerwiegend betroffen. 12.8% aller Frauen hatten schwere Probleme hinsichtlich der Selbstverletzung bzw. der Suizidalität. Bei 5.2% der Klientinnen zeigte sich eine schwerwiegende Problematik im Bereich des Alkohol- oder Drogenkonsums. 15.4% der Frauen waren von eindeutig schweren kognitiven Problemen betroffen. Ein anteilmäßiges Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern zeigt sich ebenfalls bei Problemen im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung. 53.8% aller teilnehmenden Frauen bedürfen in diesem Bereich in Intervention. Diese Problematik konnte bei nur bei 12.5% der Männer vermerkt werden. Auch gegensätzlich zeigte sich der Problemereich Halluzinationen und Wahnvorstellungen. 10.3% der Klientinnen waren im Beobachtungszeitraum eindeutig von Halluzinationen und Wahnvorstellungen betroffen, diese Problematik konnte nur bei 2.5% aller Männer aufgedeckt werden. Auch im Bereich der gedrückten Stimmung konnte ein großer Gegensatz

zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. 74.4% aller teilnehmenden Frauen hatten eine eindeutig vorhandene Depression, wohingegen nur die Hälfte der Männer mit einer solchen Problematik konfrontiert war. Annähernd ausgewogen war die schwerwiegende Problematik bei anderen psychischen und verhaltensbezogenen Problemen. 89.7% aller Frauen hatten ein anderes Problem, welches zumindest in leichter Ausprägung vorhanden war und eine Intervention verlangte. Bei 75% der Männer war ein weiteres psychisches Problem vorhanden.

Die Analyse des Items 8 „Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme“ nach Geschlecht zeigte, dass bei den weiblichen als auch bei den männlichen Studienteilnehmern im Bewertungszeitraum psychische Anspannung am häufigsten präsent war (41% der Frauen, 62.5% der Männer). Bei 23.1% der Klientinnen war „Angst“ im Vordergrund, wohingegen diese Problematik bei den Klienten nicht festgestellt werden konnte. 7.7% der weiblichen Fälle haben ein Problem im Bereich „Essen“. Dieses Problem wurde bei den Männern ebenfalls nicht vermerkt. Bei 5.2% der Klientinnen wurden andere Probleme wie Leere/Antriebslosigkeit und soziale Phobie genannt. Bei 12.5 % der männlichen Teilnehmer wurde ein anderes Problem spezifiziert, nämlich „Identitätsfindung“. Bei 25% wurde kein spezifisches Problem angegeben.

Im Bereich „Probleme mit Beziehungen“ war der Unterschiede zwischen den Geschlechtern gering. Bei 64.1% der Klientinnen konnten schwerwiegende Probleme mit Beziehungen aufgezeigt werden. Auch bei den Männern konnte in 62.5% aller Fälle eine Problematik verzeichnet werden. Gegensätzlich verhielt es sich bei den alltäglichen Aktivitäten. 58.9% aller Frauen waren von schweren Problemen in diesem Bereich betroffen, während hingegen nur 37.5% der Männer Probleme mit alltäglichen Aktivitäten aufweisen. Ein eindeutiger Unterschied zwischen den Geschlechtern zeigte sich auch im Problembereich „Wohnbedingungen“. Männliche Studienteilnehmer waren etwa 2-mal so häufig (37.5%) von dieser Problematik betroffen wie Frauen (18%). Eine schwerwiegende Problematik zeigte sich vermehrt bei Frauen als bei Männern im Bereich der „Bedingungen im Beruf und Alltag“. 23.1% der Frauen bedürfen in diesem Bereich einer Intervention, während dies nur bei 12.5% der Männer der Fall ist.

Folgende Darstellung zeigt die eindeutig vorhandenen schweren Probleme nach Geschlecht:

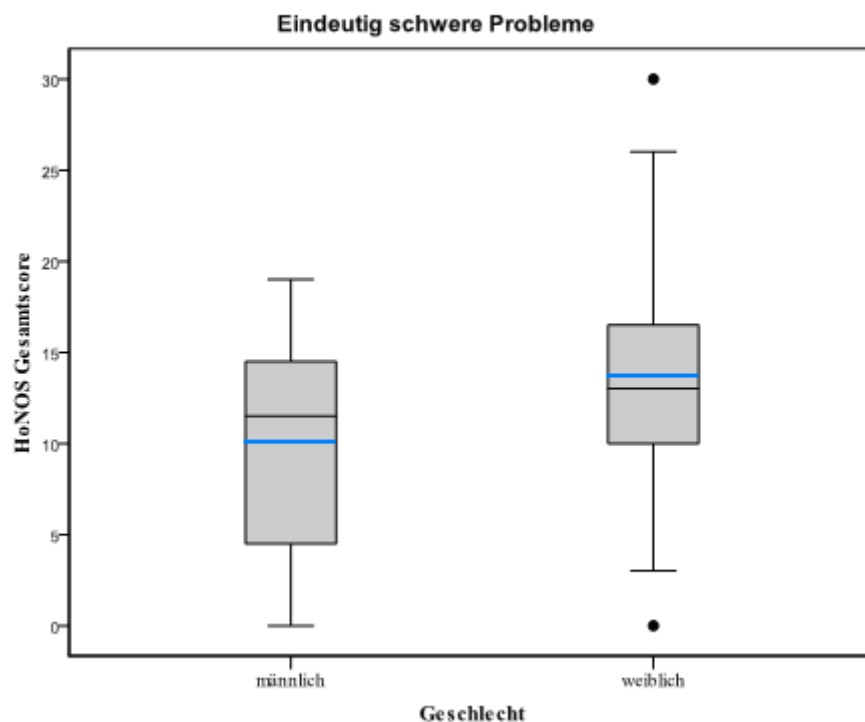


Abbildung 28: Eindeutig schwere Probleme (HoNOS-Gesamtsumme) nach Geschlecht

Geschlecht	Mean	Median	Min-Max	1. Quartil	3. Quartil	Ausreißer	Größt-möglicher Wert
Männer	10	11.5	0-19	3.75	14.75	-	48
Frauen	13.54	13	0-30	10	17	0, 30	48

Betrachtet man den HoNOS-Gesamtscore nach Geschlecht, so zeigt sich, dass die Gruppe der Frauen durchschnittlich einen höheren Gesamtscore aufweist (13.54). Der geringste Gesamtscore zeigt einen Wert von 0, während der höchste Gesamtscore bei den Klientinnen 30 beträgt. Als Ausreißer gelten die Werte 0 und 30.

Bei den Männern kann ein durchschnittlicher HoNOS-Gesamtscore von 10 errechnet werden. Der geringste Gesamtscore beträgt wie den Frauen 0, die höchste Gesamtsumme beträgt 19. Dieser Wert liegt deutlich unter dem der weiblichen Studienteilnehmerinnen.

Die Auswertung zeigt keinen signifikanten Unterschied in der Summe der HoNOS-Bewertungen zwischen Männern und Frauen (Mann-Whitney U-Test: $p = 0.267$).

6.3.2 Alter

Alterskategorie	unter 40 Jahre	40-55 Jahre	über 55 Jahre
Problembereich			
Aggression/Verhalten	1 (9.1%)	0	0
Selbstverletzung	1 (9.1%)	4 (16.7%)	0
Alkohol- oder Drogenkonsum	1 (9.1%)	1 (4.2%)	0
Kognitive Probleme	0	4 (16.7%)	2 (14.3%)
Körperliche Beeinträchtigung	3 (27.3%)	11 (45.8%)	8 (57.2%)
Halluzinationen/ Wahnvorstellungen	0	4 (16.7%)	1 (7.1%)
Gedrückte Stimmung	9 (81.9%)	17 (70.8%)	7 (50%)
Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	11 (100%)	21 (87.5%)	9 (62.2%)
Beziehungen	7 (53.7%)	16 (66.7%)	7 (50%)
alltägliche Aktivitäten	7 (53.7%)	15 (62.5%)	4 (28.6%)
Wohnbedingungen	1 (9.1%)	5 (20.9%)	2 (14.3%)
Bedingungen im Beruf und Alltag	3 (27.3%)	6 (25%)	1 (7.1%)

Tabelle 11: Eindeutig schwere Probleme nach Alterskategorien

Im Bereich Aggression/Verhalten ist nur bei Klient/innen unter 40 Jahren ein schwerwiegendes Problem festzustellen (9.1%). Im Zusammenhang mit absichtlicher Selbstverletzung und Suizidalität ist die Gruppe der unter 40-Jährigen und die Gruppe der 40 bis 55-Jährigen am stärksten von schwerwiegenden Problemen betroffen (9.1% bzw. 16.7%). Im Bereich Alkohol- und Drogenkonsum sind je 2 Personen unter dem 55. Lebensjahr von einer schweren Problematik betroffen (9.1% bzw. 16.7%). Personen über 55 Jahre sind von den ersten 3 Problembereichen entweder nur geringfügig oder überhaupt nicht betroffen (es bedarf keinen Interventionen). Die höchste Problemrate im Bereich der Kognition zeigt sich bei den 40 bis 55-Jährigen (16.7%). Bei den unter 40-Jährigen konnte diese Problematik nicht beobachtet werden. Nur 14.3% der Personen über 55 Jahre sind schwerwiegend kognitiv beeinträchtigt. Im Bereich der körperlichen Beeinträchtigung sind bei den Klient/innen über 55 Jahre die schwersten Probleme zu verzeichnen (57.2%). 45.8% der 40 bis 55-Jährigen zeigten im Beobachtungszeitraum eine körperliche Erkrankung oder Behinderung. Deutlich geringer ist der Problemanteil bei den unter 40-Jährigen (27.3%). Von Halluzinationen und Wahnvorstellungen ist niemand der unter 40-Jährigen Klient/innen betroffen. Der höchste Anteil an Problemen besteht in diesem Bereiche in der Gruppe der 40 bis 55-Jährigen (16.7%). Nur bei einer Person über 55 Jahre ist eine schwerwiegende Problematik hinsichtlich Halluzinationen festzustellen. Der Anteil an schwerwiegenden Problemen mit Depressionen zeigt sich in allen 3 Alterskategorien hoch. Der höchste Anteil ist jedoch in der Gruppe der

jüngsten Studienteilnehmer/innen zu vermerken (81.9%). 70.8% der 40 bis 55-Jährigen leiden ebenfalls unter einer Depression. Im Vergleich zu den anderen Altersgruppen ist die Depression bei den über 55-Jährigen in einem geringeren Ausmaß vorhanden: Jede zweite Klient/in über 55 Jahre leidet an einer Depression. Ein ähnliches Muster zeigt sich im Bereich der anderen psychischen und verhaltensbezogenen Problemen. Bei allen eingeschätzten Personen unter dem 40. Lebensjahr (100%) wurden eindeutige schwere andere psychische Probleme festgestellt. 87.5% der Personen zwischen 40 und 55 Jahren leiden an einem anderen Problem, welches einer Intervention bedarf. Bei den über 55-Jährigen ist der Anteil geringer, 62.2% sind von einem schweren anderen psychischen oder verhaltensbezogenen Problem betroffen. Im Bereich „Probleme mit Beziehungen“ stellt die Gruppe der 40 bis 55-Jährigen den größten Anteil an schweren Problemen dar. Bei den unter 40-Jährigen als auch bei den über 55-Jährigen sind nur geringe Unterschiede zu vermerken (53.7%, 50%). Bei den alltäglichen Aktivitäten sind 62.5% der Klient/innen zwischen 40 und 55 Jahre von einem schwerwiegenden Problem betroffen. Etwas geringer zeigt sich der Anteil der unter 40-Jährigen (53.7%). Bei Personen über dem 55. Lebensjahr ist nur knapp jeder Dritte von dieser Problematik betroffen (28.6%). Im Zusammenhang mit Wohnbedingungen liegt die höchste Problemrate bei den 40 bis 55-Jährigen Klient/innen (20.9%). Der tiefste Wert wurde in der Altersklasse der unter 40-Jährigen beobachtet (9.1%). 14.3% der Proband/innen über 55 Jahre haben schwerwiegende Probleme durch ihre Wohnbedingungen. Im Problembereich „Bedingungen durch Beruf und Alltag“ sind 25% der 40 bis 55-Jährigen und 27.3% der unter 40-Jährigen von einem schweren Problem betroffen. Ein geringerer Anteil an Problemen, welche eine Intervention verlangen, verzeichnet die Altersgruppe der Klient/innen über dem 55. Lebensjahr.

Folgende Darstellung zeigt die eindeutig vorhandenen schweren Probleme nach den Alterskategorien:

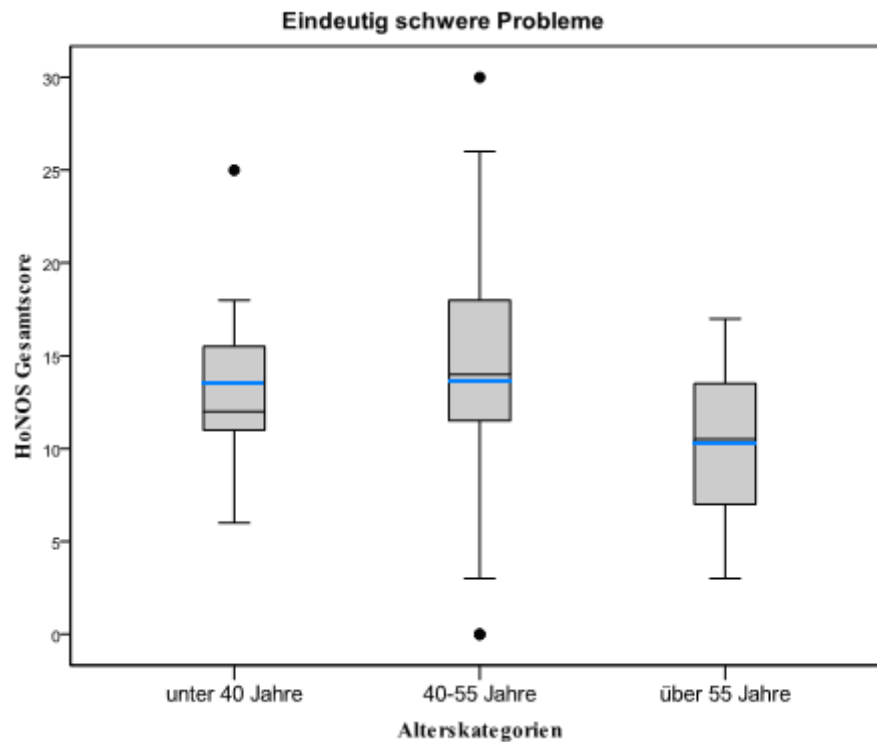


Abbildung 29: Eindeutig schwere Probleme nach Alterskategorien

Alters- kategorien	Mean	Median	Min-Max	1. Perzentil	3. Perzentil	Aus- reißer	Größt- möglicher Wert
unter 40 Jahre	13.45	12	6-25	10	16	25	48
40-55 Jahre	13.92	14	0-30	11.25	18.50	0, 0, 30	48
Über 55 Jahre	10.5	10.5	3-17	6.5	13.75	-	48

Betrachtet man den HoNOS-Gesamtscore nach Alterskategorien, so zeigt sich, dass die Gruppe der 40 bis 55-Jährigen durchschnittlich den höchsten Gesamtscore aufweist (13.92). Bei der Kategorie „unter 40 Jahre“ lässt sich eine höhere durchschnittliche Gesamtsumme errechnen (13.45) als bei der Kategorie „über 55 Jahre“ (10.50).

