

Fokusgruppe Betroffene PPV

Wir sind der Ansicht, dass durch die Evaluierung der Pilotprojekte festgestellt werden soll, ob sich die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten durch den Psychiatrischen und Psychosomatischen Versorgungsplan Wien 2030 verbessert.

Die Fokusgruppe Betroffene hat deshalb in diesem Dokument Kriterien festgehalten, an denen sie messen möchte, inwieweit die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten bei der Umsetzung der Pilotprojekte berücksichtigt werden.

Teil A - Leitgedanken

Teil B - Allgemeine Standards

Teil C - Ambulanz

Teil A - Leitgedanken

Für uns bedeutet gesund sein/Gesundheit:

Vor allem die Erkenntnis, „dass all unsere Symptome einen Sinn hatten und nicht „verrückt“ waren. Es handelte sich um Reaktionen auf schwierige Erfahrungen aus der Kindheit und Jugend. Wir sind keine „Aliens“ sondern Menschen, die schwere Belastungen hatten und haben. Was von der klassischen Psychiatrie als „Symptome“ bezeichnet wird, sind letztlich [unbewusste] Bewältigungsstrategien, die das Überleben gesichert haben.“ (zitiert nach: Andreas Knuf (Hg.) (2009): *Gesundung ist möglich! Borderline-Betroffene berichten*. Balance Buch- und Medien-Verlag, Bonn, Seite 236)

Mit diesem Verständnis konnten wir lernen, mit neuen (Lebens-)Krisen angemessen und bewusst kreativ umzugehen (z.B. uns rechtzeitig Hilfe zu holen). Weil wir unsere Verletzungen und Schwachstellen kennen und verstehen gelernt haben, können wir nun achtsamer mit uns umgehen.

Dadurch wird es uns mehr und mehr möglich, ein selbstbestimmtes und zufriedenes Leben zu führen.

Wesentlich für uns in diesem Bewältigungsprozess waren und sind Beziehungen. Besonders eine von beiden Seiten **vertrauensvolle und Halt gebende Beziehung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten** sowie eine kompetente und wertschätzende Begleitung haben unser individuelles Wachstum unterstützt. In diesen Beziehungen haben wir erfahren, dass wir:

- a) als verletzte Person achtungsvoll wahrgenommen werden,
- b) in unserem Fühlen und Erleben begleitet und unterstützt werden,
- c) geschützt und nicht ausgenutzt werden,
- d) mit Neugier alternative Methoden offen neben der medizinischen und der Psychotherapie finden und in Anspruch nehmen dürfen (wie z.B. Homöopathie, TCM, Ernährung,...),
- e) durch körperorientierte Therapien und geschützte körperliche Selbsterfahrungsmöglichkeiten unser oft irritiertes Verhältnis zum eigenen Körper verändern und (wieder) zu einem gesunden Körperbewusstsein finden können (Shiatsu, Feldenkrais, Yoga, Tanztherapie, Forum-Theater, Entspannungstechniken,...),
- f) Medikamente langsam und risikoarm reduzieren und zeitweise oder auf Dauer ganz weglassen können.
- g) Therapieabbrüche und Therapeut*innenwechsel sollen soweit wie möglich verhindert werden.

Diese Gedanken wurden bereits in der Broschüre „Mut und Hoffnung in der Krise. Ratgeber von Psychose-Erfahrenen für Betroffene 2013“ von Betroffenen formuliert.

Teil B - Allgemeine Standards

Behandlungsvereinbarung

Patientinnen und Patienten haben ein Recht darauf, dass ihnen das Behandlungsteam mit oben beschriebener Haltung (Teil A – Leitgedanken) begegnet.

- a) Die Behandlungsvereinbarung beinhaltet als Basis oben beschriebene Leitgedanken.
- b) Die Behandlungsvereinbarung ist die schriftliche Grundlage, auf der eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patientinnen/Patienten und Behandlungsteam aufgebaut werden kann.
- c) In der Behandlungsvereinbarung werden die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen/Patienten festgehalten.
- d) Patientinnen/Patienten können sich darauf verlassen, dass das Behandlungsteam die Behandlungsvereinbarung einhält.
- e) In der Behandlungsvereinbarung können unter anderem hilfreiche Medikamente und nicht hilfreiche Medikamente aufgelistet werden, um unter Umständen schädliche Wechselwirkungen zu verhindern.
- f) Durch das Abschließen von Behandlungsvereinbarungen sollen Unterbringungen und Zwangsbehandlungen vermieden werden.
- g) Wenn noch keine Behandlungsvereinbarung besteht, sollten die behandelnden Ärzte/Ärztinnen die Patienten/Patientinnen auf die Möglichkeit einer solchen Behandlung hinweisen und auf Wunsch mit den Patienten/Patientinnen eine solche abschließen. Die Patienten/Patientinnen sollten auf Wunsch Vertrauenspersonen hinzuziehen können.

