

**Manuskriptfassung von Esther Indermaur, Pflegeexpertin APN, Fachstelle für psychosoziale Pflege und Betreuung, Spitex Zürich Limmat AG**

**Erschienen in der Zeitschrift NOVAcura 5-18**

Diese Artikelfassung entspricht nicht vollständig dem in der Zeitschrift «NOVAcura» veröffentlichten Artikel.

---

**Titel: Wenn der Alltag zur Herausforderung wird**

**Untertitel: Psychosoziale Pflege bei Spitex Zürich Limmat**

*Eine psychische Krise kann jeden treffen. Aufgaben, die vor kurzem noch problemlos gelungen sind erscheinen auf einmal kaum mehr lösbar. Aufzustehen und sich selbst zu versorgen kann zum unüberwindbar scheinenden Kraftakt werden. Es gelingt nicht, Sozialkontakte aufzubauen und aufrecht zu erhalten oder eine geeignete Tagesstruktur für sich zu finden. In einer psychischen Belastungssituation kann eine professionelle, vernetzte Unterstützung Betroffene dabei unterstützen, ihre Selbständigkeit möglichst schnell zurückzugewinnen.*

**Psychosoziale Pflege als Teil der Grundversorgung**

Häusliche Pflege gewinnt durch die demographische Entwicklung und die Verschiebung aus dem stationären in den ambulanten Bereich zunehmend an Bedeutung. Die Zahl der Spitex-Klientinnen Kundinnen und -Klienten hat zugenommen. Im Jahr 2016 wurden in der Schweiz über 339'960 Personen von verschiedenen Spitex-Organisationen gepflegt und betreut, im Jahr 2011 waren es noch rund 251'137 Personen, was einem Anstieg von 35% entspricht (Bundesamt für Statistik [BFS], 2016). Viele Klientinnen und Klienten der Spitex befinden sich in psychosozialen Belastungssituationen. Diese können durch psychische Erkrankungen aber auch durch andere, krankheitsbedingte Belastungen, aktuelle Krisensituationen oder Überlastungserlebnisse geprägt sein. Eine Schweizer Studie konnte 2003 nachweisen, dass von 600 zufällig ausgesuchten Spitex-Klientinnen und -klienten bei mindestens 45% ein psychiatrisches Problem im engeren Sinne bestand (Abderhalden & Lüthi, 2003).

In mehreren Urteilen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts wurde psychiatrische Pflege zu Hause im Jahr 2005 als Leistung der Grundversicherung bestätigt. Dabei bewegen sich die Pflegeleistungen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und sind zu Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Spitex Zürich Limmat ist Non Profit Organisation mit rund 1000 Mitarbeitenden und führt seit 2002 die Fachstelle für Psychosoziale Pflege und Betreuung. Die Pflege und Betreuungsleistungen von Non-Profit Spitex-Organisationen mit Versorgungsauftrag orientierten sich immer schon an einem ganzheitlichen Menschenbild und bezogen entsprechend neben körperlichen auch soziale und psychische Aspekte mit ein.

Spezialisierte psychosoziale Spitex-Organisationen unterstützt Menschen in herausfordernden Situationen mit Pflegephänomenen, die sich durch psychiatrische Pflege beeinflussen lassen. Beispiele hierfür sind Einsamkeit, Schwierigkeiten, den Alltag subjektiv sinnhaft zu gestalten oder anstehende Aufgaben im Alltag zu erledigen, das Fehlen von Bewältigungsstrategien bei Stressoren, wenig Zuversicht für die Zukunft, Machtlosigkeit oder Schwierigkeiten, die Erkrankung und die Therapie in den Alltag zu integrieren.