Unter den Klient/innen zwischen dem 40. und 55. Lebensjahr befindet sich eine Person, welche die höchste Gesamtsumme aufweist, nämlich den Wert 30. Ebenfalls in dieser Alterskategorie ist der geringste HoNOS-Gesamtscore festzustellen, nämlich der Wert 0. Bei Klient/innen unter dem 40. Lebensjahr lässt sich 1 Ausreißer feststellen, nämlich der Wert 25. Zwischen den 40 und 55-Jährigen sind die Ausreißer 0, 0 und 30 vorhanden.

Die Auswertung zeigt keinen signifikanten Unterschied in der Summe der HoNOS-Bewertungen zwischen den Alterskategorien (H-Test nach Kruskal und Wallis, $p = 0.231$).

6.3.3 Psychiatrische Hauptdiagnosen

Die Analyse der psychiatrischen Hauptdiagnosen bezieht sich auf diejenigen Diagnosen, welche bei mehr als 10% der Klient/innen diagnostiziert wurden. Die Hauptdiagnosen F00-F09, F10-F19, F90-F98 werden unter der Rubrik „Andere“ zusammengefasst.

Hauptdiagnose	F20–F29	F30–F37	F40–F49 F60–F69	Andere
Problembereiche				
Aggression/Verhalten	1 (12.5%)	0	0	0
Selbstverletzung	0	1 (7.1%)	2 (20%)	0
Alkohol- oder Drogenkonsum	1 (12.5%)	1 (7.1%)	0	0
Kognitive Probleme	0	2 (14.3%)	1 (10%)	3 (23.1%)
Körperliche Beeinträchtigung	4 (50%)	6 (42.8%)	6 (60%)	6 (46.2%)
Halluzinationen und Wahnvorstellungen	3 (37.5%)	2 (14.3%)	0	0
Gedrückte Stimmung	3 (37.5%)	13 (92.8%)	8 (80%)	9 (69.3%)
Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	6 (75%)	13 (92.9%)	10 (100%)	12 (82.3%)
Beziehungen	5 (62.5%)	8 (57.1%)	10 (100%)	7 (43.9%)
alltägliche Aktivitäten	6 (75%)	6 (42.9%)	7 (70%)	7 (53.9%)
Wohnbedingungen	2 (25%)	0	4 (40%)	2 (15.4%)
Bedingungen im Beruf und Alltag	2 (25%)	3 (21.4%)	5 (50%)	0

Tabelle 12: Eindeutig schwere Probleme nach psychiatrischer Hauptdiagnose

Im Bereich aggressives oder agitiertes Verhalten zeigten Klient/innen mit der Hauptdiagnose Schizophrenie schwerwiegende Probleme (12.5%). Klient/innen aus den 3 restlichen Diagnosegruppen sind von dieser Problematik nicht betroffen. Probleme mit der absichtlichen Selbstverletzung oder Suizidgefährdung verzeichnen nur Proband/innen aus den Diagnosekategorien „F30-F37“ und F40-F49/F60-F69 (7.1% bzw. 20%). Klient/innen mit Schizophrenie sind von absichtlicher Selbstverletzung nicht schwerwiegend betroffen. Je eine Person mit der Hauptdiagnose Schizophrenie (12.5%) und je eine Person mit einer affektiven Störung (7.1%) verzeichnet einen problematischen Alkohol- oder Drogenkonsum. Keine Probleme diesbezüglich zeigen Klient/innen mit Neurotischen- oder Persönlichkeitsstörungen und mit Störungen aus der Diagnosekategorie „Andere“. Kognitive Probleme, welche eine Intervention verlangen bestehen bei keinem Klienten/keiner Klientin mit Schizophrenie. Von kognitiver Beeinträchtigung am häufigsten betroffen waren Klient/innen aus der Kategorie „Andere“ (23.1%). Bei 2 Personen mit einer Depression sind kognitive Probleme ausgeprägt. Den höchsten Anteil im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen zeigen Personen, bei denen Neurotische- oder Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurden. Jeder zweite Klient/jede zweite Klientin mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis verzeichnet in diesem Bereich schwerwiegende Probleme. Sehr geringe Unterschiede gibt es anteilmäßig bei den affektiven und den „anderen“ Störungen (42.8%, 43.22%). Mehr als ein Drittel der Klient/innen mit Schizophrenie vermerken Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen (37.5%). Bei 14.3% der Personen mit einer Depression ist diese Problematik ebenso erkennbar. Aus den beiden anderen Diagnosekategorien gibt es keine Klient/innen mit einer solchen Problematik. 92.8% der Personen, bei denen eine Depression vorhanden ist, hatten im Bewertungszeitraum ein schwerwiegendes Problem mit gedrückter Stimmung. 80% der Klient/innen mit Neurotischen- und Persönlichkeitsstörungen und 70% der Gruppe „Andere“ sind ebenfalls von gedrückter Stimmung betroffen. Personen mit einer Schizophrenie, oder schizotypen und wahnhaften Störungen weisen zu 37.5% eine (leichte bis schwere) Depression auf. Alle Klient/innen mit Neurotischen- oder Persönlichkeitsstörungen leiden an anderen psychischen und verhaltensbezogenen Problemen. Über 90% der Personen mit einer affektiven Störung (92.9%) sind ebenfalls von einem anderen Problem betroffen. Aus der Diagnosekategorie „Andere“ sind 82.3% von einem anderen spezifischen psychiatrischen Problem betroffen. Bei Klient/innen mit einer Schizophrenie sind 75% von einem anderen psychischen Problem betroffen. Die höchste Problemrate im Bereich „Beziehungen“ zeigten Klient/innen mit Neurotischen- oder Persönlichkeitsstörungen (100%). 62.5% der Personen, bei denen eine

Schizophrenie diagnostiziert wurde, leiden ebenfalls an Problemen mit Beziehungen. Bei Personen mit affektiven Störungen konnte eine Problemrate von 57.1% festgestellt werden. 43.9% aus der Kategorie „Andere“ hatten ebenfalls schwere Probleme in diesem Bereich. Etwa drei Viertel der Personen mit Schizophrenie und mit Neurotischen – oder Persönlichkeitsstörungen (75%, 70%) weisen schwere Probleme im Bezug auf alltägliche Aktivitäten auf. Die weiteren Diagnosekategorien zeigen hinsichtlich dieser Problematik folgende Werte: 53.9% aus der Gruppe „Andere“, 42.9% aus der Gruppe der „affektiven Störungen“. Die höchste Rate hinsichtlich der Probleme durch Wohnbedingungen erreichten Personen, welche an einer Depression leiden (40%). 25% der Klient/innen mit Schizophrenie haben ebenfalls ein Problem, welches durch ungünstige Wohnbedingungen entstanden ist. Die Diagnosekategorie „Andere“ verzeichnet in diesem Problembereich einen Wert von 15.4%. Niemand aus der Gruppe der affektiven Störungen konnte in diesem Bereich ein Problem vermerken. Je die Hälfte der Klient/innen mit einer Neurotischen- oder Persönlichkeitsstörung verzeichnen durch Bedingungen im Beruf und im Alltag schwere Probleme. Etwa ein Viertel der Personen mit einer schizophrenen Erkrankung und 21.4% der Personen mit einer Depression leiden ebenfalls an diesem Problem. Aus der Diagnosekategorie „Andere“ ist niemand von dieser Problematik betroffen.

Folgende Darstellung zeigt die eindeutig vorhandenen schweren Probleme nach den Diagnosekategorien:

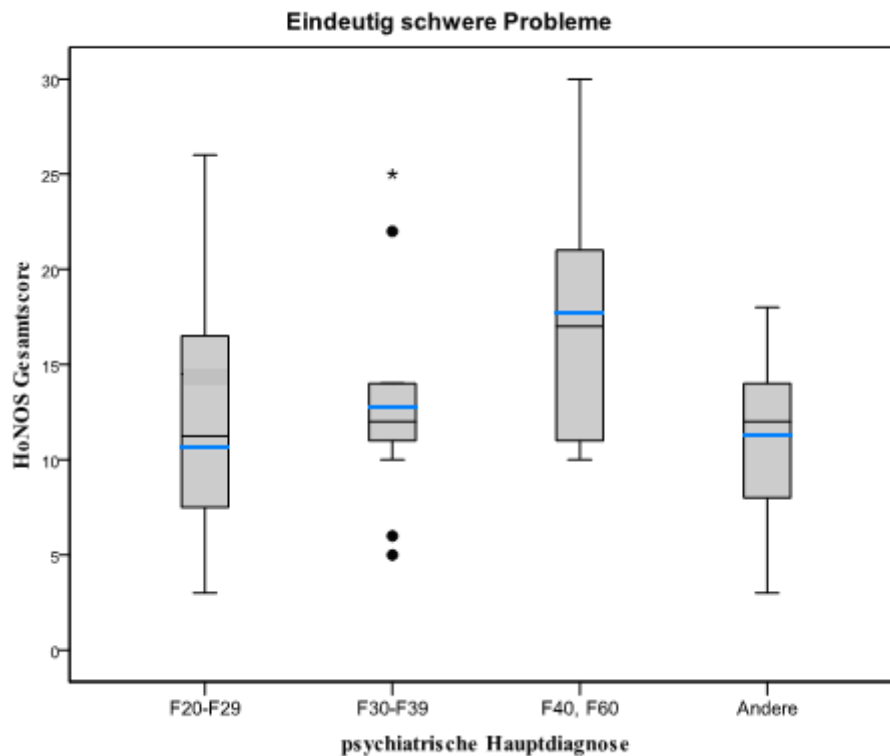


Abbildung 30: Eindeutig schwere Probleme nach Diagnosekategorien

Diagnosekategorien	Mean	Median	Min-Max	1. Quartil	3. Quartil	Ausreißer	Größtmöglicher Wert
F20-F29	10.60	11	0-26	2.25	16.25	-	48
F30-F39	13	12	5-25	10.75	14	5, 6, 22, 25	48
F40-F49, F60-F69	17.40	17	10-30	10.75	22	-	48
Andere	11.23	12	3-18	7	14	-	48

Betrachtet man den HoNOS-Gesamtscore nach Diagnosekategorien, zeigt sich, dass Personen mit Neurotischen- oder Persönlichkeitsstörungen durchschnittlich den höchsten HoNOS-Gesamtscore aufweisen (17.40). Klient/innen, bei denen affektive Störungen diagnostiziert wurden, vermerken einen Gesamtscore von durchschnittlich 13. Geringe Unterschiede im durchschnittlichen Gesamtscore sind bei Personen mit einer Schizophrenie und bei Personen

aus der Kategorie „Andere“ feststellbar (10.60; 11.23). Ausreißer sind in der Gruppe „F30-F39“ zu finden: 5, 6, 22 und 25.

Die Auswertung zeigt keinen signifikanten Unterschied in der Summe der HoNOS-Bewertungen und den Diagnosekategorien (H-Test nach Kruskal & Wallis, $p=0.201$).

7 DISKUSSION

7.1 Diskussion der Ergebnisse

Mit der Studie wurden 13.6% der ambulant versorgten Klient/innen (47 Personen) hinsichtlich psychiatrischer Probleme im Kanton Bern erfasst. Aufgrund der Prinzipien, welche in der Stichprobe berücksichtigt werden mussten (siehe 5.1), konnte die minimal erforderliche Stichprobengröße nicht erreicht werden.

7.1.1 Klient/innemerkmale

7.1.1.1 Geschlecht

In der vorliegenden Studie ist der Anteil der Frauen mit 83% bedeutend höher als derjenige der Männer (17%). Dies lässt auf eine häufigere Betreuung von Frauen bzw. auf eine geringere Bereitschaft an der Studienteilnahme von Männern schließen. Ersteres kann in einer Studie von Riecher-Rössler (2008) bestätigt werden. Die Chefärztin der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel konstatiert, dass sich das Versorgungssystem geschlechtsspezifisch charakterisieren lässt. Frauen nehmen stationäre – aber auch ambulante Dienste stärker in Anspruch als Männer. Ein ähnliches Geschlechterverhältnis zeigt sich bei Abderhalden (2003) bei Spitex-Klient/innen in den Kantonen Zürich und St. Gallen. 70% der Teilnehmer/innen sind jedoch über dem 70. Lebensjahr. Der bedeutend höhere Anteil an Frauen kann möglicherweise auf eine geringere Lebenserwartung von Männern zurückgeführt werden oder aber auf die häufigere Betreuung des weiblichen Geschlechts. Weitere Studien in Großbritannien zeigen hinsichtlich der Geschlechterverteilung andere Ergebnisse. In 2 Studien in der ambulanten psychiatrischen Pflege ist das Verhältnis beinahe ausgeglichen, wobei der Anteil der Männer minimal überwiegt (Orrell et al., 1999; Browne et al., 2000).

7.1.1.2 Alter

Betrachtet man das Alter der Klient/innen, zeigt sich, dass die weiblichen Studienteilnehmerinnen durchschnittlich um etwa 4 Jahre älter sind als die männlichen Teilnehmer. Insgesamt lässt sich ein Altersdurchschnitt von 48.13 Jahren errechnen. Die

Klient/innen sind geringfügig älter als in den Studien von Orrell und Browne. Hier liegt der Altersdurchschnitt bei 40.3 bzw. 43.1 Jahren. Das Alter der Frauen liegt zwischen 26 und 82 Jahren. Bei den Männern reicht das Altersspektrum von 17 bis 63 Jahren. Männlich Studienteilnehmer, welche ambulant versorgt werden, sind in dieser Untersuchung in der Regel jünger. Da es spezifisch angepasste HoNOS-Versionen für Jugendliche (unter 18 Jahren) und für ältere Personen (ab dem. 65. Lebensjahr) gibt, wäre es bei einer Replikation der Studie sinnvoll, neben den HoNOS auch diese beiden Versionen anzuwenden. Da die Items an die Altersgruppen adaptiert wurden, wäre eine adäquatere Problemeinschätzung bei Personen unter 17 sowie über 65 Jahren möglich.

Die Alterskategorie „40 bis 55 Jahre“ verzeichnet anteilmäßig die meisten Klientinnen. Etwa ein Fünftel sind unter 40 Jahre, ein Viertel ist über 55 Jahre alt. Bei den Klienten zeigt sich hinsichtlich der Altersstruktur eine umgekehrte Verteilung, die Gruppe der unter 40-Jährigen verzeichnet einen höheren Anteil als die Gruppe der über 55-Jährigen. Vergleicht man diese Ergebnisse mit denen der Patient/innen aus der stationären psychiatrischen Rehabilitation, ist ein ähnliches Muster sichtbar. Die höchsten Anteile verzeichnen die Kategorien „40- bis 49 Jahre“ und „über 50 Jahre“.