Standards für das Diagnostizieren

- a) Das Erstellen von Diagnosen sollte stets vorsichtig und vorläufig geschehen - ganz besonders, wenn jemand das erste Mal mit psychiatrischer Versorgung in Berührung kommt.
- b) Dabei sollte die gesamte Situation der Patientin/des Patienten berücksichtigt werden.
- c) Immer wieder sollte gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten überprüft werden, ob es zu Veränderungen gekommen ist.
- d) Es sollte darauf geachtet werden, ob das Erstellen einer Diagnose für die Patientin/den Patienten hilfreich ist oder ihr/ihm schadet.
- e) Gestellte Diagnosen sollen nicht endgültig sein und auch wieder aus den Krankengeschichtsakten entfernt werden können, wenn diese zum derzeitigen Befinden der Patientin/des Patienten nicht mehr passen.
- f) Egal welche Diagnose vorläufig gestellt wird, sollte die Patientin/der Patient nicht auf diese reduziert werden und ihr/ihm vorurteilsfrei begegnet werden.
- g) In der Ambulanz sollten prinzipiell keine Diagnosen gestellt werden.

Arztbrief

- a) Beim Erstellen jedes Arztbriefs sollte das prozesshafte Geschehen im Vordergrund stehen.
- b) Eine Entwurfsansicht sollte gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten besprochen werden und zu einer Endfassung erstellt werden.
- c) In dem Arztbrief soll die Sozialanamnese wertschätzend, ressourcenorientiert und nicht defizitorientiert schriftlich festgehalten werden.
- d) Wenn nötig sollten darin auch Informationen bezüglich der Medikation enthalten sein (z.B. warum welches Medikament verschrieben wird)
- e) Wenn eine Patientin/ein Patient den Wunsch hat, Medikamente zu reduzieren oder auszuschleichen, sollte dies akzeptiert und unterstützt werden. (Schulungen der Ärztinnen und Ärzte im Begleiten von risikoarmen Reduzieren und Ausschleichen von Psychopharmaka)
- f) Der Inhalt des Arztbriefs sollte für die Patientin/den Patienten verständlich und nachvollziehbar sein.
- g) Der Arztbrief soll auch auflisten, an welche Stellen sich die Patientin/der Patient wenden kann, aber nicht muss.

Begleitung beim risikoarmen Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka

Patientinnen und Patienten, denen Psychopharmaka verschrieben werden, sollten vom Behandlungsteam auch über das risikoarme Reduzieren und Absetzen informiert, sowie - wenn von ihnen gewünscht - dabei unterstützt und begleitet werden:

https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Flyer_Infoblatt_KuFo-Programme_Broschueren/ReduktionNeuroleptika_2014_web.pdf

Es sollte für Patienten/Patientinnen die Möglichkeit geben, dies – wenn gewünscht – im Rahmen eines stationären Aufenthaltes zu tun.

Beratende und begleitende Sozialarbeit

Es gibt zu wenig Unterstützung durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Durch das mangelnde Angebot geraten immer wieder Menschen auch aufgrund z.B. finanzieller Probleme, Probleme mit Nachbarn, Überforderung durch Kind/er, Haushalt etc. in psychische Krisen und müssen dann medizinisch behandelt werden. Unseres Erachtens braucht es deshalb mehr Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, die in der Ambulanz aufgesucht werden können, auch ohne medizinische Behandlung in Anspruch nehmen zu müssen.

Implementierung der Peerarbeit

Dazu gibt es bereits Literatur, die unserer Vorstellung entspricht:

Jörg Utschakowski „Mit Peers arbeiten – Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung“, Psychiatrie Verlag, 1. Auflage 2015, ISBN Print 978-3-88414-625-5, ISBN PDF 978-3-88414-870-9

Darin sind unter anderem beschrieben:

- Funktionen von ausgebildeten Peers, Seiten 46 bis 50
- Die Aufgabe von Peers, Seiten 50 bis 52
- Die Position von Peers, Seiten 52 bis 53

http://www.peerplus.ch/Joomla/images/peerplus/Dokumente/PositionspapierPeer_QualittRichtlinien.pdf

Themen wie Ausbildung, Qualifikation, Tätigkeitsbereiche und Anstellungsbedingungen sowie „Best Practice“ sind hier vom Verein Peer+ zusammengefasst.