In einer Delphi-Befragung 2016 konnten folgende zentralen Aufgaben und Tätigkeiten Ambulanter psychiatrischer Pflege beschrieben werden:

- Beziehungsgestaltung als Grundlage der psychosozialen Unterstützung
- Pflegediagnostischer Prozess / Pflegeprozess
- Training von Alltagsfertigkeiten und sozialen Kompetenzen
- Management akuter psychischer Krisen
- Gesundheitsförderung, Prävention
- Management somatischer Begleiterkrankungen
- Zusammenarbeit mit Familienangehörigen/Partnern/anderen Bezugspersonen und Koordination und Vermittlung von Hilfen / Netzwerkbildung

(vgl. Weissflog, Schoppmann, & Richter, 2016).

### **Recovery-orientierte Grundhaltung**

Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet und zählen zu den häufigsten und am meisten einschränkenden Krankheiten überhaupt (Burla, Schuler, Rüesch, & Weiss, 2012). Gemäss dem Obsanbericht von 2012 leidet rund die Hälfte aller Menschen im Verlauf ihres Lebens darunter. Trotz der hohen Verbreitung besteht eine starke Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen. Über Medien wird oft ein negatives Bild vermittelt, das die Gefährlichkeit psychischer Erkrankungen hervorhebt (Byrne, 2000). In einer Befragung von Philo waren 70% der Befragten in England der Meinung, dass Schizophrenie-Erkrankte gefährlich und unberechenbar sowie unheilbar krank seien (Philo, 1996). Auch viele Fachpersonen haben eine pessimistische Haltung bezüglich der Möglichkeit von einer psychischen Erkrankung zu genesen (Peebles et al., 2007).

Als Gegenbewegung zu diesem Nimbus der Hoffnungslosigkeit entstand das Konzept der Recovery (Amering & Schmolke, 2012; Knuf, 2004). Übersetzt wird der Begriff oft mit Gesundung, Genesung, Wiedererlangen von Fähigkeiten (Amering & Schmolke, 2012). Eine Recovery-orientierte Haltung streicht die Wahlmöglichkeiten des betroffenen Menschen und das gemeinsame Streben nach Genesung und einem sinnerfüllten, möglichst selbstbestimmten Leben heraus. „... Recovery beinhaltet eine Wandlung des Selbst, bei der einerseits die eigenen Grenzen akzeptiert werden und andererseits eine ganze Welt voller neuer Möglichkeiten entdeckt wird“ (Deegan, 1996).

Es gibt zahlreiche Bestrebungen, die Schlüsselprinzipien von Recovery zu beschreiben (Anthony, 1993; Repper & Perkins, 2003 [i.e.] 2009). Die am häufigsten genannten sind: Hoffnung, Sinn und Aufgabe, Kontrolle und Wahlmöglichkeit, Selbstmanagement-Techniken, Kreativer Umgang mit Risiken, Beziehungen und soziale Inklusion (Zuaboni, Abderhalden, Michael Schulz, & Winter, 2012). Vor einigen Jahren wurden im Bestreben für eine allgemeine Definition mittels einer systematischen Literaturrecherche die CHIME-Prinzipien zur Operationalisierung von Recovery exploriert: Connectedness (Zugehörigkeit), Hope and Optimism about the Future (Hoffnung und Zuversicht), Identity (Positive Identität), Meaning in life (Sinn und Aufgabe) und Empowerment (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011).

Kasten: CHIME-Prinzipien nach Leamy et al.

C	Connectedness	Zugehörigkeit
H	Hope and Optimism about the future	Zuversicht
I	Positive Identity	Positive Rollenidentität
M	Meaning in Life	Sinnhafte/ sinnstiftende Aufgaben/ Tätigkeiten; Sinnhaftigkeit
E	Empowerment	Selbstbestimmter, befähigter Umgang Mit Erkrankung und Genesung

Psychosoziale Spitex-Pflege ist prädestiniert für eine Recovery-orientierte Arbeitsweise. Wo die traditionelle psychiatrische Behandlung „den Menschen mit einer schützenden Seifenblase umgibt und ihn von der Gesellschaft und so auch von seiner Zukunft abschirmt“ (eigene Übersetzung Syx 1995 in Rapp & Goscha, 2006), versucht Recovery die Selbstmanagementfähigkeiten zu fördern und Zuversicht zu wecken (Knuf, 2004). Die persönliche Expertise des Betroffenen ist von zentraler Bedeutung und er wird zum Treffen eigener Entscheidungen motiviert (Borg, Karlsson, Tondora, & Davidson, 2009). Recoveryorientierte Arbeitsweise ist geprägt durch das partnerschaftliche Verhältnis von Betroffenen und professionellen Helfern.