7.1.1.3 Amtlicher Zivilstand

Setzt man den amtlichen Zivilstand der Klient/innen mit dem Geschlecht in Beziehung, zeigt sich, dass um einen beträchtlichen Teil mehr Männer als Frauen „ledig“ sind. Ebenso verhält es sich hinsichtlich der Trennungen. Auffallend ist, dass jedoch mehr Frauen als Männer zum Status „Geschieden“ zählen. Eine ähnliche Verteilung ist in der Studie von Orrell et al. (1999) zu finden. Die höchsten Werte zeigen sich ebenfalls im Status ledig, getrennt und geschieden. Eine weitere Studie in der ambulanten psychiatrischen Pflege in Großbritannien zeigt diesbezüglich ein ähnliches Bild auf (Keown, Holloway, & Kuipers, 2002).

7.1.1.4 Psychiatrische Hauptdiagnosen

Eine psychiatrische Hauptdiagnose wurde bei 95.7% der Klient/innen angegeben. In 61.2% war diese den Pflegenden offiziell bekannt. Bei 2 Klient/innen wurde bis zum Erhebungszeitpunkt keine psychiatrische Hauptdiagnose gestellt, da sie sich nicht in psychiatrischer Behandlung befinden. In 63.9% der Fälle liegt ebenfalls eine Zweitdiagnose vor.

Am häufigsten sind die Klientinnen von affektiven Störungen betroffen (F30-F39) (36.8%). Knapp dahinter lassen sich Neurotische- oder Persönlichkeitsstörungen einreihen (F40-F49, F60-F69) (31.6%). Bei 15.8% der Klientinnen wurde eine Schizophrenie oder eine schizotype und wahnhaftige Störung diagnostiziert (F20-F29). Ebenfalls 15.8% leiden an Störungen, welche in die Diagnosekategorie „Andere“ zusammengefasst werden können. Hierzu zählen Organische Störungen, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Bei den männlichen Studienteilnehmern lässt sich eine etwas gleichmäßigere Verteilung feststellen. Gleich viele Männer leiden entweder an einer Depressionen, an einer Schizophrenie oder an Neurotischen- oder Persönlichkeitsstörungen (je 28.6%). 14.3 der Klientinnen sind der Kategorie „Andere“ zuzuweisen.

Studien im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Pflege zeigen bezüglich den psychiatrischen Hauptdiagnosen ein ähnliches Bild auf. In den Kantonen Zürich und St. Gallen sind bei Spitex-Klient/innen affektive Störungen genau wie in der vorliegenden Untersuchung am häufigsten (42.7% aller Klient/innen). Am zweithäufigsten sind laut Abderhalden et al. (2003) psycho-organische Störungen, am dritthäufigsten wurde eine Schizophrenie diagnostiziert. Im Vergleich mit der Studie von Abderhalden ist auffallend, dass nur bei 16% der Klient/innen (N=595) eine psychiatrische Hauptdiagnose vorliegt (in dieser Studie bei 95.7%). Offenbar sind Pflegepersonen in den involvierten Spitex-Diensten weniger genau über die Hauptdiagnosen ihrer Klient/innen aufgeklärt. Diese Untersuchung erzielte die gleiche Verteilung wie Orrell et al. (1999) in Großbritannien. Der höchste Anteil ist bei den affektiven Störungen zu verzeichnen, gefolgt von schizophrenen Erkrankungen. Eine Studie zeigt ein umgekehrtes Verhältnis. Greenwood (2000) untersuchte N=1651 ambulant betreute Klient/innen in Großbritannien hinsichtlich psychiatrischer Hauptdiagnosen. Es fand sich bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis der höchste Klient/innenanteil (28.6%). An zweiter Stelle lassen sich affektive Störungen einreihen (23.6%). Auch in den USA zählen zu den häufigsten Diagnosen in der ambulanten Psychiatriepflege Schizophrenie und Depressionen (Cunningham, 2007).

7.1.1.5 Durchschnittlicher Abstand und Dauer der Besuche

Die Ergebnisse, welche im Zusammenhang mit Abstand und der Dauer der Besuche nach Geschlecht erzielt wurden, decken sich mit dem, dass Frauen tendenziell häufiger von schweren Problemen betroffen sind als Männer. Diese Untersuchung zeigte, dass weibliche

Klientinnen in der ambulanten psychiatrischen Pflege von ihrer Pflegefachperson durchschnittlich häufiger und mehrmals pro Woche aufgesucht werden als männliche Klienten. Auch die längere Dauer einer Behandlungseinheit bei Frauen deutet darauf hin, dass sie schwerwiegendere Probleme aufweisen als Männer. Bei Klientinnen nimmt ein Besuch fast durchschnittlich 90 Minuten Zeit in Anspruch, bei Klienten dauert der durchschnittliche Hausbesuch „nur“ 70 Minuten.

Um die Ergebnisse mit anderen Studien vergleichen zu können, müssen Abstand und Dauer der Besuche allgemein genannt werden. Vergleicht man die Werte dieser Studie mit denen der Studie von Abderhalden (Spitex-Klient/innen in den Kantonen Zürich und St. Gallen) zeigt sich, dass die Spitex-Klient/innen deutlich öfter besucht werden (durchschnittlich 3.7-mal pro Woche), dafür aber die Dauer der Einsätze (in 43% der Fälle unter 60 Minuten) kürzer ist als in der freiberuflichen ambulanten Pflege im Kanton Bern (Besuche durchschnittlich weniger als 1-mal pro Woche, Dauer der Einsätze durchschnittlich 84.55 Minuten). Vergleicht man die Resultate dieser Studie mit Werten aus Großbritannien, lassen sich Parallelen beobachten. Zinkler (2006) konstatiert, dass die Besuche von 1-mal pro Woche bis 1-mal im Monat variieren. In dieser Studie reicht das Spektrum der Besuche von alle 2 bis alle 28 Tage.

7.1.2 Darstellung der Werte aus dem Messinstrument HoNOS-D'

7.1.2.1 Schwerwiegende psychiatrische Probleme

Im Folgenden werden nur jeweils die Probleme berücksichtigt, deren Schweregrad auf der 5-stufigen Antwortskala über dem Wert 1 liegt, das bedeutet, diejenigen Problembereiche, welche mit dem Wert 2, 3 oder 4 eingeschätzt wurden und somit einer Intervention seitens der ambulanten psychiatrischen Pflege (bzw. seitens anderen Mitgliedern der psychiatrischen Versorgungskette) bedürfen. Eine Analyse der schwerwiegenden Probleme nach Geschlecht findet sich im Punkt 7.1.5.

Die Analyse der Daten ergab, dass bei 93.6% der Klient/innen in mindestens einem HoNOS-Problembereich eine schwerwiegende Problematik vorliegt. Nur 3 Personen sind von keinem schweren Problem betroffen. 87.2% der Klient/innen leiden an mindestens 2 Problembereichen. 78.7% weisen in 3 oder mehr Problembereichen eine schwere Problematik auf.

Das am häufigsten vorhandene Problem bei Klient/innen der ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton Bern liegt im Bereich der anderen psychischen und verhaltensbezogenen Probleme und kann als psychische Belastung/Anspannung (F43) bezeichnet werden. Beinahe die Hälfte aller Klientinnen ist von dieser Problematik betroffen. Bei mehr als einem Fünftel waren im Beobachtungszeitraum „andere Angststörungen“ (F41) präsent. Bei den männlichen Teilnehmern wurde „Angst“ nie genannt. Psychische Anspannung ist jedoch auch bei 62.5% der Männer vorhanden. Bei fast der Hälfte der Klient/innen war eines der beiden Probleme in leichter Ausprägung vorhanden, die Klientin/der Klient hat noch ein gewisses Ausmaß an Kontrolle, es ist jedoch eine Intervention nötig. Bei je einem Fünftel der Klient/innen besteht bei einem der beiden Probleme eine eher schwere oder eine schwere Ausprägung des Problems.

Eine Studie der WHO deckt die ungleiche Geschlechterverteilung hinsichtlich Angststörungen. Sie zeigt auf, dass die Prävalenz beim Phänomen „Angst“ im Erwachsenenalter bei Frauen deutlich höher ist als bei Männern (WHO, 2002).

Neben psychischer Belastung/Anspannung und Angst standen den Pflegenden im Item 8 7 weitere Probleme zur Auswahl (Phobisch, Zwangsgedanken/- handlungen, Dissoziativ, Somatoform, Essen, Schlaf, Sexuell), bei denen es sich um ICD-Klassifikationen handelt, das bedeutet für jedes Problem existiert ein ICD-10 Code und somit auch eine international anerkannte Definition. Eine adäquate Einschätzung des im Bewertungszeitraum schwersten Problems würde eine Kenntnis dieser Klassifikationen voraussetzen. Nicht nachweisbar ist, ob bei allen Pflegepersonen dieses spezifische Wissen vorhanden ist oder ob die Auswahl des schwersten Problems rein nach den alltäglichen Definitionen der Begriffe getroffen wurde.

Eindeutig schwerwiegende Probleme traten bei über 70% der Klient/innen im Zusammenhang mit depressiver Stimmung auf. 14 Klient/innen sind von einer schweren bis sehr schweren Depression mit Schuld oder Selbstanklage betroffen. Dieses Ergebnis deckt sich gut mit den am häufigsten vorhandenen psychiatrischen Hauptdiagnosen. Bei den meisten Klient/innen (etwa 30%) wurde eine affektive Störung (Depression) diagnostiziert. Nach den vorliegenden Daten sind die Klient/innen am dritthäufigsten mit Problemen im Zusammenhang mit Beziehungen konfrontiert. Bei 32.6% der Klient/innen besteht ein persistierendes größeres Problem aufgrund von aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen oder eine schwere leidvolle soziale Isolation aufgrund der Unfähigkeit, sozial zu kommunizieren. Vermehrt sind auch Probleme mit alltäglichen Aktivitäten vorhanden (bei mehr als der Hälfte der Klient/innen). Ebenfalls knapp die Hälfte der Personen verzeichnen Probleme im Bereich der körperlichen Beeinträchtigung. Schwerwiegende Probleme, welche im Dimension

Subscore „Verhalten“ zusammengefasst sind, treten bei den ambulant betreuten Klient/innen am seltensten auf. Aggressives, agitiertes Verhalten, Selbstverletzung und Suchtproblematik konnten bei weniger als 5 Personen festgestellt werden.

In einer wissenschaftlichen Erhebung in Großbritannien (N=100) findet sich die gleiche Verteilung der Items wie in dieser Studie. Orrell et al. (1999) schätzten 100 Klient/innen (davon 43 aus der ambulanten Psychiatriepflege) mit den HoNOS ein und konnten aufzeigen, dass die häufigsten Probleme im Bereich der anderen psychischen und verhaltensbezogenen Probleme liegen. Weiters weisen die Items 7 und 9 einen hohen Anteil an Personen auf, bei denen diese Problembereiche ausgeprägt vorhanden sind. Eine weitere Studie (N=384) in 3 gemeindepsychiatrischen Einrichtungen in Großbritannien konnte ebenfalls ähnliche Ergebnisse aufzeigen. Sehr hohe Problemwerte konnten bei den ambulant betreuten Klient/innen in Item 7, 8 und 9 ausgemacht werden (Ecob et al., 2004). Abderhalden (2003) untersuchte die Probleme bei Spitex-Klient/innen in den Kantonen Zürich und St. Gallen. 70% der Klient/innen (N=495) sind über dem 70. Lebensjahr. Item 7 (gedrückte Stimmung) und Item 8 erreichten auch in dieser Untersuchung die höchsten Werte.

7.1.2.2 Dimension Subscores

Im Dimension Subscore „Verhalten“ („Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten“, „Absichtliche Selbstverletzung“ und „Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum“) sind die tiefsten Werte zu verzeichnen. Wären die Einschätzungen in diesen Problembereichen höher, wäre eine ambulante Betreuung der Klient/innen vermutlich nicht möglich. Schwerwiegendere Probleme in einem dieser 3 Bereiche würden für eine stationäre psychiatrische Behandlung sprechen. Dies spiegelt sich in den Ergebnissen einer Longitudinalstudie in einer psychiatrischen Klinik in Australien wider. Die 3 Items verzeichnen durchschnittlich höhere Werte als in der vorliegenden Untersuchung (Page, Hooke, & Rutherford, 2001). Ähnliche Ergebnisse wurden in einer weiteren Studie in Großbritannien (ebenfalls im klinischen Kontext) erzielt (McClelland et al., 2000). Der Teilscore „Verhalten“ wurde mit den HoNOS auch im Rahmen der psychiatrischen Rehabilitation in den Kantonen Zürich und St. Gallen errechnet. Auch in dieser Studie (N=60) sind bei den ersten 3 Items ähnlich tiefe Werte zu verzeichnen (Frauenfelder, 2005).

Der Dimension Subscore „Impairment“ besteht aus den Items 4 und 5 („Kognitive Probleme“ und „Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung“). Der durchschnittliche Wert liegt deutlich über dem des ersten Teilscores. 29 Klient/innen (61.7%)

sind kognitiv und (oder) körperlich beeinträchtigt. Frauenfelder erzielte im Bereich der psychiatrischen Rehabilitation einen minimal höheren Wert.

Der Dimension Subscore „Symptome“ beinhaltet die Items 6, 7 und 8 („Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen“, „Gedrückte Stimmung“ und „Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme“). Er zeigt die zweithöchste Problematik der Klient/innen der ambulanten psychiatrischen Pflege an. Der durchschnittliche Wert dieses Teilscores lässt sich weit über dem der ersten beiden Teilscores einreihen. Dieser Subscore beinhaltet die 2 Items („Gedrückte Stimmung“ und „Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme“) in denen anteilmäßig die höchste Problemintensität festzustellen ist.

Der Dimension Subscore „Soziale Funktionsunfähigkeit“ besteht aus den letzten 4 Items (Item 9, 10, 11, 12; „Probleme mit Beziehungen“, „Probleme mit alltäglichen Aktivitäten“, „Probleme durch Wohnbedingungen“ und „Probleme durch Bedingungen im Beruf und Alltag“). Dieser Subscore zeigt durchschnittlich den höchsten Wert aller Dimensional Subscores. Setzt man den durchschnittlichen Wert (4.98) mit dem von Frauenfelder in Beziehung, ist auffallend, dass Patient/innen der stationären, psychiatrischen Rehabilitation in diesen Bereichen eindeutig von schwerwiegenderen Problemen betroffen sind. Es ist nahe liegend, dass freiberuflich tätige Pflegefachperson häufig an Problemen im Bereich der Wohnbedingungen (Item mit der tiefsten Problemrate) ansetzen, da die psychiatrische Behandlung zumeist in den eigenen vier Wänden der Klient/innen durchgeführt wird. Die Pflegenden sind im Zentrum des Geschehens und können bei etwaigen Problemen direkt eingreifen. Auch Probleme durch „Bedingungen im Beruf und Alltag“ sind lediglich bei einem Viertel der Klient/innen vorhanden. Man könnte dies auf die Tatsache zurückführen, dass sich „nur“ 17.95% der Klientinnen und 28.6% der Klienten in einer Anstellung befinden. Probleme durch berufliche Bedingungen können daher bei vielen Klient/innen gar nicht entstehen.

