Thieme

Wie gelingt Home Treatment in der Praxis? Eine qualitative Studie unter Einbezug von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden

How does Home Treatment Work out in Practice? A Qualitative Study Among Patients, Relatives, and Staff

Autoren

Lea Wyder[1,2], Celia Fawcett[3], Urs Hepp[4], Martin grosse Holtforth[2,5], Niklaus Stulz[1,2,3]

Institute

1 Psychiatrische Dienste Aargau AG, Brugg, Schweiz
2 Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Bern, Schweiz
3 Medizinische Fakultät, Universität Zürich, Schweiz
4 Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Winterthur, Schweiz
5 Kompetenzzentrum für Psychosomatik, Inselspital Bern, Schweiz

Schlüsselwörter

Home Treatment, Nutzerperspektive, thematische Analyse

Keywords

home treatment, user perspective, thematic analysis

Bibliografie

DOI https://doi.org/10.1055/a-0665-6094
Online-Publikation: 27.8.2018 | Psychiat Prax 2018; 45: 405–411
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Urs Hepp, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Postfach 144, 8408 Winterthur, Schweiz
urs.hepp@ipw.zh.ch

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie Identifikation von Wirkmechanismen und von Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung von Home Treatment (HT) aus Stakeholder-Sicht.
Methoden Thematische Analyse halbstrukturierter Interviews mit Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden, Online-Umfrage mit Mitarbeitenden.
Ergebnisse 25 Interviews und 70 Fragebögen wurden analysiert.
Schlussfolgerung Zentrale Themen sind: Individualisierung und Alltagsnähe der Behandlung, Behandlungskonzept sowie Anforderungen. Herausforderungen für die Umsetzung betreffen Indikationsstellung, Zuweisungszeitpunkt und Verantwortungsübernahme.

ABSTRACT

Objective To identify effective components of home treatment (HT) and to evaluate the implementation of a new HT team from a service user perspective.
Methods Experiences of patients, relatives and staff were assessed using semi-structured interviews and an online questionnaire. Thematic analysis was applied to determine key themes.
Results 25 interviews and 70 questionnaires were analysed. Four key themes emerged: individualisation, proximity to daily life, conceptual aspects, and requirements (for patients and for the service model). Major challenges for the implementation of HT were the suitability for HT, time of referral to HT, and handing over of responsibility from hospital staff to the HT team.
Conclusion Essential requirements for HT are no-harm agreements, patients' ability to maintain daily routines, and shared responsibility between patients and staff. Implementing HT within an existing care system should be accompanied by sufficient information on the new service model for other service providers involved. This may be achieved through HT team members visiting hospital wards and outpatient facilities, illustrating functioning and limitations of HT using case reports.

Heruntergeladen von: UZH Hauptbibliothek / Zentralbibliothek Zürich. Urheberrechtlich geschützt.

Einleitung

Hintergrund

Psychiatrisches Home Treatment (HT) umfasst die tägliche, wohnfeldbasierte, rund um die Uhr verfügbare und zeitlich begrenzte Behandlung von krisenhaft erkrankten Menschen durch ein multiprofessionelles Team [1, 2]. Das HT fokussiert in akuten Krankheitsphasen auf Krisenintervention, Medikation und Gespräche unter unmittelbarem Einbezug des sozialen Umfelds und stellt somit eine Alternative zum stationären Aufenthalt dar [2, 3].

Evidenz und Wirksamkeit

Im angelsächsischen Raum findet das HT-Konzept bereits seit 15 Jahren weite Verbreitung [4]. Dabei zeigte sich, dass HT die Anzahl stationärer Wiedereintritte sowie die Anzahl stationärer Behandlungstage senken und Behandlungsabbrüche reduzieren kann [5]. Weiter berichten Angehörige von HT-Patienten eine tiefere Belastung, und sowohl HT-Patienten als auch deren Angehörige geben eine höhere Behandlungszufriedenheit an als ausschließlich stationär behandelte Vergleichsgruppen [5].

Zu den Wirkfaktoren von HT werden u. a. regelmäßige Hausbesuche, die gemeinsame Verantwortung für die psychiatrische und die soziale Versorgung, längere Servicezeiten als Institutsambulanzen, das Vorhandenseins eines Psychiaters im Team, die Arbeitserfahrung und das Engagement von Mitarbeitenden sowie die intensive Vernetzung mit weiteren psychiatrischen Angeboten gezählt [6 – 8]. Qualitative Untersuchungen identifizieren aus der Nutzersicht folgende 3 zentrale Aspekte: niederschwelliger Zugang/rasche Verfügbarkeit, „als Mensch verstanden zu werden“ und der Umgang mit Krisen im Alltagskontext [9].