### ***Der Pflegeprozess in der psychosozialen Spitex***

Das partnerschaftliche Arbeitsverhältnis zwischen Pflegefachperson und Betroffenen zeigt sich im gesamten Pflegeprozess. Die Anmeldung für psychosoziale Spitex kann durch verschiedene Parteien erfolgen (betroffene Person, Angehörige, behandelnde Ärztin, Psychologe, psychiatrische Klinik, ...). Ob es zu einer Spitex-Begleitung kommt, wird in der Bedarfsabklärung vor Ort festgelegt. Mittels eines ganzheitlichen Assessments wird im Gespräch eingeschätzt, ob ein Bedarf für psychosoziale Pflege besteht und in welchem Ausmass dies Sinn ergibt. Gemeinsam mit der betroffenen Person und ggf. ihren Angehörigen werden Ziele, Inhalt, Möglichkeiten und Grenzen der Pflege besprochen. Die Einsätze erfolgen, wie alle krankenkassenpflichtigen Leistungen der SpiteX, nach ärztlicher Verordnung.

Nach dem Assessment erfolgt die gemeinsame Pflegeplanung. Die Klientin / der Klient und die Pflegefachperson formulieren zusammen die priorisierten Pflegeprobleme, die zugehörigen Ziele und Massnahmen und planen den Inhalt, die Dauer und die Frequenz der Einsätze. Dabei stützt sich die Pflegefachperson auf ihr Fachwissen und ihre Erfahrung. Psychosoziale Pflege orientiert sich an der grösstmöglichen Selbständigkeit der Betroffenen und hat das Ziel, das Selbstmanagement zu steigern. Entsprechend wird sie nicht kompensierend, sondern befähigend tätig. Wenn ein Mensch zum Beispiel unter Einsamkeit leidet, verbringt nicht die Pflegefachperson möglichst viel Zeit mit dem Menschen, sondern identifiziert gemeinsam mit ihm Stolpersteine in der Beziehungsgestaltung und erarbeitet gemeinsam Möglichkeiten, Sozialkontakte aufzubauen. Die SpiteX-Organisationen mit Versorgungsauftrag bieten eine bedarfs- und keine bedürfnisorientierte Pflege an. Angeboten werden evidenzbasierte Pflegemassnahmen, die die gesunden Anteile der Person stär-

ken und sie möglichst wenig vom professionellen Helfernetz abhängig machen. Das kann bei Betroffenen zunächst auf Unverständnis und teilweise auch auf Enttäuschung stossen, ist auf Dauer aber die nachhaltigere Art der Zusammenarbeit.

Bei der Fachstelle Psychosoziale Pflege und Betreuung von Spitex Zürich Limmat arbeiten alle Klientinnen und Klienten während der gesamten Begleitung mit einer konstant zuständigen Psychiatriepflegefachperson. Der Umfang und die Dauer der psychosozialen Unterstützung sind dabei situationsabhängig und schwanken zwischen wenigen Wochen bis zu mehreren Jahren. Auch die Zielgruppe psychosozialer Spitex ist sehr breit. Von jugendlichen bis zu hochaltrigen Personen kann jeder Mensch in eine psychische Ausnahmesituation mit Unterstützungsbedarf geraten und den aktuellen Herausforderungen nicht alleine gewachsen sein. Im ambulanten Bereich stehen in solchen Situationen verschiedene Leistungen der Grundversorgung zur Verfügung, zu der auch Spitex-Pflege zählt.