7.1.2.3 Gesamtscore

Die Daten zeigen auf, dass ein beträchtlicher Teil der Klient/innen an psychiatrischen Problemen leidet. Es lässt sich feststellen, dass der durchschnittliche Score (12.94) deutlich unter dem von Frauenfelder liegt (14.65) (2-32). Ambulant betreute psychiatrisch erkrankte Personen sind weniger oft von psychiatrischen Problemen betroffen als Patient/innen der stationären Rehabilitation. Im Vergleich mit internationalen Forschungsarbeiten ist der

vorliegende HoNOS-Gesamtscore ein hoher Wert. Orrell et al. (1999), Audin et al. (1999), Bruce et al. (1999), Browne et al. (2000), Gallagher, Teeson (2000), Parker et al. (2002), Salvi et al. (2005) und Brugess et al. (2006) konnten in ihren Studien in der ambulanten psychiatrischen Pflege deutlich niedrigere Gesamtscores erzielen (5.5 bis 11.8) (Werte zu Beginn der ambulanten psychiatrischen Behandlung).

7.1.2.4 Eindeutig schwere Probleme nach Geschlecht

Die erhobenen Daten zeigen auf, dass in der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege tendenziell Klientinnen in einem höheren Ausmaß von schwerwiegenden Problemen betroffen sind als Männer. In 11 von 12 Problembereichen zeigte sich ein anteilmäßiges Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern. Ausschließlich bei Frauen bestehen in den Bereichen Selbstverletzung, Suchproblematik und Kognition schwerwiegende Probleme. Auch in 6 weiteren Problembereichen (körperliche Beeinträchtigung, Halluzinationen und Wahnvorstellungen, Gedrückte Stimmung, andere psychische und verhaltensbezogene Probleme, alltägliche Aktivitäten, Bedingungen im Beruf und Alltag) verhielt sich der Anteil der schweren Probleme nach Geschlecht ungleich. Von diesen Problemen sind in einem hohen Ausmaß deutlich mehr Frauen betroffen als Männer. Im Bereich der körperlichen Beeinträchtigung und im Zusammenhang mit Halluzinationen sind 4-mal so viele Frauen von einem schweren Problem betroffen als Männer. Bei 2 Problembereichen kann festgestellt werden, dass mehr Männer als Frauen betroffen sind, nämlich im aggressiven und agitierten Verhalten und im Bereich der Wohnbedingungen. Bei etwa doppelt so vielen Männern als Frauen liegt in diesem Bereich ein Problem vor, welches einer Intervention bedarf. Einzig im Bereich „Probleme mit Beziehungen“ kann ein ähnlicher hoher Problemanteil bei beiden Geschlechtern vermerkt werden.

Betrachtet man Item 8 „Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme“ wurde bei den weiblichen als auch bei den männlichen Studienteilnehmern die psychische Anspannung am häufigsten vermerkt. Bei mehr als einem Fünftel der Klientinnen war im Bewertungszeitraum „Angst“ präsent. Dieses Problem wurde bei den Klienten nicht festgestellt.

Ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der Suizidalität konnte Abderhalden (2004) erzielen. Er konnte feststellen, dass Suizidversuche und Selbstverletzungen bei Frauen häufiger auftreten als bei Männern.

Der hohe Anteil an Frauen im Problembereich „gedrückte Stimmung“ geht mit Ergebnisse der WHO (Organisation, 2000) einher. Es wurde festgestellt, dass der größte psychiatrische

Problemereich bei Frauen die Depression darstellt. Weiters wird erläutert, dass Frauen häufiger als Männer an einer Depression leiden. Laut einer weiteren Studie treten Suchterkrankungen bei Männern häufiger oft auf als bei Frauen (Riecher-Rössler & Rohde, 2001). Dieses Phänomen konnte in der vorliegenden Studie nicht beobachtet werden. Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass männliche abhängigkeitskranke Personen möglicherweise von den ambulanten Pflegepersonen als eine Gruppe betrachtet werden, für die die ambulante psychiatrische Pflege weniger geeignet ist.

7.1.2.5 Eindeutig schwere Probleme nach Alter

Die höchsten Anteile an schwerwiegenden Problemen weist die Alterskategorie „40 bis 55 Jahre“ auf. Sie verzeichnet in 6 Problemereichen (Selbstverletzung, Kognition, Halluzinationen und Wahnvorstellungen, Beziehungen, alltägliche Aktivitäten und Wohnbedingungen) die höchsten Anteile aller Altersgruppen. Die Klient/innen zwischen dem 40. und dem 55. Lebensjahr sind nur in einem Problemereich (Aggression/Verhalten) nicht schwerwiegend betroffen. Auch die unter 40-Jährigen zeigen in 3 Problemereichen (gedrückte Stimmung, andere psychische und verhaltensbezogene Probleme, Bedingungen im Beruf und Alltag) die höchsten Anteile aller Altersgruppen auf. Im Bereich der Kognitionen und der Halluzinationen sind den unter 40-Jährigen keine schweren Probleme zu vermerken. Der tiefste Anteil an schwerwiegenden psychiatrischen Problemen ist bei den Klient/innen über dem 55. Lebensjahr festzustellen. In den ersten 3 Items des Instruments (Teilscore Verhalten - Aggression/Verhalten, Selbstverletzungen, übermäßiger Alkohol- und Drogenkonsum) sind bei den Personen über 55 Jahren keine schweren Probleme aufzuzeigen. Es liegt auch kein einziger Problemereich vor, wo diese Altersgruppe den höchsten Problemanteil verzeichnet. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ältere und somit krankheitserfahrenere Klient/innen mit den HoNOS-Problemereichen besser zurecht kommen als jüngere Klient/innen.

Auffallend ist, dass Probleme im Zusammenhang mit Depressionen mit zunehmendem Alter abnehmen. Ein ähnlicher Verlauf ist bei anderen psychischen und verhaltensbezogenen Problemen und bei Probleme durch Bedingungen im Beruf und Alltag zu erkennen. Genau umgekehrt verhält es sich mit der körperlichen Beeinträchtigung. Hier steigt die Problematik mit zunehmendem Alter.

Gegenteilige Ergebnisse konnten bei Spitex-Klient/innen (70% der Personen waren über dem 70. Lebensjahr) in den Kantonen Zürich und St. Gallen erzielt werden (Abderhalden et al.,

2003). Am häufigsten waren die Klient/innen von Problemen mit depressiver Stimmung betroffen. Auch andere psychische und verhaltensbezogene Probleme traten in 19% der Personen auf (N=595). Laut Abderhalden et al. (2003) sinkt der durchschnittliche HoNOS-Gesamtscore mit zunehmendem Alter. Auch in dieser Studie konnte dieses Phänomen nachgewiesen werden.

7.1.2.6 Eindeutig schwere Probleme nach psychiatrischer Hauptdiagnose

Betrachtet man die eindeutig schweren Probleme nach psychiatrischer Hauptdiagnose, zeigt sich, dass das Verteilungsmuster dem der schwerwiegenden Probleme ähnlich ist. Die höchsten Werte konnten im Bereich „Symptome“ (Item 6, 7 und 8) und die tiefsten Werte im Bereich „Verhalten“ (Item 1, 2 und 3) festgestellt werden

Die höchsten Problemanteile sind bei Klient/innen mit Neurotischen- oder Persönlichkeitsstörungen zu vermerken. In 6 Problembereichen erreichen sie anteilmäßig den größten Wert. Sie weisen in den Bereichen Selbstverletzung, körperliche Beeinträchtigung, andere psychische und verhaltensbezogene Probleme, Beziehungen, Wohnbedingungen und Bedingungen im Beruf und Alltag die schwerwiegendsten Probleme auf. Nur in 3 Bereichen (Aggression/Verhalten, Alkohol- oder Drogenkonsum, Halluzinationen und Wahnvorstellungen) weisen sie keine Problematik auf. Klient/innen, bei denen affektive Störungen als Hauptdiagnose gestellt wurden, haben ebenfalls hohe Problemanteile (in den Bereichen gedrückte Stimmung, andere psychische und verhaltensbezogene Probleme, Beziehungen). Personen mit einer Schizophrenie verzeichnen in den Bereichen andere psychische und verhaltensbezogene Probleme, alltägliche Aktivitäten und Beziehungen einen hohen Problemanteil. Auffallend ist, dass schwere Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen bei diesen Klient/innen nur bei 3 Personen auftreten. Personen, welche in die Diagnosekategorie „Andere“ einzureihen sind, verzeichnen bei anderen psychischen und verhaltensbezogenen Problemen den größten Problemanteil. In weiteren 2 Problembereichen (Gedrückte Stimmung, alltägliche Aktivitäten) weisen sie ebenfalls eine hohe Problemintensität auf. In 5 Bereichen sind keine interventionsbedürftigen Probleme zu finden (Aggression/Verhalten, Selbstverletzung, Alkohol- oder Drogenkonsum, Halluzinationen und Bedingungen durch Beruf und Alltag).

Auffallend ist, dass Personen mit einer Schizophrenie und Personen aus der Gruppe „Andere“ nicht von absichtlicher Selbstverletzung oder Suizid betroffen sind. 1 Person mit Depression und 2 Personen mit Neurotischen- oder Persönlichkeitsstörungen sind (in geringem oder

schwerem Ausmaß) suizidgefährdet. Eine Suchproblematik, welche eine Intervention verlangt, tritt bei je einer Person mit Schizophrenie und einer Person mit affektiven Störungen auf.

7.2 Diskussion der Methode

Im folgenden Absatz sollten mögliche Quellen der Verzerrung, welche die Ergebnisse verfälschen können, kritisch reflektiert werden. Dies erfolgt bei Prävalenzstudien in Form einer Evaluierung des Ausmaßes der internen und der externen Validität.

7.2.1 Interne Validität

Um einen möglichst hohen Grad an interner Validität erreichen zu können, müssen einige Einflüsse auf die Ergebnisse (so genannte Effekte) ausgeschlossen werden (Bartholomeyczik, Linhart, Mayer, & Mayer, 2008). Da es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine Querschnittsuntersuchung handelt, können einige Effekte von vorn herein unbeachtet bleiben, da sie ausschließlich bei Längsschnittstudien zum Vorschein kommen (wie äußere Einflüsse, Reifung, Testübung, Mortalität) (Mayer, 2007). Selektionseffekte bei der Stichprobe, Reaktivitätseffekte wie der *Hawthorne-Effekt* und die Zuverlässigkeit des Instrumentes sind in dieser Studie jedoch von Relevanz.

Selektionsbedingte Einflüsse seitens der Forscherinnen können eindeutig ausgeschlossen werden. Die Auswahl der Klient/innen erfolgte durch eine Zufallsauswahl, welche nicht beeinflusst wurde. Ein Selektionseffekt seitens der Pflegefachpersonen kann jedoch nicht ausgeschlossen werden.

Nach Mitteilung der zufällig ausgewählten Initialen an jede ambulante Pflegekraft wäre es denkbar, dass sie eine weitere Selektion der Initialen vorgenommen hat. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die Pflegepersonen je nach Verfügbarkeit aber auch nach psychischem Gesundheitszustand der Klient/innen entschieden haben, diese anzufragen oder nicht. Befanden sich Proband/innen in einer akuten Krise oder in stationärer Betreuung, wurden sie von den Pflegepersonen für eine Teilnahme nicht angefragt. Aufgrund der gegebenen Umstände traf die Pflegefachkraft die Entscheidung, dass der Klient/die Klientin nicht an der Studie teilnimmt.

Auch der Hawthorne-Effekt könnte die Ergebnisse dieser Untersuchung verzerren. Er besteht darin, dass Proband/innen (in diesem Fall die Pflegepersonen) durch das Bewusstsein, dass sie an einer wissenschaftlichen Untersuchung teilnehmen, andere Einschätzungen vornehmen als sie es außerhalb der Studie tun würden (Bartholomeyczik et al., 2008). Es könnte die Tendenz bestehen, dass die Pflegefachpersonen im Rahmen der Studienteilnahme nur geringe oder gar keine Probleme angegeben haben. Es wäre möglich, dass sie zu einem positiven Ergebnis

beitragen wollen, um aufzuzeigen, dass ihre Tätigkeit effektiv ist. Dieser Reaktivitätseffekt wäre auch umgekehrt möglich. Die Pflegepersonen neigten dazu, vermehrt schwerwiegende Probleme anzugeben, da sie aufzeigen möchten, dass sie Klient/innen mit vielen Problemen versorgen. Sie könnten beabsichtigen, auf ihre komplexen Tätigkeiten aufmerksam zu machen.

Eine hohe Zuverlässigkeit (Reliabilität) des Instruments deutet auf eine hohe interne Validität einer Studie hin. Die deutsche Version der HoNOS erwies sich in einer Untersuchung von Andreas et al. (2007) als reliabel. Nähere Informationen hinsichtlich der Reliabilität finden sich im Punkt 3.2.3.

7.2.2 Externe Validität

Die externe Validität lässt sich über die Generalisierbarkeit der Ergebnisse über die verwendete Stichprobe definieren (Burns & Grove, 2005). Sie kann daher durch das (geringe) Ausmaß der internen Validität beeinflusst werden.

Betrachtet man die Repräsentativität hinsichtlich der Pflegepersonen, kommt man zu dem Schluss, dass sie im Bezug auf Geschlecht und Anzahl repräsentativ waren. Etwa die Hälfte der freiberuflich tätigen Pflegenden im Kanton Bern nahm an der Studie teil (22 von 45 Personen; 15 Frauen/6 Männer). Das Geschlechterverhältnis der teilnehmenden Frauen und Männer ist dem aller freiberuflich Tätigen (45 Personen, 31 Frauen/14 Männer) sehr ähnlich. Betrachtet man jedoch die Klient/innenanzahl (alle Klient/innen – alle teilnehmenden Klient/innen), sind die Ergebnisse nur mit Vorsicht zu generalisieren. Nur 13.6% aller ambulant versorgten Klient/innen durch freiberufliche Pflegepersonen sind in diese Studie eingeschlossen. Bezüglich des Geschlechterverhältnisses oder anderen Faktoren (Stadt-Land Verteilung, Alter) können bei den Klient/innen keine Schlüsse gezogen werden. Die Klient/innemerkmale liegen nur bei denjenigen vor, welche in die Stichprobe eingeschlossen sind und an der Studie teilgenommen haben. Die Erhebung der Altersstrukturen und des Geschlechts aller ambulant versorgten Klient/innen könnte Gegenstand einer weiteren Untersuchung sein. Es lässt sich auch kein Muster der Klient/innen definieren, welche eine Studienteilnahme abgelehnt haben.

Explizit gibt es keine Gründe, warum die Ergebnisse der Daten nicht repräsentativ sein sollten.