International zeigt sich eine erhebliche konzeptuelle Heterogenität von Modellen zur häuslichen Akutbehandlung [1, 5, 10] und die Nachhaltigkeit neuer HT-Angebote bedarf generell weiterer Erforschung [11]. Im deutschsprachigen Raum beschränkt sich der Implementierungsstand von HT bisher auf wenige Modellprojekte [12 – 15], was vorwiegend in der streng sektorisierten Finanzierung (ambulant vs. stationär) begründet liegt [16]. Mit der 2016 in Deutschland geschaffenen gesetzlichen Grundlage für die „stationsäquivalente Behandlung“ ist die Implementierung von HT in die psychiatrische Grundversorgung einen Schritt vorangetreten [17]. Es stellt sich nun die Herausforderung, dass eine solche Systemintervention Zielkonflikte hervorruft, da Kompetenzen bestehender Versorgungsanbieter tangiert werden und Anpassungen von klinischen Arbeitsprozessen erforderlich werden [17, 18]. Aktuell besteht ein Bedarf an praxisorientierten Studien, die eine nachhaltige Umsetzung von HT aufzeigen. Neben quantitativen Wirksamkeitsnachweisen sollte die Etablierung des HT auch von qualitativen Erkenntnissen aus der Nutzerperspektive begleitet werden. Diese Herangehensweise stützt sich auf Bestrebungen der WHO, die Neu-/Weiterentwicklung von wirksamen und bedürfnisangepassten Behandlungsangeboten durch Einbinden der *Service-User* zu optimieren [19 – 21].

Zielsetzung

Die vorliegende Studie untersuchte Wirkmechanismen des HT aus Sicht verschiedener Stakeholder. Es wurden Erfahrungsberichte von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden integriert (Teilstudie 1). Weiter wurde die klinikinterne Implementierung des HT-Angebots aus Sicht von Klinik- und HT-Mitarbeitenden qualitativ evaluiert (Teilstudie 2).

Fragestellungen

Teilstudie 1 – Interviews mit Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden

- Wie wirkt HT?
- Was sind Vor- und Nachteile von HT im Vergleich zur stationären Behandlung?

Teilstudie 2 – Mitarbeiterumfrage zur Etablierung des HT-Angebots

- Was sind spezifische Herausforderungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Klinikmitarbeitenden und HT-Team?
- Für welche Patienten und in welchen Situationen ist das HT ein geeignetes (bzw. ungeeignetes) Behandlungsmodell?
- Gibt es strukturelle Verbesserungsmöglichkeiten?

Methoden

Rahmendaten

Das HT-Angebot der Psychiatrischen Dienste Aargau (PDAG) wurde 2015 im Rahmen eines 3-jährigen Pilotprojekts eingeführt und anhand einer randomisierten kontrollierten Begleitstudie evaluiert (ClinicalTrials.gov: NCT02322437). Es wurden ausschließlich Patienten im HT behandelt, die folgende Einschlusskriterien erfüllten: Alter zwischen 18 – 64 Jahren, ICD-10-Hauptdiagnose F2 – F6, F8 – F9, fester Wohnsitz in weniger als 30 Minuten von der Klinik erreichbar und ausreichende Deutschkenntnisse. Ausschlusskriterien waren Alkohol-, Kokain- oder Opioidabhängigkeit, organische psychiatrische Störungen sowie Intelligenzminderung.

Patienten wurden dem HT-Team entweder direkt vom klinikinternen Triagezentrum nach Feststellung einer stationären Behandlungsbedürftigkeit zugewiesen [22], häufiger aber erst nach einigen Tagen stationärer Stabilisierung (z. B. bei akuter Suizidalität) von den Klinikstationen überwiesen. Zeitgleich konnten ca. 12 Patienten im HT behandelt werden. An Wochentagen fand täglich ein Patientenrapport im Team statt. In Notfällen war der HT-Bereitschaftsdienst rund um die Uhr telefonisch erreichbar und bei Bedarf innerhalb von 30 Minuten vor Ort. Das HT-Team der PDAG bestand aus Ärzten, Psychologen, Pflegefachpersonen, einer Sozialarbeiterin und einer Teamassistentin. Hausbesuche fanden an mindestens 6 Tagen pro Woche statt, mit zusätzlicher Möglichkeit von Telefonkontakten. Inhalte des HT waren die medikamentöse Einstellung, psychotherapeutische Interventionen im Einzel-, Paar- oder Familiensetting, Beratung und Begleitung in sozialen Angelegenheiten sowie die Vermittlung von geeigneten Anschlusslösungen.

Heruntergeladen von: UZH Hauptbibliothek / Zentralbibliothek Zürich. Urheberrechtlich geschützt.

▶ **Tab. 1** Patientenmerkmale der Teilstudie 1.