Unabhängige Beschwerdestelle

Wenden sich psychisch erkrankte Menschen an eine herkömmliche Beschwerdeinstanz, haben sie häufig das Gefühl, dass diese eher auf der Seite der Einrichtungen steht und Beschwerden nicht in ihrem Sinne behandelt werden. Es bedarf besonderer Unterstützung und Einfühlungsvermögens, Patientinnen und Patienten dazu zu ermutigen, sich für ihre Rechte einzusetzen und damit indirekt auch die psychiatrische und psychosoziale Versorgung zu verbessern. Um die Anliegen der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verstärkt in das Gesundheitssystem zu integrieren soll daher eine unabhängige Beschwerdestelle für sie geschaffen werden:

- a) von der Stadt Wien, der WGKK oder anderen finanziert
- b) trialogisch besetzt
- c) von ausgebildeten Peers geleitet
- d) unabhängig und nicht weisungsgebunden
- e) im Auftrag der Beschwerdeführenden tätig
- f) Verschwiegenheit über alle personenbezogenen Angelegenheiten
- g) Zusammenarbeit mit bestehenden Angeboten oder Maßnahmen der Qualitätssicherung

Teil C - Ambulanz

- a) Die Anliegen der Menschen, die in die Ambulanz kommen, sollen ernst genommen werden.
- b) Der Mensch, der in die Ambulanz kommt, soll selbst entscheiden können, ob er eine Behandlung braucht oder nicht. Wenn jemand z.B. aus finanziellen Gründen Schlafprobleme hat und aus seiner/ihrer Sicht einer Behandlung bedarf, sollte er diese erhalten. So können schwerere Krisen verhindert werden. Das trägt einerseits zur Prävention bei, andererseits wirkt es auch entstigmatisierend auf die Ambulanzen.
- c) Die Ambulanz sollte vor allem ein Ort sein, wo man sich jederzeit willkommen fühlt. Bei Menschen, denen es aufgrund ihres Befindens schwer fällt zu warten, sollten möglichst Wartezeiten vermieden werden.
- d) Die Unterteilung der Ambulanz in Aufnahme/Entlassung/Notfall ist unserer Ansicht nach nicht zielführend. Es sollte eine Ambulanz geben, in der der Mensch, der Unterstützung sucht, im Mittelpunkt steht und freundlich und seinen Bedürfnissen entsprechend empfangen wird.
- e) Menschen, die stationär aufgenommen sind, sollen nicht über die Ambulanz sondern über die Station entlassen werden. Die Entlassung sollte im Rahmen des stationären Aufenthalts gut vorbereitet werden und kann deshalb nicht in die Ambulanz ausgelagert werden. Auch bei stationären Aufenthalten sollten die oben beschriebenen Leitgedanken und allgemeinen Standards gelten.

Angebote der Ambulanz sind:

- 1) Gespräch zur Abklärung, das führen kann...
 - a) zu Netzwerkgesprächen oder
 - b) zur Weitervermittlung an andere Formen der Unterstützung/Begleitung oder
 - c) zu einer ambulanten Behandlung (auch über einen längeren Zeitraum) oder
 - d) zu einer Aufnahme auf die Station
- 2) Krisenintervention – mobile Krisenteams
- 3) Krisenbegleitung im eigenen Zuhause oder in einer Krisenwohnung

1. Gespräch zur Abklärung

Das Gespräch findet in der Ambulanz oder auf Wunsch der Patientin/des Patienten zu Hause oder an einem anderen gewünschten Ort statt. Ziel des Gesprächs ist das gemeinsame Finden einer passenden Unterstützung.

Folgende Kriterien sind wichtig:

- a) Der Zeitpunkt des Gesprächs sollte sich nach der Dringlichkeit der Probleme oder Krise der Patientin/des Patienten richten. Wartezeiten möglichst vermeiden.
- b) Gespräche grundsätzlich mit der Patientin/dem Patienten (nicht über die Patientin/den Patienten) führen.
- c) Die Gesprächspartner nehmen sich Zeit für das Gespräch und das Zuhören.
- d) Gesprächspartner der Patientin/des Patienten kann/können sein:
 - Arzt/Ärztin und/oder
 - Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin und/oder
 - Therapeut/Therapeutin und/oder
 - Psychologe/Psychologinauf Wunsch der Patientin/des Patienten optional anwesend:
 - Vertrauensperson/en, Angehörige, wichtige Menschen aus dem sozialen Umfeld
 - ausgebildete Peers
 - Patient*innenanwaltschaft (UbG)
- e) Offene weiterführende Fragen zu Beginn stellen.
- f) Auf die Äußerungen der Patientin/des Patienten sowohl verbal als auch nonverbal antworten.
- g) Die beteiligten Personen bemühen sich, die Vorgeschichte und die auslösenden Bedingungen der Krise sowie die Interaktionen im sozialen Netzwerk der Patientin/des Patienten zu verstehen und die therapeutischen Beziehungen und Hilfestellungen aus diesem Verständnis heraus zu gestalten.
- h) Krisen enthalten immer auch das Potential für eine Neubestimmung der Lebenssituation, das im gemeinsamen Gespräch mit der Patientin/dem Patienten genutzt werden soll.
- i) Das Fühlen und Erleben der Patientin/des Patienten als erzählte Erfahrungen - statt als Symptome - wahrnehmen und darin einen Hinweis auf Lösungsansätze sehen.
- j) Vielfältige Standpunkte der beteiligten Personen erfragen.
- k) Verschiedene therapeutische Zugänge (auch die Perspektive von ausgebildeten Peers) sollen einander ergänzen (nicht einander behindern oder ausschließen).
- l) Größtmögliche Gleichwertigkeit zwischen der Patientin/dem Patienten und den beteiligten Personen (auf gleicher Augenhöhe).
- m) Auf Offenheit, Transparenz und Klarheit im Gespräch achten.
- n) Unsicherheit aushalten und vorzeitige Schlussfolgerungen und Entscheidungen vermeiden.
- o) Gemeinsam Verantwortung tragen.
- p) Jeder Fall wird als einmalig angesehen, daher gibt es keine standardisierte Behandlung oder festgelegten Behandlungsprogramme.
- q) Es muss immer davon ausgegangen werden, dass Genesung möglich ist.
- r) Therapeutische Aktivitäten (auch Medikamente) gemeinsam planen und flexibel ausführen, sodass diese den tatsächlichen Bedürfnissen der Patientin/des Patienten und ihres/seines Netzwerkes entsprechen – die Patientin/der Patient hat als Expertin/Experte für ihre/seine eigene Lebenssituation zu gelten.

2. Krisenintervention – mobile Krisenteams

Mobile Krisenteams stehen 24 Stunden und 365 Tage im Jahr zur Verfügung. Krisenteams kommen nach Hause oder an andere Orte und begleiten Menschen bei der Bewältigung ihrer Krise.

Die Haltung gegenüber einem Menschen in einer psychischen Krise sollte aufgeschlossen, möglichst unvoreingenommen und nicht wertend sein. Menschen in psychischen Krisen sollte man als Unterstützer*in vorurteilsfrei begegnen, zusätzliche Verängstigung vermeiden und dabei keine pathologisierenden Bezeichnungen und Diagnosen verwenden.

Die Entscheidung über die Art der Behandlung sollte – bedürfnisangepasst – im Rahmen von Netzwerkgesprächen mit dem betroffenen Menschen und den Personen seines sozialen Netzwerks getroffen werden. Oben genannte Kriterien (1. Gespräch zur Abklärung) sind dabei wichtig und zu erfüllen.

Das mobile Krisenteam sollte nach folgenden Prinzipien organisiert sein:

- a) sofortige Hilfe in Krisen, möglichst rasch
- b) zwei oder mehr Unterstützer*innen, die entsprechend ausgebildet sind
- c) falls es eine Behandlungsvereinbarung gibt, diese berücksichtigen
- d) Netzwerktreffen von Beginn an und kontinuierlich bei Bedarf – werden auch fortgesetzt wenn der betroffene Mensch stationär aufgenommen wird
- e) Verantwortlichkeit des Krisenteams für die Durchführung des gesamten Behandlungsprozesses (auch als kontinuierliche Ansprechpersonen)
- f) Beziehungskontinuität (soweit wie möglich)

3. Krisenbegleitung im eigenen Zuhause oder in einer Krisenwohnung

Menschen in einer Krise sollten sich entscheiden können zwischen einer stationären Aufnahme oder einer intensiven Begleitung zu Hause oder in einer Krisenwohnung. Durch die gemeinsame Planung und das Aushandeln der konkreten Begleitung werden funktionierende Anteile und die eigene Verantwortung gestärkt. In Gesprächen und im gemeinsamen Tun werden verbliebene Verbindungen zur gemeinsamen Realität und eigene Stärken und Fähigkeiten erhalten und ausgebaut.

Folgende Kriterien sind wichtig:

- Anwesenheit der Krisenbegleitung, die in physischer und psychischer Nähe durch die Krise begleitet.
- Die Krisenbegleitung fühlt sich in das Erleben des Menschen in der Krise ein und stellt die sichernde Rückbindung zur gemeinsamen Realität dar.
- Die Krisenbegleitung geht auf Gesprächs- und Rückzugswünsche ein.
- Die Krisenbegleitung lässt sich auf den jeweils individuellen Prozess ein und gibt Sicherheit.