7.3 Implikationen für die Praxis

Die ambulante psychiatrische Pflege, welche von freiberuflichen Pflegepersonen angeboten wird, nimmt in der Psychiatrieversorgung im Kanton Bern einen zentralen Stellenwert ein. Die Pflegepersonen betreuen 320 Klient/innen, sie leisten einen erheblichen Teil in der Versorgung psychiatrisch kranker Menschen. Die vorliegende Erhebung zeigt auf, dass sie im Rahmen ihrer Tätigkeit mit einer Vielzahl von psychiatrischen Problemen konfrontiert sind. Ambulante Pflegefachpersonen sollten in der Lage sein, diese Probleme in ihre therapeutische Arbeit mit einzubeziehen, um den Schweregrad durch problemspezifische Interventionen zu reduzieren. Um dieser komplexen Anforderung gerecht zu werden, benötigen die Pflegefachpersonen, welche meist als „Einzelkämpfer“ tätig sind, ausreichend persönliche Ressourcen, vor allem aber fach- und problemspezifische Kenntnisse. In der Schweiz gibt es im Gegensatz zu Großbritannien keine Aus- oder Weiterbildung für die ambulante Psychiatriepflege, welche hinsichtlich spezifischer psychiatrischer Probleme unterstützend wirken könnte. Die Pflegenden haben keine Möglichkeit, ihre Kompetenzen im Umgang mit psychiatrischen Problemen zu sichern und zu erweitern. Weiters existieren keine Pflegemodelle, wie bei einem entsprechenden psychiatrischen Problem gezielt vorgegangen werden kann.

Durch die vorliegende Erhebung konnten die schwerwiegendsten Problembereiche identifiziert werden und für die Pflegepersonen entsteht die Möglichkeit, aktiv auf die Probleme aufmerksam zu werden.

Die HoNOS gelten als standardisiertes Assessmentinstrument, welches in Großbritannien aber auch in Australien in gemeindepsychiatrischen Zentren im Rahmen routinemäßiger Einschätzungen von Problembereichen Anwendung findet. Eine systematische Einschätzung von psychiatrischen Problemen wäre auch in der Schweiz denkbar. Eine Bewusstseinschärfung hinsichtlich möglicher Problembereiche wie Depression, psychische Belastung, Angststörungen aber auch Probleme mit Beziehungen könnte mit einem standardisierten Instrument wie den HoNOS, welche sich in dieser Studie, aber auch in zahlreichen anderen Forschungsarbeiten als praktikables Instrument erwiesen haben, erzielt werden. Es besteht die Möglichkeit, die HoNOS 14 Tage nach Beginn des Behandlungsverhältnisses einzuschätzen. Ein regelmäßiges Erfassen der Problembereiche würde einen Vergleich der Gesamtscores zulassen. Pflegende hätten die Gelegenheit, einen etwaigen Anstieg oder eine Reduktion des Schweregrads der Probleme zu erkennen. In der australischen Studie von Prowse und Coombs (2009) werden die HoNOS verwendet, um

Entscheidungen bezüglich der Entlassung oder einer Überlieferung an psychiatrische Dienste zu treffen. Verringert sich der HoNOS-Gesamtscore im Laufe der ambulanten Behandlung, können Überlegungen hinsichtlich einer Entlassung angestellt werden. Auch am Ende der Behandlung können die HoNOS eingeschätzt und mit früheren Messungen verglichen werden. Eine mögliche Problemreduktion könnte von den Pflegepersonen systematisch überprüft werden. Es gibt auch die Möglichkeit, die HoNOS gemeinsam mit dem Klienten/der Klientin einzuschätzen. Behandlungserfolge könnten so sichtbar gemacht werden, außerdem können Pflegeperson und Klient/in im Dialog die aktuelle Problempräsenz diskutieren. Mit den HoNOS können individuelle, spezifische Problembereiche fokussiert werden.

Wie auch in der stationären Pflege bedarf es im außerstationären Sektor einer Qualitätssicherung. Es wäre denkbar, dass die HoNOS in der Qualitätsmessung in der ambulanten Psychiatriepflege Anwendung finden. Eine „Messung“ der Häufigkeit und des Schweregrads vorhandener Problembereiche lässt indirekt Rückschlüsse auf die Qualität der Pflege zu. Die Verringerung beziehungsweise die Erhöhung des HoNOS-Gesamtscores kann als ein Ergebnis der pflegerischen Arbeit angesehen werden.

7.4 Implikationen für die Pflegeforschung

Die vorliegende Untersuchung stellt die erste pflegewissenschaftliche Untersuchung im Bereich der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege dar. Da sich die Anzahl freiberuflicher Pflegekräfte erst in den letzten Jahren stark erhöhte und in der psychiatrischen Versorgungskette einen sehr kleinen Bereich darstellt, wurde dieser Thematik in der Pflegeforschung bisher wenig Beachtung geschenkt.

Zum einen sind weitere konkrete – systematisch überprüfte – Daten über Problemintensität und Bedürfnisse der Klient/innen erforderlich, um das Ausmaß der Problematik einschätzen, aber auch um diese im Laufe der psychiatrischen Betreuung erfolgreich reduzieren zu können. Zum anderen gilt es, spezifische Tätigkeiten, welche im Rahmen der freiberuflichen Beschäftigung entstehen, zu untersuchen. Wissenschaftliche Erkenntnisse könnten die Rahmenbedingungen der freischaffenden Pflegekräfte stärken und Strukturen verbessern. Vertiefte, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse könnten den Bedarf einer adäquaten Ausbildung für ambulante Pflegepersonen aufzeigen und als Basis für die Erstellung spezifischer Curricula dienen.

Um fundiertes „Basiswissen“ bereitzustellen, sollte die Studie mit einer größeren Stichprobe repliziert werden. Daten können erhoben werden, welche eine Repräsentativität der Ergebnisse gewährleisten und verallgemeinert werden können.

Um die HoNOS-Gesamtscores zu zwei Zeitpunkten vergleichen zu können (und um somit die Aussagekraft der Daten zu erhöhen) wäre eine Einschätzung derselben Klient/innen zu einem späteren Zeitpunkt beziehungsweise am Ende des Behandlungsverhältnisses denkbar. Daten einer longitudinalen Erhebung könnten mit internationalen Forschungsarbeiten konkreter in Beziehung gesetzt werden.

Aufgrund der Resultate im Zusammenhang mit den psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version der HoNOS, sind weitere Untersuchungen hinsichtlich der Reliabilität und Validität unerlässlich.

Dringender Bedarf nach Entwicklung und Forschung besteht zu folgenden Fragen:

- Entspricht das Kompetenzprofil der Pflegenden dem Problemprofil der Klient/innen?
- Welche Interventionen wenden Pflegefachpersonen bei spezifischen Problemen an?
- Sind spezielle Ausbildungen oder Weiterbildungen für die freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege erforderlich?
- Wenn ja, welche inhaltlichen Schwerpunkte sollten in den Curricula festgelegt werden?
- Erzielt HoNOS-D` in der ambulanten Psychiatriepflege ähnlich gute Ergebnisse bezüglich der Gütekriterien wie im klinischen Setting?
- Welche Interventionen können erfolgen, um die häufig auftretenden Probleme zu reduzieren?
- Kann der Schweregrad der vorhandenen Problembereiche im Laufe der psychiatrischen ambulanten Versorgung durch freischaffende Pflegepersonen verringert werden?
- Wie kann eine adäquate Qualitätsmessung und –sicherung erfolgen, ohne die Pflegenden in ihrer pflegerisch-therapeutischen Arbeit einzuschränken?

7.5 Stärken und Limitationen der Studie

Ein positiver Schluss kann hinsichtlich der Ziehung der Stichprobe gezogen werden. Im Rahmen der Ziehung erfolgte eine korrekte Zufallsauswahl. Die Auswahl der Klient/innen, wurde nicht beeinflusst oder bewusst selektiert. Eine bewusste Selektion seitens der

Pflegenden darf jedoch nicht ausgeschlossen werden. Die vorliegende Untersuchung wurde so organisiert, dass der erforderliche Zeitaufwand bei einer Studienteilnahme für die Pflegepersonen so gering als möglich war. Da die Einschätzung der Fragebögen bei den Proband/innen zu Hause und zumeist im Anhang an eine psychiatrische Behandlung erfolgte, entstand für die Pflegepersonen ausschließlich ein Zeitaufwand von etwa 15 Minuten. Das Erhebungsinstrument (deutsche Version der HoNOS) erwies sich grundsätzlich als praktikables Instrument.

Die Anwender/innen äußerten großteils positive Rückmeldungen hinsichtlich des geringen Zeitaufwands, den das Einschätzen der HoNOS-Skalen erforderte. Die Problembereiche konnten meist mühelos beurteilt werden und erforderten keine längeren Reflexionen.

Bei der Gewichtung der Ergebnisse dieser Studie müssen auch einige Limitationen berücksichtigt werden. Diese betreffen die Stichprobenauswahl, die Verallgemeinerbarkeit und das Erhebungsinstrument.

In der vorliegenden Studie wurde die Stichprobe nicht von der Grundgesamtheit (alle Klient/innen aller Pflegepersonen), sondern von der Auswahlgesamtheit gezogen. Die Auswahlgesamtheit schließt alle Klient/innen mit ein, deren Pflegefachpersonen sich für eine Teilnahme an der Studie ausgesprochen haben. Die Chance in die Stichprobe zu gelangen hatten somit nicht alle Klient/innen, sondern nur diejenigen, deren Pflegefachpersonen an der Studie teilnahmen. Weiters schränkt der Grundsatz, pro Pflegefachperson nicht mehr als 3 Klient/innen zu befragen, die Sicherheit der Studie erheblich ein.

Im Bezug auf das Erhebungsinstrument zeigte sich, dass einzelne Items trotz den im Glossar enthaltenen umfangreichen Beispielen Spielraum für Fragen zulassen. Im Glossar des zweiten Items „Absichtliche Selbstverletzung“ könnte die Information ergänzt werden, dass auch Suizidgedanken bzw. –äußerungen mit einzubeziehen sind. Absichtliche Selbstverletzung muss nicht mit expliziten Suizidgedanken einher gehen.

Item 8 „Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme“ wurde im Laufe der Einschätzungen als das Item deklariert, welches am schwierigsten einzuschätzen ist. Das inkludierte Glossar bzw. die kurze Erläuterung waren für die meisten Pflegepersonen nicht ausreichend. Zu wenige Informationen hinsichtlich der Struktur des Items (einziges Item, welches sich von allen unterscheidet) ließen großteils Fragen aufkommen. Pflegefachpersonen hatten große Mühe, das schwerste Problem im Bewertungszeitraum zu

definieren. Von den 9 verschiedenen spezifischen Problembereichen (siehe Instrument im Anhang) war häufig mehr als ein Problem stark präsent. Weiters ist für jedes spezifische Problem eine Definition nach der ICD-10 Klassifikation vorhanden. Weder diese Codes noch eine Anmerkung, dass es sich um internationale psychiatrische Diagnosen handelt, sind im Item vermerkt. Es ist schwierig einzuschätzen, ob auch wirklich alle Pflegefachpersonen aufgrund dieser internationalen Definitionen entschieden haben. Auch das Item 12 „Probleme durch Bedingungen im Beruf und Alltag“ zeigte immer wieder Schwächen. Die relativ komplexen Beispiele im Glossar erforderten mehrmaliges Lesen und zusätzliche Erläuterungen.

Die Beispiele im Glossar, welche als Antwortmöglichkeiten fungieren, sind teilweise sehr ausführlich und spezifisch und erfordern – sofern der Rater/die Raterin mit dem Instrument nicht vertraut ist – lange Reflexionszeiten.

Da es sich bei den HoNOS um ein Fremdeinschätzungsinstrument handelt, wird die Klient/innenperspektive in den Hintergrund gestellt. Subjektive Einschätzungen der Problembereiche werden nicht berücksichtigt.

8 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Folgende Schlussfolgerungen können aus den Ergebnissen gezogen werden:

- Ein beträchtlicher Teil ambulant versorgter Klient/innen leidet an psychiatrischen Problemen.
- Die freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege betreut vor allem Klient/innen mit Problemen im Bereich psychischer Belastung/Anspannung, gedrückte Stimmung und Beziehungen.
- Die HoNOS könnten ein geeignetes Instrument für den routinemäßigen Einsatz und für die Verlaufskontrolle psychischer Probleme in der ambulanten Pflege sein.
- Untersuchungen über die Wirksamkeit der freiberuflichen ambulanten Pflege könnten sich auf diejenigen Problembereiche konzentrieren, welche laut dieser Studie am häufigsten präsent sind.

Zusammenfassung

Hintergrund: Die ambulante psychiatrische Pflege gewinnt in der psychiatrischen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Auch die Anzahl der freiberuflich ambulant psychiatrisch tätigen Pflegefachpersonen ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Dennoch fehlt es bisher an gesicherten Daten über die von der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege versorgten Klient/innen.

Ziel: In der vorliegenden Forschungsarbeit werden Häufigkeit und Schweregrad psychiatrischer Probleme von ambulant betreuten Klient/innen im Kanton Bern erhoben. Weiters werden als Ergebnis erstmals grundlegende Daten über die soziale Situation und Biografie der Klient/innengruppe vorliegen, die von freiberuflich tätigen Pflegenden ambulant versorgt werden. Zudem werden die erhobenen Problembereiche mit den Klient/innenmerkmalen Alter, Geschlecht und psychiatrischer Hauptdiagnose in Beziehung gesetzt.

Methode: In Form einer quantitativen Querschnittserhebung werden mit der deutschen Version der „Health of the Nation Outcome Scales“ (HoNOS D') Daten erhoben. Die Einschätzung der Problembereiche erfolgt bei 47 Klient/innen durch der für sie verantwortlichen Pflegefachperson. Die soziale Situation und Biografie der Klient/innen werden mit einem zusätzlichen Fragebogen erfasst.

Ergebnisse:

93.6% der Klient/innen sind von mindestens einem HoNOS-Problembereich in schwerwiegender Form betroffen. 78.8% vermerken in mindestens 3 Problembereichen eine schwerwiegende Problematik. Am häufigsten präsent sind schwere andere psychische und verhaltensbezogenen Probleme (psychische Anspannung und Angst), gedrückte Stimmung und Probleme mit Beziehungen. Die Ergebnisse zeigen auf, dass Frauen in einem deutlich höheren Ausmaß von Problemen betroffen sind als Männer.

Diskussion:

Vergleiche mit internationalen Studien zeigen, dass Klient/innen der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton Bern an einem höheren Ausmaß an Problemen leiden.

Schlussfolgerung:

Die Daten zeigen auf, dass ein beträchtlicher Teil ambulant versorgter Klient/innen an psychiatrischen Problemen leidet. Die freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege betreut vor allem Klient/innen mit Problemen im Bereich Psychische Belastung/Anspannung, Gedrückte Stimmung und Beziehungen. Es besteht Bedarf nach weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen.

Summary

Background: Community mental health nursing has gained in importance within mental health care. Also the number of free-lanced community mental health nurses has significantly increased over the past years in Switzerland. However it lacks in scientific data of psychiatric clients, who are treated in the outpatient setting.