Teilnehmer	Geschlecht	Alter	Diagnose (ICD-10)	Wohnsituation	HT	frühere HT-Behandlungen	frühere stationäre Behandlungen	Interview Angehörige
1	m	64	F33.1, F40.1	alleine	kein HT	2	2	–
2	m	36	F25.1	alleine	kein HT	0	8	–
3	m	37	F41.2	mit Eltern	HT	1	0	Partnerin
4	m	38	F33.2	alleine	HT	1	3	Mutter
5	m	25	F22, F60.31	Wohngemeinschaft	HT	2	7	Mutter
6	f	44	F33.1, Z73	mit Partner	HT	2	1	–
7	m	54	F31.2	mit Mutter	HT	0	1	–
8	f	40	F33	mit Familie	kein HT	0	0	–
9	m	51	F20.0, F63.0	mit Ehefrau	kein HT	0	23	–
10	f	32	F25	mit Partner	HT	0	1	–
11	f	35	F20.0	alleine	kein HT	0	6	–
(12[a]	f	57	F43.2	mit Ehemann	HT	0	0)	Ehemann

[a] Interview nur mit Ehemann

Durchführung und Design

Die Datenerhebung der qualitativen Untersuchung erfolgte von Mai bis Dezember 2016. Um die Repräsentativität der Stichprobe zu erhöhen, wurden alle Interviewpartner gemäß einer *Purposive-Sampling-Strategie* [23] ausgewählt. Es wurden sowohl HT- als auch Klinikpatienten, die ein HT abgelehnt hatten, interviewt, um möglichst unterschiedliche Perspektiven bezüglich wahrgenommener Vor-/ und Nachteile des HT abzudecken. Zudem wurden HT- und Klinikmitarbeitende befragt. Angehörige wurden nur nach Zustimmung der jeweiligen Patienten kontaktiert. Die Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission genehmigt (EKNZ 2015-041). Alle Teilnehmenden wurden über Sinn und Zweck der Befragung aufgeklärt und unterzeichneten eine informierte Einwilligungserklärung.

Instrumente und Datenerhebung

Die Interviewleitfäden wurden in Anlehnung an bestehende Literatur [24–26] eigens für die vorliegende Studie konzipiert. Inhaltlich wurden folgende Themen integriert: Behandlungszufriedenheit und -qualität, Wirkmechanismen von HT, Vor-/ Nachteile von HT im Vergleich zur Krankenhausbehandlung sowie die Beurteilung struktureller Bestandteile und Abläufe des HT. In die Entwicklung des Online-Fragebogens wurden Erkenntnisse aus den vorangegangenen Interviews integriert. Beide Instrumente wurden im Forschungsteam umfassend besprochen und schrittweise revidiert. Die Interviews wurden in der Klinik, bei Patienten/Angehörigen zu Hause oder an deren Arbeitsplatz durchgeführt, auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Soziodemografische Daten der Patientenstichprobe wurden dem Klinikinformationssystem entnommen.

Datenanalyse

Zur Auswertung der Interviews erfolgte eine thematische Analyse [27] mittels der Software MAXQDA [28]. Dieses Verfahren ermöglicht die Erarbeitung eines Codierschemas durch Kombination deduktiver und induktiver Vorgehensweisen. Demnach flossen potenziell wichtige Themen (theorie- und literaturbasiert) in die Leitfadenkonstruktion ein, wobei mögliche Codes bereits notiert wurden. L. W. und C. F. führten alternierend die Codierung je der Hälfte der Transkripte durch und überprüften die Codierung der jeweilig anderen Hälfte, abweichende Zuordnungen wurden konsensuell überarbeitet. Die Codes und deren Zuordnungen zu Textstellen wurden so laufend revidiert und anhand von (Sub-)Themen verfeinert. Abschließend wurde die Themenstruktur und die Reduktion auf 4 zentrale Themen im Forschungsteam diskutiert und konsensuell beschlossen. Die Auswertung des Online-Fragebogens erfolgte deskriptiv.