### ***Die Zusammenarbeit im professionellen Helfernetz***

Das Gesundheitssystem ist komplex und die Möglichkeiten, Angebote und Dienstleistungen schwer zu überblicken. Diese Komplexität könnte ein Grund sein, dass der Zugang zu psychiatrischen Dienstleistungen für marginalisierte Personen erschwert ist und ihre Behandlungsmöglichkeiten dadurch vermindert sind (OECD-Bericht Nr.12/13). Eine ungenügende Versorgung geht mit einem erhöhten Risiko für schwere Verläufe, Chronifizierung, Komorbidität, soziale Isolation und Suizidalität einher (Meyer, Meyer & Camenzind, 2003).

Im ambulanten Setting arbeiten Gesundheitsprofis aus verschiedenen beruflichen Bereichen mit jeweils eigener Fachsprache, unterschiedlichen Paradigmen, verschiedenen Blickwinkeln und eigener beruflicher Sozialisation gemeinsam mit der betroffenen Person zusammen. Um jede betroffene Person gruppiert sich eine kleinere oder grössere Zahl professionell Helfender: Spitex, Psychiaterinnen, Psychologen, Hausärztinnen, Ergotherapeuten, Arbeitstherapeutinnen, Sozialarbeitende, Beistände, Familienhelfer und so weiter. Wenn diese Leistungen nicht koordiniert werden, ergeben sich Doppelspurigkeiten und Missverständnisse, die zu Verwirrung, Beziehungsabbrüchen, Fehlbehandlungen, Konflikten und zu unnötigen Mehrkosten führen können. Koordinations- und Beratungsaufgaben sowie der Aufbau von tragfähigen Netzwerken sind deshalb ein zentraler Bestandteil der psychosozialen Spitex. Je transparenter die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Beteiligten im Helfernetz erfolgt, desto einfacher ist sie auch für die betroffene Person nachvollziehbar. Diese Person ist Expertin für ihre Situation und das Erleben ihrer Erkrankung und somit ein unverzichtbarer Bestandteil in der Behandlungsplanung. Die Wahrnehmung und Förderung der Bedürfnisse und Interessen der betroffenen Person (Advocacy) sind Schlüsselaufgaben der Pflege (SBK, 2008).

Multiprofessionalität im ambulanten Bereich stellt hohe Anforderungen an alle Beteiligten, gleichzeitig zeigt sich aber ein grosser Nutzen für betroffene Personen, wenn die Zusammenarbeit gelingt. Internationale Forschungsarbeiten über gemeindenahere aufsuchende Modelle erbrachten neben Kosteneffizienz eine grössere Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen und eine geringere Stigmatisierung. Zu den wichtigsten Konzepten in aufsuchenden Modellen gehört der multiprofessionelle und mobile Ansatz (Burns, 2002). Multiprofessionalität ist in der Schweiz für die traditionellen, ambulanten Grundversorger (Spitex, Hausärzte, niedergelassene Psychiaterinnen, etc.) nur möglich, wenn die Zusammenarbeit der Einzelnen und damit die koordinierte oder integrierte Versorgung gelingt. Für Betroffene hat diese Form der Zusammenarbeit den grossen Vorteil, dass sie ihre angestammten Behandelnden (wie zum Beispiel die seit Jahrzehnten bekannte Hausärztin)

behalten können und das Netz je nach Bedarf ergänzt oder verkleinert wird, statt vollständig neu geknüpft. Für die professionellen Helfer bedeutet diese Form der Zusammenarbeit, dass sie für jeden Klienten mit anderen Mitarbeitenden, samt deren Eigenheiten, zusammenarbeiten.