Aim: The present study defines occurrence and severity of psychiatric problem areas of clients who receive treatment in the outpatient setting by a free-lanced psychiatric community mental health nurse in the canton Bern. Furthermore this study generates for the first time basic data concerning the social situation and the biography of these clients. The collected problem areas are set in relation to the client`s age, their sex and the psychiatric main diagnosis.

Method: Data were gathered in a quantitative cross-sectional study, employing the German Vesion of the “Health of the Nation Outcome Scales” (HoNOS D’). The ratings were performed by the community mental health nurse, which cares for the client. Assessments were made of 47 clients with mental disorders in the outpatient setting. The social situation and biography of the clients were evaluated with an additional questionnaire.

Results:

93.6% of the patients are affected at least by one or more severe psychiatric problem areas. 78.8% note at least three or more than three grave problems. The most frequently presence of problems were found in other mental and behavioural problems (physical stress), in depressed mood in relationships. Women are affected in a superior extent by severe problems than men.

Discussion:

In comparison to international studies patients who are supplied by a free-lanced psychiatric community mental health nurse in the canton Bern are shown to be more heavily affected by severe problems.

Conclusion:

The data reveal considerable psychiatric problems among patients, who receive outpatient care. The free-lanced community mental health nurses care mainly for patients with problems in the following areas: psychological stress, depressed mood, relationships. Further research is needed.

9 LITERATURVERZEICHNIS

- Abderhalden, C. (2009). Fachtagung ambulante psychiatrische Pflege from <http://www.fachtagung-app.ch/>. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege & Pädagogik.
- Abderhalden, C., Hegedüs, A., Schmidinger, S. (2009). *Freiberufliche Ambulante Psychiatrische Pflege im Kanton Bern*. Unpublished manuscript. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege & Pädagogik.
- Abderhalden, C., Lüthi, R., Mazzola, R., & Wolff, S. (2003). *Häufigkeit, Art und Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Spitex-KlientInnen in den Kantonen Zürich und St. Gallen*. Unpublished manuscript. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege & Pädagogik.
- Andreas, S. (2005). Fallgruppen in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen - Überprüfung der Eignung eines Fremdeinschätzungsinstruments "Die Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS D`" zur differenzierten Erfassung des Schweregrades im Rahmen der Entwicklung eines Klassifikationssystems. *Dissertation Universität Hamburg*
- Andreas, S., Harfst, T., Dirmaier, J., Kawski, S., Koch, U., & Schulz, H. (2007). A Psychometric evaluation of the German version of the 'Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D': on the feasibility and reliability of clinician-performed measurements of severity in patients with mental disorders. *Psychopathology*, 40(2), 116-125.
- Antwort der Regierung auf die Motion des Grossen Rates (=kantonaies Parlament) an den Regierungsrat zum Thema „Kantonale Planung der Psychiatrie für die nächsten fünf bis zehn Jahre“ (2001). from http://www.evp-burgdorf.ch/pdf1/mot_psych.pdf
- Audin, K., Margison, F. R., Clark, J. M., & Barkham, M. (2001). Value of HoNOS in assessing patient change in NHS psychotherapy and psychological treatment services. *Br J Psychiatry*, 178, 561-566.
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung - Begriffe aus Forschung und Theorie*. Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag München.
- Becker, T. (1998). *Gemeindepsychiatrie: Entwicklungsstand in England und Implikationen für Deutschland*. Stuttgart: Thieme.
- Bekalarczyk, D. (2009). Fachbereich Gesellschaftswissenschaften. from http://www.uni-due.de/imperia/md/content/soziologie/5_auswahlverfahren2.pdf
- Bowers, L. (1992). Ethnomethodology II: A study of the community psychiatric nurse in the patient's home. *International Journal of Nursing Studies*, 29(1), 69-79.
- Braun, S. (2002). Erfassung depressiver Störungen in der Primärversorgung: Validität des Brief Patient Health Questionnaire (B-PHQ) und des General Health Questionnaire (GHQ-12). *Dissertation Medizinische Fakultät Ludwig-Maximilian Universität München*.

- Brooks, R. (2000). The reliability and validity of the Health of the Nation Outcome Scales: validation in relation to patient derived measures. *Aust N Z J Psychiatry*, 34(3), 504-511; discussion 520-501.
- Browne, S., Doran, M., & McGauran, S. (2000). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): use in an Irish psychiatric outpatient population. *Irish Journal Psych Med*, 17(1), 17-19.
- Bruce, J., Watson, D., van Teijlingen, E. R., Lawton, K., Watson, M. S., & Palin, A. N. (1999). Dedicated psychiatric care within general practice: health outcome and service providers' views. *J Adv Nurs*, 29(5), 1060-1067.
- Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege. (2009). from <http://www.bapp.info/geschichte.htm>
- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T (2006). Do adults in contact with Australia` s public mental health services get better? *Aust N Z Health Policy*. 3 (9).
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*: Urban & Fischer Verlag München.
- Cheah, Y.-C., Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Gladstone, G., Eyer, K. (1998) Development of a measure profiling problems and needs of psychiatric patients in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 337-344.
- Cunningham, P. A. (2007). The Role of the Psychiatric Nurse in Home Care. *Home Healthcare Nurse*, 25(10), 645-652.
- Dirmaier, J. (2009, 11.05.2009). from http://zpm.uke.uni-hamburg.de/4DACTION/W_mitarbeiter_detail?L=P2&mrn=183&tn=10&trn=3#infov8
- Ecob, R., Croudace, T. J., White, I. R., Evans, J. E., Harrison, G. L., Sharp, D., et al. (2004). Multilevel investigation of variation in HoNOS ratings by mental health professionals: a naturalistic study of consecutive referrals. *Int J Methods Psychiatr Res*, 13(3), 152-164.
- Egger, T. (2009). SPITEX-Umfeld, Markt und Konkurrenz. (Publication., from Spitex-Kadertagung Betriebliche Kommission Gesamtleistungen Spitex (BK GLS): http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/spitex2_html/BK_GLS_Plena.SubContainerList.SubContainer1.ContentContainerList.0009.DownloadFile.pdf
- Fallmann, R. (2008). *Freiberufliche Psychiatriepflege*. Paper presented at the Jubiläumstagung von Pro Mente Sana vom 27./28. November 2008
- Finklenburg, U. (2009). Persönliches E-Mail vom 02.04.2009
- Frauenfelder, F. (2005). Problemerkfassung bei Patienten innerhalb der stationären, psychiatrischen Rehabilitation. Master Thesis. Universität Maastricht.
- Gallagher, J., & Teesson, M. (2000). Measuring disability, need and outcome in Australian community mental health services. *Aust N Z J Psychiatry*, 34(5), 850-855.
- Gesetzgebung - Landesrecht - Verordnung über die Krankenversicherung KVV - Artikel 49 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (2004).

- Harfst, T. (2009, 11.05.2009). from http://zpm.uke.uni-hamburg.de/4DACTION/W_mitarbeiter_detail?L=P2&mrn=22&tn=10&trn=3
- Holger, S. (2009, 11.05.2009). from http://zpm.uke.uni-hamburg.de/4DACTION/W_mitarbeiter_detail?L=P2&mrn=22&tn=10&trn=3
- Katschnig, H., Denk, P., & Scherer, M. (2004). Österreichischer Psychiatriebericht – Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung (Publication., from Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie: from http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/9/9/5/CH0963/CMS1098965386003/oesterreichischer_psychiatriebericht_2004_katschnig_et_al.pdf
- Katschnig, H., Ladinsger, E., Scherer, M., Sonneck, G., & Wancata, J. (2001). Österreichischer Psychiatriebericht – Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung, Teil 1 (Publication., from Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie: from http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/8/5/0/CH0963/CMS1038920009809/psychiatriebericht_teil_11.pdf
- Keown, P., Holloway, F., & Kuipers, E. (2002). The prevalence of personality disorders, psychotic disorders and affective disorders amongst the patients seen by a community mental health team in London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37(5), 225-229.
- Kruckenberg, P., Kunze, H., Brill, K.-E., Crome, A., Gromann, P., Hölzke, R., et al. (2005). *Der Personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung - Individuelle Hilfsplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem*: Psychiatrie-Verlag Bonn.
- Lambert, G., Caputi, P., & Deane, F. P. (2002). Sources of information when rating the Health of the Nation Outcome Scales. *Int J Ment Health Nurs*, 11(2), 135-138.
- Mayer, H. (2005). *Einführung in die Pflegeforschung*. Wien: UTB Wissenschaft.
- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung anwenden - Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*: Facultas Wien.
- McClelland, R., Trimble, P., Fox, M. L., Bell, B., & Stevens, M. (2000). Validation of an outcome scale for use in adult psychiatric practice. *Qual. Health Care*, 9, 98-105.
- Mind Care – eine verlässliche Stütze in schwierigen Zeiten. (2009, 12.05.2009). from <http://www.spitex-bern.ch/angebote/mindcare.html>
- Monzani, E., Erlicher, A., Lora, A., Lovaglio, P., Vittadine, G. (2008). Does community care work? A model to evaluate the effectiveness of mental health services. *Int J of Mental Health Systems*. 2 (10)
- Mossig, I. (1996). *Stichproben, Stichprobenauswahlverfahren und Berechnung des minimal erforderlichen Stichprobenumfangs*. Unpublished manuscript. From: <http://www.uni-giessen.de/mossig/Minimaler%20Stichprobenumfang%20-%20Script.pdf>

- Orrell, M., Yard, P., Handysides, J., Schapira, R. (1999). Validity and reliability of the Health of the Nation Outcome Scales in psychiatric patients in the community. *British Journal of Psychiatry*, 173, 40-412
- Page, A. C., Hooke, G. R., & Rutherford, E. M. (2001). Measuring mental health outcomes in a private psychiatric clinic: Health of the Nation Outcome Scales and Medical Outcomes Short Form SF-36. *Aust N Z J Psychiatry*, 35(3), 377-381.
- Parker, G., O' Donnell, M., Hadzi-Pavlovic, D., Proberts, M. (2002) Assessing Outcome in Community Mental Health Patients: A Comparative Analysis of Measures. *Int J Soc Psychiatr*. 48 (11). 11-19
- Psychiatrists, R. C. o. (2006, 29.04.2009). *What is HoNOS?* , from <http://www.rcpsych.ac.uk/clinicalservice/standards/honos.aspx>
- Psychosozialer Pflegedienst Tirol, Hall in Tirol, Austria (2009) *Wenn die Seele Hilfe braucht*. Retrieved from 05.10.2009; from: <http://www.psptirol.org>
- Raftery, J. (1992). Mental Health Services in Transition: the United States and die United Kingdom. *British Journal of Psychiatry*, 161, 589-593.
- Ramseyer, F., Genner, R., & Brenner, H. (2006). *Die Schweizer Psychiatrieversorgung im internationalen Vergleich - Berner Gespräche zur Sozialpsychiatrie*. Edition 8, Zürich.
- Richter, D., & Hahn, S. (2008). Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege: Eine Meta-Synthese. In C. Abderhalden, I. Needham, M. Schulz, S. Schopmann & H. Stefan (Eds.), *Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery - Vorträge und Posterpräsentationen, 5. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bern* (pp. 150-157): IBICURA Verlag. Unterostendorf.
- Riecher-Rössler, A., & Rohde, A. (2001). *Psychische Erkrankungen bei Frauen - für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie*: Karger. Basel
- SBK - ASI. (2008). Rahmenvertrag betreffend Qualitätssicherung. Retrieved 31.07.2009, from <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/4pflege/PDF/Qualit%C3%A4tsvertrag%20Freib.pdf>
- SBK - ASI. (2009) Qualitätsprogramm für freiberuflich tätige Pflegefachpersonen. Retrieved from 05.10.2009; from <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/8dokumente/Qualit%C3%A4tsprogramm%20FB-d.htm>
- Salvi, G., Leese, M., Slade, M. (2005). Routine use of mental health outcome assessments: choosing the measure. *Br J Psychiatry*, 186, 146-152.
- Schädle-Deininger, H., & Storck, G. (2006). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie zur Verordnung über eine Veränderung der Richtlinien von häuslicher Krankenpflege (Publication. Retrieved 18.05.2009, from Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie http://www.psychiatrie.de/dgsp/stellungnahmen/article/haeuslicher_Krankenpflege.html

- Schulz, M., & Behrens, J. (2005). Die Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Pflege in Grossbritannien. *PRINTERNET*, 07-08, 410-415
- Sharma, V., Wilkinson, G., Fear, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales: a case study in general psychiatry. *Br J Psychiatry*, 174, 395-398.
- Swoboda, H. (2009). Ambulante Psychiatrische Pflege in Österreich. Persönliches E-Mail vom 29.04.2009
- Swoboda, H., Sibitz, I., Fruhwald, S., Klug, G., Bauer, B., & Priebe, S. (2006). Wie erleben Professionelle der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Österreich ihre Tätigkeit? - Eine inhaltsanalytische Studie. *Psychiatr Prax*, 33(2), 67-73.
- Trauer, T. (1999). The subscale structure of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *Journal of Mental Health*, 8(5), 499-509.
- Turner, S. (2004). Are the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) useful for measuring outcomes in older people's mental health services? *Aging Ment Health*, 8(5), 387-396.
- Wing, J., Curtis, R. H., & Beevor, A. (1999). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Glossary for HoNOS score sheet. *Br J Psychiatry*, 174, 432-434.
- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *Br J Psychiatry*, 172, 11-18.
- Wolff, S. (2006). Ambulante psychiatrische Pflege und Hausbesuche. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Eds.), *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (pp. 549-577): Verlag Hans Huber. Bern.
- World Health Organization (2000). *Women`s Mental Health: An Evidence Based Review*. Geneva, Switzerland. Mental Health Determinants and Populations - Department of Mental Health and Substance Dependence.
- World Health Organization (2002). *Gender and Mental Health*. Geneva, Switzerland. Department of Gender and Women`s Health.
- Wyss, F. (2006). Leitfaden zur Psychiatrieplanung – Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“ [Electronic Version]. *GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren*, From: <http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Versorgungsplanung/Psychiatrieplanung8-d.pdf>
- Zechmeister, I., & Österle, A. (2006). Distributional Impacts of Mental Health Care Financing Arrangements: A comparison of the UK, Germany and Austria. *Journal of Mental Health Policy and Economics*. 9 (1), 35-44.
- Zinkler, M. (2006). Psychiatrische Fachpflege und gemeindepsychiatrische Versorgung am Beispiel London. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 156(03-04), 118-121.