Resultate

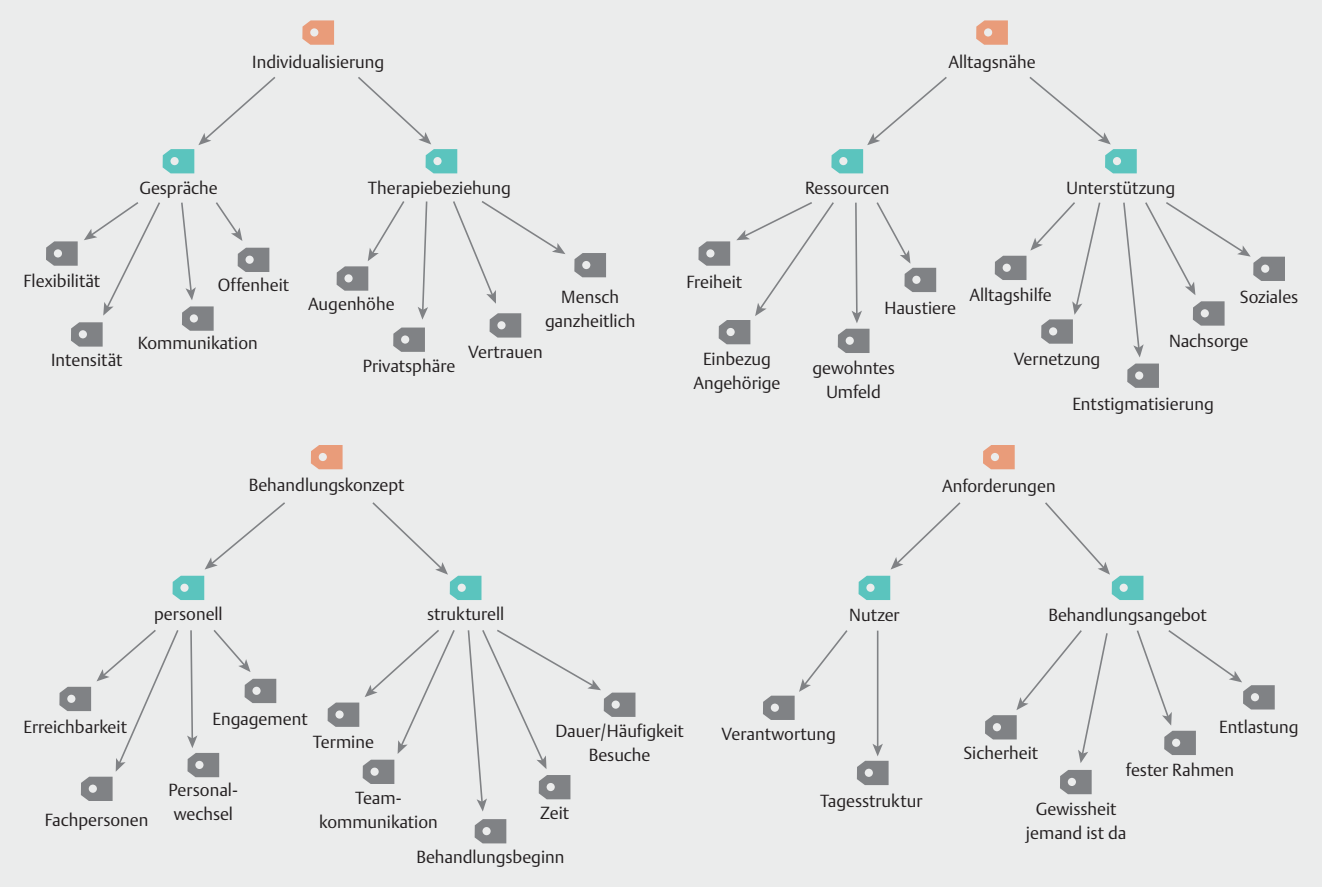
Teilstudie 1 – Stichprobe und thematische Analyse der Interviews

Insgesamt wurden 25 Interviews à 15–60 Minuten durchgeführt, darunter 11 mit Patienten (6 HT- und 5 Klinikpatienten, ▶ **Tab. 1**), 4 mit Angehörigen und 10 mit Mitarbeitenden (je 5 HT- und 5 Klinikmitarbeitende, darunter 3 Ärztinnen, 2 Psychologinnen und 5 Pflegefachpersonen). Die thematische Analyse resultierte in 4 zentralen Themen: Individualisierung, Alltagsnähe, Behandlungskonzept und Anforderungen (▶ **Abb. 1**).

Thema 1 – Individualisierung

Das Empfangen von Fachpersonen im privaten Wohnraum führte zu Offenheit; Gespräche fanden rasch auf einer persönlichen

Heruntergeladen von: UZH Hauptbibliothek / Zentralbibliothek Zürich. Urheberrechtlich geschützt.



▶ **Abb. 1** Themenstruktur der thematischen Analyse.

Ebene statt und *Patienten* fiel es einfacher, Vertrauen in die Behandelnden zu fassen als im Krankenhaus. Allerdings stellte dieser Eingriff in die Privatsphäre für einige Patienten auch einen Grund zur Ablehnung des HT dar.

Die Therapiebeziehung im HT wurde durch Begegnungen auf Augenhöhe geprägt, was beidseitig geschätzt wurde. Für *Mitarbeitende* war es dabei sehr anspruchsvoll, in diesem kollegialen Rahmen Professionalität und Abgrenzung aufrechtzuerhalten.

Man ist eine Fachperson, die respektiert wird, aber man ist Gast bei den Menschen zu Hause. Sie machen die Hausregeln. In der Klinik gelten die Stationsregeln, da ist es genau umgekehrt. (HT-Mitarbeitende)

Das HT konnte flexibel auf individuelle Bedürfnisse abgestimmt werden. Hausbesuche konnten auch in Form von Aktivierung (Spaziergänge) oder Exposition im öffentlichen Raum stattfinden. Die Behandlung zu Hause wurde von beiden Seiten als intensiv erlebt, *Patienten* schätzten es, täglich 1 Stunde lang ungestört Gespräche führen zu können.

Man hat weniger das Gefühl, einer unter vielen zu sein. Auch wenn das natürlich so ist, aber man spürt es weniger. Man kann sich fokussieren, ist weniger unter Stress vorwärts zu machen. [...] In dieser Stunde ist dann nichts anderes. (HT-Patient)

Mitarbeitende forderte diese Intensität in ihrer täglichen Arbeit, sie sahen auch den Behandlungsprozess davon geprägt.