### ***Mind the gap – ein Beispiel koordinierter Versorgung***

Seit 2016 wird in Zürich ein Modellprojekt von Spitex Zürich (der Dachmarke von Spitex Zürich Limmat, Spitex Zürich Sihl und Spitex Zürich SAW) gemeinsam mit der Psychiatrischen Poliklinik (PPZ) durchgeführt. Das Projekt Mind the Gap soll die Lücke zwischen Spitex als freiwillige, pflegerische Leistung im häuslichen Einzelkontakt und PPZ, als psychiatrisch-medizinischem Grundversorger mit dem Angebot von Hausbesuchen schliessen.

Das Projekt steht auf zwei Säulen: In MoKit plus (Mobilie Kriseninterventionsteams plus) werden Menschen in psychischen Krisen in zum Teil desolaten Wohnsituationen gemeinsam durch eine Spitex-Pflegefachperson und eine Psychiaterin / einen Psychiater zu Hause aufgesucht. Oft hat die betroffene Person kein bestehendes Helfernetz und befindet sich in einer Notsituation. Gemeinsam wird versucht, die bestmögliche Lösung zu finden und einen Zugang zum Versorgungssystem zu schaffen. Oft kann so einer Klinikeinweisung vorgekommen werden.

Die zweite Säule von Mind the Gap sind zwei niederschwellige Gruppenangebote für schwer und chronisch psychisch erkrankte Menschen. Gruppenangebote stehen langzeiterkrankten Betroffenen nur sehr eingeschränkt zur Verfügung, obwohl ihre Evidenz vielfach nachgewiesen wurde. Das Erleben sozialer Zugehörigkeit, die Interaktion mit Anderen sowie das Erlernen von Achtsamkeitsbasierten Übungen werden von den Teilnehmenden sehr geschätzt.

Mind the Gap ist ein Beispiel dafür, wie bestehende Angebote durch Kombination ihrer Ressourcen ein Angebot schaffen können, das Menschen zugutekommt, die durch das reguläre Versorgungsnetz fallen.

## References

- Abderhalden Ch., Lüthi R. et al. (2003). *Häufigkeit, Art und Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Spitem Klientinnen in den Kantonen Zürich und St. Gallen*. WE`G
- Amering, M., & Schmolke, M. (2012). *Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit* (5., überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Borg, M., Karlsson, B., Tondora, J., & Davidson, L. (2009). Implementing person-centered care in psychiatric rehabilitation: What does this involve? *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 46(2), 84–93.
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2016). Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Retrieved from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/spitex.html>
- Burla, L., Schuler, D., Rüesch, P., & Weiss, C. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2012. Obsan Bericht: Vol. 52*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(01), 65–72. <https://doi.org/10.1192/apt.6.1.65>
- Deegan, P. (1996, September). *Recovery and the Conspiracy of Hope*. "There's a Person In Here": The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand., Brisbane.
- Knuf, A. (2004). Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus: Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. *Zeitschrift für Soziale Psychiatrie*, 1, 1–11.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Peebles, S. A., Mabe, P. A., Davidson, L., Fricks, L., Buckley, P. F., & Fenley, G. (2007). Recovery and systems transformation for schizophrenia. *The Psychiatric clinics of North America*, 30(3), 567–583. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.04.009>
- Philo, G. (1996). *The media and public belief: Media and Mental distress*. Essex: Addison Wesley Longman Ltd.
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2006). *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities*. New York: Oxford University Press.
- Repper, J., & Perkins, R. (2003 [i.e.] 2009). *Social inclusion and recovery: A model for mental health practice* (Reprinted.). Edinburgh: Baillière Tindall.
- Weissflog, S., Schoppmann, S., & Richter, D. (2016). Aufgaben und Tätigkeiten der Ambulanten Psychiatrischen Pflege in der Schweiz und in Deutschland: Ergebnisse eines länderübergreifenden Forschungsprojekts. *Pflegewissenschaft*, 18, 180–191.
- Zuaboni, G., Abderhalden, C., Michael Schulz, & Winter, A. (Eds.). (2012). *Recovery praktisch!* Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.