10 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Anbieter der ambulanten psychiatrischer Pflege im Kanton Bern.....	18
Abbildung 2: Items der HoNOS	35
Abbildung 3: Antwortkategorien je Item	36
Abbildung 4: Übersetzungsprozess der HoNOS in die deutsche Sprache.....	55
Abbildung 5: Kategorien und inkludierte Items der HoNOS D'	56
Abbildung 6: Item 1 der HoNOS D' inklusive dem Glossar	57
Abbildung 7: Vorgehensweise bei der Stichprobenauswahl.....	69
Abbildung 8: Alterskategorien nach Geschlecht der Klient/innen, N=47	75
Abbildung 9: Amtlicher Zivilstand, N=47	76
Abbildung 10: Lebensform, N=47, Mehrfachnennungen	77
Abbildung 11: Bedeutsame soziale Kontakte, N=47, Mehrfachnennungen	78
Abbildung 12: Einkommensverhältnisse, N=47, Mehrfachnennungen	79
Abbildung 13: Derzeitiger Unterhalt, N=47	80
Abbildung 14: Schulbildung, N=47	81
Abbildung 15: Gegenwärtige Beschäftigung, N=47	82
Abbildung 16: Psychiatrische Hauptdiagnosen, N=45	84
Abbildung 17: Psychiatrische Zweitdiagnosen, N=30	85
Abbildung 18: Regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka, N=47, Mehrfachnennungen..	87
Abbildung 19: Suizid in der Vorgeschichte nach Geschlecht, N=47	87
Abbildung 20: Verordner der ambulanten psychiatrischen Pflege, N=47	88
Abbildung 21: Zusätzlich in die Behandlung involviert, N=47, Mehrfachnennungen.....	89
Abbildung 22: Betreuungsform vor der ambulanten psychiatrischen Pflege, N=47	90
Abbildung 23: Item 8 - Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme; N=47.....	93
Abbildung 24: Dimension Subscores	95
Abbildung 25: Gesamtscore	97
Abbildung 26: Anzahl schwerwiegender Probleme je Klient/in.....	100
Abbildung 27: Häufigkeit schwerwiegender psychiatrischer Probleme je Item.....	102
Abbildung 28: Eindeutig schwere Probleme (HoNOS-Gesamtsumme) nach Geschlecht.....	105
Abbildung 29: Eindeutig schwere Probleme nach Alterskategorien.....	108
Abbildung 30: Eindeutig schwere Probleme nach Diagnosekategorien	113

11 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Entwicklungsphasen der HoNOS.....	33
Tabelle 2: Ergebnisse der HoNOS-Einschätzungen.....	42
Tabelle 3: Übersicht der Klient/innenmerkmale in internationalen Forschungsarbeiten.....	47
Tabelle 4: Internationale Forschungsarbeiten mit den HoNOS	52
Tabelle 5: Übersicht der Klient/innenmerkmale in deutschsprachigen Forschungsarbeiten ...	63
Tabelle 6: Übersicht deutschsprachiger Forschungsarbeiten mit den HoNOS D'	64
Tabelle 7: Stichprobenzusammensetzung	74
Tabelle 8: Gesamtübersicht der Ergebniswerte der HoNOS-D'.....	92
Tabelle 9: Eindeutig schwere Probleme.....	101
Tabelle 10: Eindeutig schwere Probleme nach Geschlecht	103
Tabelle 11: Eindeutig schwere Probleme nach Alterskategorien.....	106
Tabelle 12: Eindeutig schwere Probleme nach psychiatrischer Hauptdiagnose	110

12 ANHANG

12.1 Leitfaden zur Einschätzung der sozialen Situation und Biografie
(Kruckenberg et al., 2005)

12.2 Deutsche Version der „Health of the Nation Outcome Scales“
(HoNOS D’)
(Andreas et al., 2005)

FREIBERUFLICHE AMBULANTE PSYCHIATRISCHE PFLEGE

ERHEBUNG DER SOZIALEN SITUATION UND DER BIOGRAFIE

Studennummer: _____

Initialen Klient/in: _____

Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern
Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege & Pädagogik
Bolligenstrasse 111
CH-3000 Bern 60, Schweiz

Leitfaden zur Erhebung der sozialen Situation und der Biographie

Geschlecht: 1 ☐ männlich 2 ☐ weiblich

Jahrgang: _____ Postleitzahl: _____

(Bitte beantworten Sie **jede** Frage. Bei Unklarheiten kontaktieren Sie die Studentinnen)

A. Angaben zur allgemeinen sozialen Situation

1. Amtlicher Zivilstand

- 1 ☐ ledig
- 2 ☐ verheiratet
- 3 ☐ verwitwet
- 4 ☐ geschieden
- 5 ☐ getrennt

2. Zahl der Kinder: _____

3. davon minderjährig: _____

4. Leben minderjährige Kinder im gleichen Haushalt? Ja ☐ 1 Nein ☐ 2

5. Lebensform (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ alleinlebend
- ☐ mit Ehepartner/in, Lebensgefährt/in
- ☐ mit Kindern
- ☐ mit Eltern
- ☐ mit Mutter
- ☐ mit Vater
- ☐ anderen
- ☐ Sonstiges: _____

6. Für den Klienten/ die Klientin bedeutsame soziale Kontakte bestehen (mindestens 1 Kontakt/Woche) (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ zu Angehörigen
- ☐ zu Freunden
- ☐ zum Lebenspartner/zur Lebenspartnerin
- ☐ zu Kollegen
- ☐ zu Nachbarn, Mitbewohnern
- ☐ durch Vereins- oder Clubtätigkeiten (auch Selbsthilfegruppen, Besuch von Begegnungsstätten)
- ☐ sonstige (bitte angeben) _____

7. Wohnsituation

- 1 ☐ eigene Wohnung
- 2 ☐ elterliche Wohnung
- 3 ☐ Wohneinrichtung niedrig betreut (z.B. 1-3x pro Woche, nur Haushaltshilfe)
- 4 ☐ Wohneinrichtung hoch betreut (24 Stunden)
- 5 ☐ möbliertes Zimmer
- 6 ☐ obdachlos
- 7 ☐ sonstiges (bitte angeben) _____

8. Einkommensverhältnisse (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ eigene Erwerbstätigkeit
- ☐ Erwerbsunfähigkeit IV
- ☐ Altersrente AHV

- ☐ Witwenrente
- ☐ Krankengeld, Taggeld (IV, Unfall, Krankenkasse)
- ☐ Arbeitslosenhilfe
- ☐ Sozialhilfe
- ☐ Unterhalt durch Familienangehörige
- ☐ sonstige Einkommen (bitte Art angeben) _____

9. Derzeitiger Unterhalt

- 1 ☐ weitgehend durch eigenes Aufkommen
- 2 ☐ weitgehend durch Fremdaufkommen (Verwandte, Sozialhilfe, IV Rente, AHV)
- 3 ☐ etwa zu gleichen Teilen durch eigenes Aufkommen und Fremdaufkommen
- 4 ☐ unbekannt

B. Angaben zu Ausbildung und Berufstätigkeit

10. Schulbildung: (höchster erreichter Abschluss)

- 1 ☐ abgeschlossene Primarschule
- 2 ☐ Anlehre
- 3 ☐ Lehre, Berufsschule
- 4 ☐ Meisterprüfung
- 5 ☐ höhere Fachschule
- 6 ☐ Matura/Lehrerseminar
- 7 ☐ Hochschule (Fachhochschule, Uni, ETH)
- 8 ☐ anderer: _____
- ☐ gegenwärtig in Ausbildung (bitte angeben): _____

11. Gegenwärtig beschäftigt als: _____

- 1 ☐ arbeitslos
- 2 ☐ Hausfrau/Hausmann
- 3 ☐ angestellt
- 4 ☐ selbstständig erwerbend
- 5 ☐ Gelegenheitsarbeit oder Temporärarbeit
- 6 ☐ Freiwilligenarbeit
- 7 ☐ erwerbstätig zu _____ %
- 8 ☐ Tätigkeit in geschützter Einrichtung (z.B.: Tagesstätte, geschützte Werkstätte, Wiedereingliederungsstätte)
- 9 ☐ Pensioniert

C. Psychiatrische Behandlung/Krankengeschichte

12a. Psychiatrische Hauptdiagnose

- 1 ☐ F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- 2 ☐ F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- 3 ☐ F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- 4 ☐ F30-F39 Affektive Störungen
- 5 ☐ F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- 6 ☐ F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- 7 ☐ F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- 8 ☐ F70-F79 Intelligenzminderung
- 9 ☐ F80-F89 Entwicklungsstörungen
- 10 ☐ F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- 11 ☐ F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

12b. (Wenn vorhanden) 3-stelliger Code: _____

12c. Diagnose (Text)

12d. Diagnose ist

- 1 ☐ eigene Einschätzung
2 ☐ offiziell bekannt (z.B. aus Überweisungsschreiben)

13a. Psychiatrische Zweitdiagnose:

- 1 ☐ F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
2 ☐ F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
3 ☐ F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
4 ☐ F30-F39 Affektive Störungen
5 ☐ F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
6 ☐ F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
7 ☐ F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
8 ☐ F70-F79 Intelligenzminderung
9 ☐ F80-F89 Entwicklungsstörungen
10 ☐ F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
11 ☐ F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

13b. (Wenn vorhanden) 3-stelliger Code: _____

13c. Diagnose (Text)

13d. Zweitdiagnose ist

- 1 ☐ eigene Einschätzung
2 ☐ offiziell bekannt (z.B. aus Überweisungsschreiben)

14. Pflegediagnose (bitte die 4 aktuellsten aufzählen)

D. Krankengeschichte

15. In welchem Alter erfolgte erstmals eine psychiatrische Behandlung? Mit _____ Jahren
16. In welchem Alter erfolgte erstmals eine stationäre psychiatrische Behandlung? Mit _____ Jahren
17. Wie viele stationäre Aufenthalte sind bisher erfolgt? _____
18. In welchem Jahr war der letzte stationäre Aufenthalt? _____
19. Wie viele Wochen dauerte dieser? _____

20. Ergänzende Angaben zur Krankengeschichte

(auch zu körperlichen Erkrankungen, Anfallsleiden, Minderbegabung)

E. Psychopharmakologische Behandlung

(Bitte zutreffendes ankreuzen und Dauer der Einnahme angeben)

	regelmässig	seit (Monate)	bei Bedarf	seit (Monate)
Neuroleptika	☐		☐	
Antidepressiva	☐		☐	
Tranquilizer (z.B. Temesta)	☐		☐	
Stimmungsstabilisatoren (z.B. Lithium)	☐		☐	
Schlafmittel	☐		☐	
komplementärmedizinische Medikamente (z.B. homöopathische, pflanzliche)	☐		☐	

F. Psychiatrische Behandlung

23. Suizidversuch in der Vorgeschichte: 1 ☐ ja 2 ☐ nein

24. Durchschnittlicher Abstand zwischen den Besuchen

_____ Tage

25. Durchschnittliche Dauer der Besuche/Kontakte

_____ Minuten

26. Von wem kommt die Verordnung?

- 1 ☐ Psychiater
2 ☐ Hausarzt
3 ☐ Klinikarzt
4 ☐ Selbstzahler

27. Welche Leistungen wurden in den letzten 6 Monaten mindestens 1x verrechnet?

(Mehrfachantworten möglich)

- a1 ☐ Abklärung des Pflegebedarfs und Planung der notwendigen Massnahmen
a2 ☐ Beratung des Klienten im Umgang mit Krankheitssymptomen, Einnahme von Medikamenten, beim Gebrauch medizinischer Geräte
b1 ☐ Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur, Atem, Gewicht)
b2 ☐ einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin
b3 ☐ Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken
b4 ☐ Massnahmen zur Atemtherapie (O2-Verabreichung, Inhalation, Atemübungen, Absaugen)
b5 ☐ Einführen von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen
b6 ☐ Massnahmen bei Hämo- oder Peritonealdialyse
b7 ☐ Verabreichung von Medikamenten, insbesondere durch Injektion oder Infusion

- b8 ☐ enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen
- b9 ☐ Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen
- b10 ☐ Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Körperhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) sowie Fusspflege bei Diabetikern
- b11 ☐ pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz
- b12 ☐ Hilfe bei Medizinal-Teil- oder —Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen
- b13 ☐ pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen
- b14 ☐ Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung
- c1 ☐ Allgemeine Grundpflege bei Patienten oder Patientinnen, welche die Tätigkeiten nicht selber ausführen können
- c2 ☐ Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung (Erarbeitung, Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen)

28. Wer ist sonst noch in die Behandlung involviert? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Hausarzt
- ☐ Psychiater
- ☐ Spitex-Dienst
- ☐ Sozialdienst (z.B. Gemeinde)
- ☐ Klinikambulatorium
- ☐ Tagesklinik/Tagesstätte
- ☐ andere: _____

29. Welche Betreuungsformen hatte der Klient vor der APP? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ psychiatrische Klinik
- ☐ psychiatrisches Ambulatorium
- ☐ freipraktizierender Psychiater
- ☐ allg. Spitex
- ☐ Psychotherapie
- ☐ betreutes Wohnen (einzeln)
- ☐ betreute Wohngruppe
- ☐ Wohnheim
- ☐ therapeutische Gemeinschaft
- ☐ komplementärmedizinische Einrichtung
- ☐ andere: _____

HoNOS-D'

Der Bewertungszeitraum bezieht sich auf die letzten 14 Tage der Behandlung.

1. Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten

** Beziehen Sie Verhaltensweisen aufgrund jeglicher Ursache mit ein (z. B. Drogen, Alkohol, Demenz, Psychose, Depression usw.).*

** Beziehen Sie bizarres Verhalten **nicht** mit ein.*

- 0 ☐ Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.
- 1 ☐ Reizbarkeit, Streitigkeiten, Ruhelosigkeit usw., ohne Handlungsbedarf.
- 2 ☐ Beinhaltet aggressive Gesten, Schubsen oder Belästigen von Anderen; Drohungen oder verbale Aggression; leichtere Sachbeschädigung (z. B. zerbrochene Tasse, zerbrochenes Fenster); ausgeprägte Hyperaktivität oder Agitiertheit.
- 3 ☐ körperlich aggressiv gegenüber anderen Personen oder Tieren; bedrohliches Auftreten; schwerere Überaktivität oder Zerstörung von Eigentum.
- 4 ☐ Mindestens ein schwerer körperlicher Angriff gegen andere Personen oder Tiere; Zerstörung von Eigentum (z. B. Brandstiftung); schwere Einschüchterung oder obszönes Verhalten.
- 9 ☐ nicht bekannt

2. Absichtliche Selbstverletzung

** Beziehen Sie Erkrankung oder Verletzung als direkte Folge von Drogen/Alkoholkonsum **nicht** mit ein.*

- 0 ☐ Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.
- 1 ☐ Flüchtige Gedanken, alles zu beenden, jedoch geringes Risiko während des Bewertungszeitraums; keine Selbstverletzung.
- 2 ☐ Mäßiges Risiko während des Bewertungszeitraums; schließt ungefährliche Selbstverletzung (z. B. Kratzen der Handgelenke) ein.
- 3 ☐ Mittleres bis schweres Risiko der absichtlichen Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums; schließt vorbereitende Handlungen (z. B. das Sammeln von Tabletten) ein.
- 4 ☐ Schwerer Suizidversuch und/oder schwere absichtliche Selbstverletzung während des Bewertungszeitraums.
- 9 ☐ nicht bekannt

3. Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum

- 0 ☐ Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.
- 1 ☐ Gelegentlich übermäßiger Konsum, jedoch innerhalb der sozialen Norm.
- 2 ☐ Verlust der Kontrolle über das Trinken oder den Drogenkonsum, jedoch nicht schwer abhängig.
- 3 ☐ Ausgeprägtes Verlangen nach oder Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen, mit häufigem Verlust der Kontrolle; Risikoverhalten unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen.
- 4 ☐ Durch das Alkohol-/Drogenproblem unfähig gemacht.
- 9 ☐ nicht bekannt