Die Behandlung ist zwar einseitig [v. a. verbale, wenig nonverbale Elemente], aber es finden ca. 6 Stunden Gespräche statt pro Woche, plus manchmal noch Therapieaufgaben, die wir dann wieder anschauen. Das ist intensiv, und das beschleunigt den Heilungsprozess oftmals. (HT-Mitarbeitende)

Thema 2 – Alltagsnähe

Patienten und *Angehörige* sahen das gewohnte Umfeld (u. a. Schlafen im eigenen Bett, Anwesenheit von vertrauten Menschen und Haustieren, Aufrechterhaltung alltäglicher Aktivitäten) als zentralen Faktor für einen positiven Genesungsverlauf.

Ich bin hier zu Hause, kann so sein wie ich bin und fühle mich wohl, das hilft mir sehr. (HT-Patientin)

Die zielgerichtete Unterstützung in sozialen Belangen bedeutete für *Patienten* und *Angehörige* eine wichtige Hilfe. *Mitarbeitende* konnten die psychosoziale Situation direkt vor Ort beurteilen, was eine detaillierte Einschätzung vorhandener Problembereiche und Ressourcen erlaubte. Familien-/Paargespräche konnten unmittelbar organisiert und Patienten zu Arbeitgebergesprächen direkt an den Arbeitsplatz begleitet werden. Die Organisation einer individuell abgestimmten Nachsorge erforderte seitens der *Mitarbeitenden*-Expertise bezüglich ambulanter Unterstützungsangeboten und eine intensive Vernetzungstätigkeit.

Heruntergeladen von: UZH Hauptbibliothek / Zentralbibliothek Zürich. Urheberrechtlich geschützt.

Angehörige wurden oft in die Behandlung miteinbezogen, was von allen Seiten als Bereicherung erlebt wurde. Die Begegnung mit den Fachpersonen auf Augenhöhe, die leichte Erreichbarkeit und die fachliche und emotionale Unterstützung wurde von Angehörigen geschätzt.

Es gab eine Erleichterung. [...] Sonst hatte ich das Gefühl, dass ich alleine verantwortlich bin, es wurde mir eine Last abgenommen. [...] Ich musste nicht ständig besorgt sein, mich fragen wie es ihm geht. Ich wusste ja, dass jemand vorbeikommt. (Angehörige)

Alle Stakeholder schrieben dem HT Potenzial zur Entstigmatisierung der Psychiatrie zu und begründeten dies im niederschwelligen Zugang zur fachgerechten Behandlung und der unmittelbaren Nähe zur Lebensrealität im Vergleich zur oft als fremd empfundenen Klinikumgebung. *Mitarbeitende* beurteilten das HT daher gerade für Patienten, welche Angst vor der Klinik oder schlechte Erfahrungen damit gemacht hatten, als geeignete Behandlungsalternative.

Thema 3 – Behandlungskonzept

Patienten und *Angehörige* fühlten sich durch die jederzeitige Erreichbarkeit des Teams und die zuverlässige Kommunikation gut aufgehoben.

Wenn ich an einem Tag mit einer Person etwas besprochen hatte, war dies am nächsten Tag schon zur nächsten Person kommuniziert, das war sehr gut für mich. (HT-Patient)

Trotz Fallführungssystem und möglichst konstanter Bezugsperson wurde der Personalwechsel von *Patienten* als schwierig empfunden, es brauchte Überwindung, eine weitere fremde Person in die eigenen 4 Wände zu lassen und sich erneut zu öffnen. Einige Patienten sahen dies aber auch als Übungsfeld oder nahmen die unterschiedlichen Arbeitsweisen der Mitarbeitenden als Bereicherung wahr. Bedauert wurde hingegen das Fehlen stützender Kontakte zu Mitpatienten.

Mitarbeitende sahen ihre tägliche Arbeit durch viel Eigenverantwortung geprägt, was eine selbstständige Arbeitsweise und Kreativität zuließ. Infolgedessen berichteten die Mitarbeitenden ein hohes persönliches Engagement. Ebenfalls beschrieben sie ein Gefühl der Verbundenheit zu den Patienten, welches aufgrund der unmittelbaren Nähe zu deren Alltagsleben entstand. Jedoch bedauerten die Mitarbeitenden die spärlichen Möglichkeiten zum persönlichen Kontakt innerhalb des Teams, da außerhalb von Rapporten und Teamsitzungen wenig räumliche Nähe und Zeit für informellen Austausch blieb. Von allen Beteiligten wurde der Wunsch nach längeren Behandlungsepisoden geäußert, spezifisch wurde ein schrittweises „Ausschleichen" der Hausbesuche gewünscht.

Thema 4 – Anforderungen

Eine HT-Behandlung bedingte seitens *Patienten* die Fähigkeit zur Selbstverantwortung (Absprachefähigkeit bezüglich Selbst- und Fremdgefährdung). Auch *Angehörige* übernahmen häufig mehr Verantwortung und erfuhren kurzfristig eine geringere Entlastung als bei einem Klinikaufenthalt. *Patienten* und *Angehörige* benötigten die Gewissheit, dass immer jemand erreichbar ist, denn schützende Funktionen der Klinik fielen im HT für alle Beteiligten in einer kritischen Phase der Krankheit weg. *Mitarbeitende* sahen die teilweise Verantwortungsübergabe an Patienten als eine Herausforderung, welche viel Fingerspitzengefühl erforderte und oft anspruchsvolle Entscheidungen beinhaltete.

Die Absprachefähigkeit [...] da sind Grenzen [des HT], wenn jemand nicht erreichbar ist, nicht lenkbar, das geht nicht. Dort wo ich im stationären Bereich an eine Abschirmung zu denken beginnen würde, das sind Indikatoren auf die ich schaue. Teilweise muss man es einfach ausprobieren. (HT-Mitarbeitender)

Patienten, welche sich für eine Behandlung zu Hause entschieden hatten, schätzten die Freiheit und Autonomie, die sie im HT genossen, sie fühlten sich weniger bevormundet und konnten mehr selbst entscheiden. Während dem HT eine eigene Tagesstruktur aufrechtzuerhalten wurde von Patienten als Herausforderung erlebt und stellte mit das größte Hindernis dar, das HT überhaupt in Anspruch zu nehmen.

Es ist hier [in der Klinik] nicht so anstrengend, man kann es sich hier gemütlich machen, es ist nicht wie arbeiten, aber hier zwingen sie mich in die Therapien zu gehen, ich muss nicht alles selber entscheiden. Ich werde geweckt am Morgen, dann gibt es Sitzung um 8 Uhr, obligatorisch. Und dann gehe ich in die Therapie, so schaffe ich es auch regelmäßig zu essen und weniger zu rauchen. (Klinikpatientin)

Teilstudie 2 – Stichprobe und Ergebnisse der Mitarbeiterumfrage

Zur Teilnahme an der Online-Fragebogenstudie wurden alle 219 Mitarbeitenden der allgemeinpsychiatrischen Abteilungen per E-Mail eingeladen. 70 (32,0 %) füllten den Fragebogen zumindest teilweise aus, davon waren 48 (68,8 %) vollständig. Die 22 unvollständigen Fragebögen unterschieden sich in keiner Variable von den kompletten und wurden daher mit ausgewertet. Insgesamt nahmen 3 Ärzte, 11 Psychologen, 41 Pflegefachpersonen sowie 15 Personen weiterer Berufsgruppen (z. B. Sozialdienst, Fachtherapeuten) an der Befragung teil, 11 (15,7 %) der Fragebögen stammten von Mitarbeitenden des HT.

In ►**Tab. 2** werden die Antworten der Klinik- denen der HT-Mitarbeitenden gegenübergestellt. Das größte Konfliktpotenzial für eine gute Zusammenarbeit sahen Klinikmitarbeitende in der Indikationsstellung für HT. Während die Einplanung der HT-Option in den stationären Behandlungsprozess und der optimale Verlegungszeitpunkt (von Station ins HT) von beiden Seiten als große Herausforderungen eingestuft wurde. Das HT wurde von Mitarbeitenden besonders für Patienten mit einem stabilen Umfeld und/oder kleinen Kindern zu Hause als sinnvolle Behandlungsoption gesehen. Hingegen wurden als Kontraindikation fehlende Absprachefähigkeit bezüglich Selbst-/Fremdgefährdung, Abhängigkeitserkrankungen sowie eine problematische Wohnsituation oder Verwahrlosung genannt.

Strukturelle Verbesserungsmöglichkeiten verorteten sowohl HT- als Klinikmitarbeitende insbesondere in der früheren Triagierung von Patienten (im Sinne von direkten Zuweisungen ins HT ohne „Umweg" über vorausgehende Aufnahmen auf Klinikstationen). Allgemein wurden von beiden Seiten besser funktionierende Prozesse gewünscht, u. a. durch bessere Kommunikation, mehr Austausch über Behandlungsverläufe, mehr Informationen über das HT-Behandlungskonzept und den Arbeitsall-

Heruntergeladen von: UZH Hauptbibliothek / Zentralbibliothek Zürich. Urheberrechtlich geschützt.

▶ **Tab. 2** Antworthäufigkeiten aus der Mitarbeiterumfrage (Teilstudie 2).