4. Kognitive Probleme

** Beziehen Sie Gedächtnis-, Orientierungs- und Verständnisprobleme in Zusammenhang mit irgendeiner Störung ein: Lernbehinderung, Demenz, Schizophrenie usw.*

- 0 ☐ Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums.
- 1 ☐ Klinisch unbedeutende Probleme mit Gedächtnis oder Verständnis (z. B. vergisst gelegentlich Namen).
- 2 ☐ Leichte, aber eindeutig vorhandene Probleme (z. B. hat sich an einem bekannten Ort verlaufen oder erkennt eine bekannte Person nicht wieder); manchmal bei einfachen Entscheidungen verwirrt.
- 3 ☐ Ausgeprägte Desorientierung hinsichtlich Zeit, Ort oder Person; verwirrt durch Alltagseignisse; Sprache ist manchmal unzusammenhängend; mentale Verlangsamung.
- 4 ☐ Schwere Desorientierung (z. B. erkennt Verwandte nicht wieder); unfallgefährdet; Sprache unverständlich; Bewusstseinstörung oder Stupor.
- 9 ☐ nicht bekannt

5. Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung

** Beziehen Sie Erkrankungen oder Behinderungen jedweder Ursache mit ein, welche die Bewegung einschränken oder verhindern, das Sehen oder Hören beeinträchtigen oder anderweitig die persönliche Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.*

** Beziehen Sie Nebenwirkungen von Medikamenten; Auswirkungen des Alkohol-/Drogenkonsums; körperliche Behinderung als Folge von Unfällen oder Selbstverletzung in Zusammenhang mit kognitiven Problemen, Trunkenheit am Steuer usw. ein.*

- 0 ☐ Keine körperlichen Gesundheitsprobleme während des Bewertungszeitraums.
- 1 ☐ Klinisch unbedeutende Gesundheitsprobleme während des Zeitraums (z. B. Erkältung, leichter Sturz usw.).
- 2 ☐ Körperliches Gesundheitsproblem schränkt die Mobilität und Aktivität leicht ein.
- 3 ☐ Mittlerer Grad der Aktivitätseinschränkung aufgrund eines körperlichen Gesundheitsproblems.
- 4 ☐ Schwere oder vollständige Funktionsunfähigkeit aufgrund von körperlichen Gesundheitsproblemen.
- 9 ☐ nicht bekannt

6. Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen

** Beziehen Sie merkwürdiges und bizarres Verhalten in Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen ein.*

** Beziehen Sie aggressive, destruktive oder überaktive Verhaltensweisen, die auf Halluzinationen oder Wahnvorstellungen zurückzuführen sind **nicht** mit ein.*

- 0 ☐ Kein Anzeichen von Halluzinationen oder Wahnvorstellungen während des Bewertungszeitraums.
- 1 ☐ Etwas merkwürdige oder exzentrische Überzeugungen, die nicht mit den kulturellen Normen übereinstimmen.
- 2 ☐ Wahnvorstellungen oder Halluzinationen (z. B. Stimmen, Visionen) sind vorhanden, jedoch besteht geringes Leiden für den Patienten oder eine geringe Manifestation von bizarrem Verhalten, d.h. klinisch vorhanden, aber leicht.
- 3 ☐ Ausgeprägte Beschäftigung mit Wahnvorstellungen oder Halluzinationen, die starkes Leiden verursacht und/oder sich in offensichtlich bizarrem Verhalten manifestiert, d.h. eher schweres klinisches Problem.
- 4 ☐ Psychischer Zustand und Verhalten sind schwer und nachteilig durch Wahnvorstellungen oder Halluzinationen beeinträchtigt, mit schweren Auswirkungen auf den Patienten.
- 9 ☐ nicht bekannt

7. Gedrückte Stimmung

- 0 ☐ Kein Problem in Zusammenhang mit gedrückter Stimmung während des Bewertungszeitraums.
- 1 ☐ Bedrückt; oder geringe Veränderungen in der Stimmung.
- 2 ☐ Leichte(s), jedoch eindeutig vorhandene(s) Depression und Leiden (z. B. Schuldgefühle; Verlust des Selbstwertgefühls).
- 3 ☐ Depression mit unangemessenen Selbstvorwürfen; zwanghaft beschäftigt mit Schuldgefühlen.
- 4 ☐ Schwere oder sehr schwere Depression mit Schuld oder Selbstanklage.
- 9 ☐ nicht bekannt

8. Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme

* Schätzen Sie **nur** das schwerste klinische Problem ein.

Spezifizieren Sie, falls vorhanden, die Art des Problems, indem Sie den entsprechenden Buchstaben markieren:

A Phobisch; **B** Angst; **C** Zwangsgedanken/ -handlungen;

D Psychische Belastung / Anspannung; **E** Dissoziativ; **F** Somatoform;

G Essen; **H** Schlaf; **I** Sexuell;

J Andere (Spezifizieren): _____

- 0 ☐ Kein Anzeichen für irgendeines dieser Probleme während des Bewertungszeitraums.
- 1 ☐ Nur klinisch unbedeutende Probleme.
- 2 ☐ Ein Problem ist klinisch in leichter Ausprägung vorhanden (z. B. Patient hat ein gewisses Ausmaß an Kontrolle).
- 3 ☐ Gelegentlich schwerer Anfall oder Leiden, mit Verlust der Kontrolle (z. B. Patient muss sämtliche Angst hervorrufenden Situationen vermeiden, einen Nachbarn als Hilfe hinzuziehen usw.), d.h. eher schwere Ausprägung des Problems.
- 4 ☐ Schweres Problem beherrscht die meisten Aktivitäten.
- 9 ☐ nicht bekannt

9. Probleme mit Beziehungen

- 0 ☐ Kein bedeutendes Problem während des Bewertungszeitraums.
- 1 ☐ Geringe nicht-klinische Probleme.
- 2 ☐ Deutliches Problem beim Aufbau oder Aufrechterhalten von unterstützenden Beziehungen: Patient beklagt sich und/oder Probleme sind für andere offensichtlich.
- 3 ☐ Persistierendes größeres Problem aufgrund von aktivem oder passivem Rückzug aus sozialen Beziehungen und/oder Beziehungen, die geringen oder gar keinen Trost oder Unterstützung bieten.
- 4 ☐ Schwere und leidvolle soziale Isolation aufgrund der Unfähigkeit, sozial zu kommunizieren und/oder Rückzug aus sozialen Beziehungen.
- 9 ☐ nicht bekannt

10. Probleme mit alltäglichen Aktivitäten

** Schätzen Sie das allgemeine Funktionsniveau bei alltäglichen Aktivitäten ein (z. B. Probleme mit grundlegenden Aktivitäten der Selbstpflege, wie Essen, Waschen, Ankleiden, Morgentoilette; ebenso komplexe Fähigkeiten wie Haushaltsplanung, Organisieren einer Unterkunft, eines Berufs und der Freizeit, Mobilität und Benutzung von Transportmitteln, Einkaufen, Selbstentwicklung usw.).*

** Beziehen Sie jeglichen Mangel an Motivation, Selbsthilfe-Möglichkeiten zu nutzen, mit ein, da dies zu einem insgesamt niedrigerem Funktionsniveau beiträgt.*

- 0 ☐ Kein Problem während des Bewertungszeitraums; gute Funktionsfähigkeit in allen Bereichen.
- 1 ☐ Nur klinisch unbedeutende Probleme (z. B. unordentlich, unorganisiert).
- 2 ☐ Angemessene Selbstpflege, jedoch erheblicher Leistungsmangel bei einer oder mehreren komplexen Fertigkeiten (siehe oben).
- 3 ☐ Erhebliches Problem in einem oder mehreren Bereichen der Selbstpflege (Essen, Waschen, Ankleidung, Morgentoilette) sowie starke Unfähigkeit, mehrere komplexe Fertigkeiten auszuüben.
- 4 ☐ Schwere Behinderung oder vollständige Unfähigkeit in allen oder nahezu allen Bereichen der Selbstpflege und komplexen Fertigkeiten.
- 9 ☐ nicht bekannt

11. Probleme durch Wohnbedingungen

- 0 ☐ Unterkunft und Wohnbedingungen sind annehmbar; hilfreich, um jegliche Behinderung, welche auf der Skala 10 eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.
- 1 ☐ Unterkunft ist einigermaßen akzeptabel, obgleich geringfügige oder vorübergehende Probleme bestehen (z. B. kein optimaler Ort, nicht die bevorzugte Wahl, usw.)
- 2 ☐ Bedeutendes Problem mit einem oder mehreren Aspekten der Unterkunft und/oder der Verwaltung (z. B. beschränkte Entscheidungsfreiheit; Personal oder Personen des Haushalts wissen nicht, wie die Behinderung einzugrenzen ist oder wie der Einsatz oder die Entwicklung neuer oder intakter Fertigkeiten unterstützt werden kann).
- 3 ☐ Zahlreiche belastende Probleme mit der Unterkunft (z. B. einige elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden); Die Ausstattung der Unterkunft bietet minimale oder gar keine Möglichkeiten, die Unabhängigkeit des Patienten zu verbessern.
- 4 ☐ Die Unterkunft ist inakzeptabel, wodurch die Probleme des Patienten verschlimmert werden (z. B. elementare Notwendigkeiten sind nicht vorhanden, dem Patienten droht Räumung oder „Obdachlosigkeit“ oder die Wohnbedingungen sind anderweitig nicht tragbar).
- 9 ☐ nicht bekannt

12. Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag

** Schätzen Sie das Ausmaß der Probleme mit der Qualität der Milieubedingungen insgesamt ein. Gibt es Hilfe, die Behinderungen zu bewältigen? Und gibt es Möglichkeiten, die den Beruf und die Freizeit betreffenden Fähigkeiten und Aktivitäten aufrechtzuerhalten oder weiterzuentwickeln? Berücksichtigen Sie Faktoren, wie Stigmatisierung, Mangel an qualifiziertem Personal, Zugang zu unterstützenden Angeboten und Einrichtungen, z.B. Personalausstattung und Ausrüstung von Tageszentren, Werkstätten, sozialen Vereinen, usw.*

- 0 ☐ Milieu des Patienten ist akzeptabel: hilfreich, um jegliche Behinderung, welche auf der Skala 10 eingeschätzt wird, auf dem geringst möglichen Niveau zu halten; und die Selbsthilfe unterstützend.
- 1 ☐ geringfügige oder vorübergehende Probleme: angemessene Einrichtungen sind verfügbar, jedoch nicht immer zu den gewünschten Zeiten, usw.
- 2 ☐ Beschränkte Auswahl an Aktivitäten; Mangel an angemessener Toleranz (z. B. zu Unrecht verweigerter Zutritt zu öffentlichen Bibliotheken oder Bädern usw.); benachteiligt durch Fehlen einer permanenten Adresse; unzureichende Betreuung oder professionelle Unterstützung; hilfreiches Milieu verfügbar, jedoch nur für eine sehr begrenzte Stundenzahl.
- 3 ☐ Ausgeprägter Mangel an verfügbaren qualifizierten Dienstleistungen, die helfen, das Ausmaß der bestehenden Behinderung herabsetzen; keine Möglichkeiten, die intakten Fertigkeiten einzusetzen oder neue hinzuzufügen; unqualifizierte Betreuung, welche schwer zugänglich ist.
- 4 ☐ Mangel an irgendwelchen Gelegenheiten für Tagesaktivitäten verschlimmert das Problem des Patienten.
- 9 ☐ nicht bekannt

Curriculum Vitae

Sandra Schmidinger

Merianweg 26
4040 Linz

s_schmidinger@gmx.at

Persönliche Daten

Geburtsdatum, -ort
Familienstand
Staatsbürgerschaft
Muttersprache

22. 01. 1987, Linz
ledig
Österreich
Deutsch

Bildungsweg

1993-1997

Volksschule der pädagogischen Akademie des Bundes,
Europaschule Linz

1997-2005

BG/wkdl. BRG 4020 Linz, Körnerstrasse 9

2005/2006

2 Semester Studium Pädagogik an der Universität Wien

2005-2009

Studium Pflegewissenschaft an der Universität Wien

Berufliche Tätigkeiten/Praktika

Juli 2003, 2004, 2005
2006, 2007, 2008

PRO-Kaufland Linz/Urfahr; Ferialpraktika

Nov. 2003 - Dez. 2005

PRO-Kaufland; Geringfügige Anstellung

Praktika im pflegespezifischen Bereich/Forschung

August 2006

„Freiwilliger Sommereinsatz“ im Seniorenwohnheim
St. Anna/Leonding

April - Juni und
Nov. - Dez. 2006
März - Juni 2007

Praktika im Bereich Forschungsanwendung im
Krankenhaus Rudolfiner Haus Wien bei Dr. Andrea
Smoliner, MNSc; geringfügige Anstellung

August 2007

Krankenhaus Elisabethinen Linz; Begleitung einer DGKS

August 2008

OÖGKK, Abteilung Versicherungsservice; Projektbetreuung

Februar - August 2009

Auslandsaufenthalt – Praktikum und Anfertigung der
Diplomarbeit an der Forschungsstelle
Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik an den
universitären psychiatrischen Diensten (UPD) Bern
(Schweiz) bei Dr. Christoph Abderhalden, MNSc

Kongressteilnahme/Tagungen

- | | |
|---------------------|--|
| 15. Juni 2009 | Fachtagung „Ambulante Psychiatrische Pflege“ an den
UPD Bern; Teilnahme und Mitarbeit |
| 19. – 20. Nov. 2009 | 6. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie, Wien;
Teilnahme und Präsentation des Themas
„Problemerkennung in der freiberuflichen ambulanten
psychiatrischen Pflege im Kanton Bern“ |
| Feb. bis Aug. 2009 | Mitarbeit an der Planung der Fachtagung „Suizid“,
UPD Bern |

Mitarbeit an (Forschungs-) Projekten

- | | |
|--------------------|---|
| August 2008 | Projekt „Demografie“, OÖGKK |
| Feb. bis Aug. 2009 | -Rekrutierung und Anfrage von Patient/innen im Rahmen
der Adherence-Studie, UPD Bern
-Mitarbeit an der Datenerhebung und -auswertung einer nationalen
Befragung zum Aggressionsmanagement auf psychiatrischen
Akutstationen, UPD Bern
-Querschnittsstudie „Ambulante Psychiatrische Pflege im Kanton
Bern“, Datenerhebung und -auswertung, UPD Bern |

Weiterbildungen

- | | |
|------------|--|
| April 2009 | Weiterbildung zu „Transkulturelle Pflege: Frauen in der
Migration“ (interne Weiterbildung UPD) sowie Shared
Decision Making (Impulsvortrag an der Uni Basel) |
|------------|--|

Kompetenzen

- | | |
|---------------|--|
| EDV | MS Office, SPSS, EndNote, Datenbankrecherche |
| Muttersprache | Deutsch |
| Fremdsprachen | Englisch, Französisch, Latein |
| Führerschein | Klasse B |

Wien, Oktober2009