	Klinikmitarbeitende	HT-Mitarbeitende	Total
Konfliktpotenzial für Zusammenarbeit HT und Klinikstationen	n = 40[a]	n = 8[a]	n = 48[a]
Indikationsstellung für HT	18 (45 %)	2 (25 %)	20 (41,7 %)
Einplanung der HT-Option in stationären Behandlungsprozess	12 (30 %)	7 (87,5 %)	19 (39,6 %)
optimaler Zeitpunkt der Verlegung von Station ins HT	13 (32,5 %)	5 (62,5 %)	18 (37,5 %)
Verantwortungsübernahme bei Verlegung ins HT	13 (32,5 %)	4 (50 %)	17 (35,4 %)
mangelndes Wissen/Information über HT-Konzept	11 (27,5 %)	5 (62,5 %)	16 (33,3 %)
Übergabe (Verlaufsinformationen)	8 (20 %)	7 (87,5 %)	15 (31,3 %)
Kommunikation	12 (30 %)	3 (37,5 %)	15 (31,3 %)
Zielgruppe HT	n = 42[a]	n = 9[a]	n = 51[a]
stabiles, unterstützendes Umfeld	12 (28,6 %)	6 (66,7 %)	18 (35,3 %)
mit (Klein-)Kindern wohnend	13 (31 %)	5 (55,6 %)	18 (35,3 %)
ausreichende Absprachefähigkeit (Selbst-/Fremdgefährdung)	7 (16,7 %)	3 (33,3 %)	10 (19,6 %)
Angststörung	9 (21,4 %)	1 (11,1 %)	10 (19,6 %)
konfliktbehaftetes Umfeld	6 (14,3 %)	–	6 (11,8 %)
Hospitalismustendenzen	2 (4,8 %)	3 (33,3 %)	5 (9,8 %)
Kontraindikationen für HT	n = 42[a]	n = 9[a]	n = 51[a]
fehlende Absprachefähigkeit (Selbst-/Fremdgefährdung)	23 (54,8 %)	6 (66,7 %)	29 (56,9 %)
Abhängigkeitserkrankungen	17 (40,5 %)	4 (44,4 %)	21 (41,2 %)
unklare Wohnsituation, Verwahrlosung	9 (21,4 %)	4 (44,4 %)	13 (25,5 %)
akutes manisches Syndrom	13 (31 %)	–	13 (25,5 %)
konfliktbehaftetes Umfeld	13 (31 %)	–	13 (25,5 %)
akutes psychotisches Syndrom	13 (31 %)	–	13 (25,5 %)
keine Medikamentencompliance	4 (9,5 %)	2 (22,2 %)	6 (11,8 %)

Anmerkung: Mehrfachantworten pro Frage und Person möglich. Die Angaben in Prozent bezeichnen den prozentuellen Anteil von Personen innerhalb der jeweiligen Mitarbeiterkategorie. [a] Anzahl Personen aus der jeweiligen Mitarbeiterkategorie, welche diese Frage beantwortet haben

tag im HT sowie persönlichem Kennenlernen der HT-Mitarbeitenden. Als zukünftige Erweiterung des HT wurden ein vielfältigeres Therapieangebot (Ergo-/Kunsttherapie oder ein Gruppenangebot) sowie die nationale Vernetzung von HT-Mitarbeitenden verschiedener Projektteams zwecks Erfahrungsaustausch und Weiterbildung vorgeschlagen.

Diskussion

Drei der in dieser Studie identifizierten zentralen Themen (Individualisierung, Alltagsnähe und Behandlungskonzept) greifen bereits früher genannte wichtige HT-Komponenten auf. Diese umfassen u. a. die gewohnte Umgebung, den persönlichen Zugang zum Behandlungsteam, regelmäßige/ungestörte Gespräche, Kommunikation auf Augenhöhe, Miteinbezug bei Entscheidungen, Einbezug von Angehörigen und die Vernetzung mit anderen sozialpsychiatrischen Akteuren [9, 24, 29–31]. Darüber hinaus beschreibt das vierte zentrale Thema (Anforderungen) Aspekte, welche für das Gelingen von HT von hoher Relevanz sind: Im HT fällt der stabilisierende Rahmen der Klinik weg, zentral ist daher aus Sicht von Patienten und Angehörigen die „Gewissheit, dass jederzeit jemand erreichbar ist". Dies wurde unabhängig davon berichtet, ob die Möglichkeit einer notfallmäßigen Kontaktaufnahme genutzt worden war. Die Sensibilisierung und Schulung von HT-Mitarbeitenden für in diesem Setting besondere Anforderungen bezüglich Verantwortung und Sicherheit stellen eine neue fachliche Herausforderung dar [18]. Aus der Perspektive der Mitarbeitenden gliedern sich Anforderungen auf 2 Ebenen. Diese betreffen (1) das Zustandekommen und (2) die Aufrechterhaltung von HT: (1) Für das Zustandekommen des HT stellen eine passende Zuweisung und die Absprachefähigkeit der Patienten die Grundvoraussetzungen dar. Erkenntnisse aus der Mitarbeiterumfrage verdeutlichen die Komplexität dieser Grundvoraussetzungen: Die HT-Indikationsstellung wird von den Klinikmitarbeitenden als größte Herausforderung gesehen. Es ist für sie schwierig abzuschätzen, welches Maß an psychischer Instabilität im Rahmen einer Behandlung zu Hause tragbar ist und zu welchem Zeitpunkt eine Zuweisung zum HT (schon oder noch) angezeigt ist. Folglich wünschen sich die Klinikmitarbeitenden möglichst anschauliche Informationen über das HT-Konzept (z. B. anhand von Fallberichten), über den Arbeitsalltag im HT sowie ein persönliches Kennenlernen der HT-Mitarbeitenden. Für HT-Mitarbeitende wiederum ist es wichtig, umfassende Informationen zum Krankheits-/Behandlungsverlauf des unmittelbar vorangegangenen stationären Aufenthalts zu erhalten, um eine reibungslose Übernahme und weiterführende Behandlung zu gewährleisten. (2) Für die Aufrechterhaltung einer HT-Behandlung setzt das HT-Team von den Patienten die Fähigkeit zur Tagesstrukturierung (unterstützt durch Wochenpläne und Aktivitätenlisten) und zum Mittragen von Verantwortung voraus. Treffenderweise wurde die (fehlende) Fähigkeit zur eigenständigen Tagesstrukturierung auch von jenen Klinikpatienten hervorgehoben, welche sich gegen ein HT entschieden hatten.

Heruntergeladen von: UZH Hauptbibliothek / Zentralbibliothek Zürich. Urheberrechtlich geschützt.

Einschränkungen

Die vorliegende Befragung umfasste lediglich Stakeholder eines einzelnen HT-Projekts. Es bleibt daher unklar, welche Aspekte spezifisch für das hiesige Angebot sind. Außerdem befindet sich das untersuchte HT-Modell in einem anhaltenden Etablierungsprozess. Gerade die Herausforderungen bezüglich Zusammenarbeit mit bestehenden Versorgungsanbietern verändern sich mit steigendem Bekanntheitsgrad des HT. Die vorliegende Studie lieferte dennoch wichtige Erkenntnisse, die spezifisch für die Anfangsphase der Implementierung eines neuen Behandlungsangebots von Nutzen sein können.

KONSEQUENZEN FÜR KLINIK UND PRAXIS

- Klinikinterne Herausforderungen bezüglich HT sind die Indikationsstellung, Zuweisung (Zeitpunkt) und Verantwortungsübernahme/-gabe.
- Auf Patientenebene sind die Voraussetzungen für HT eine ausreichende Absprachefähigkeit, selbstständige Tagesstrukturierung und das Mittragen von Verantwortung.
- Die Etablierung eines neuen HT-Angebots sollte von umfassenden Informationen begleitet werden (Vorstellen des HT durch HT-Mitarbeitende auf/in Klinikstationen/Ambulanzen, Veranschaulichung des HT-Behandlungsalltags, z. B. anhand von Fallvignetten, Möglichkeit zum tageweisen Hospitieren)

Danksagung

Herzlichen Dank an alle Studienteilnehmende sowie an das HT-Team für Ihren täglichen engagierten Einsatz.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

[1] Berhe T, Puschner B, Kilian R et al. „Home treatment“ für psychische Erkrankungen. Nervenarzt 2005; 76: 822 – 831

[2] Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, Henderson J, Watt H, Wright C. Home treatment for mental health problems: a systematic review. NIHR Health Technology Assessment Programme, 2001

[3] Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Brit J Psychiat 2004; 185: 283 – 290

[4] Hubbeling D, Bertram R. Crisis resolution teams in the UK and elsewhere. J Ment Health 2012; 21: 285 – 295

[5] Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Wagar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Db Syst Rev 2015; 12: CD001087

[6] Catty J, Burns T, Knapp M et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. Psychol Med 2002; 32: 383 – 401

[7] Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. BMC Psychiatry 2015; 15: 74

[8] Bauer E, Kleine-Budde K, Stegbauer C et al. Structures and processes necessary for providing effective home treatment to severely mentally ill persons: a naturalistic study. BMC Psychiatry 2016; 16: 242

[9] Winness MG, Borg M, Kim HS. Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. J Ment Health 2010; 19: 75 – 87

[10] Irving CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Db Syst Rev 2006: CD001087

[11] Wright C, Catty J, Watt H et al. A systematic review of home treatment services. Soc Psych Psych Epid 2004; 39: 789 – 796

[12] Hepp U, Stulz N. Home Treatment: Von der Forschung zur klinischen Umsetzung. Psychiat Prax 2017; 44: 371 – 373

[13] Gühne U, Weinmann S, Arnold K et al. Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. Psychiat Prax 2011; 38: 114 – 122

[14] Bundesamt für Gesundheit. Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bern: 2016

[15] Widmann F, Bachhuber G, Riedelsheimer A et al. Home Treatment. Fortschr Neurol Psyc 2016; 84: 42 – 49

[16] Weinmann S, Gaebel W. Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. Nervenarzt 2005; 76: 809 – 821

[17] Lambert M, Karow A, Gallinat J et al. Evidenzbasierte Implementierung von stationsäquivalenter Behandlung in Deutschland. Psychiat Prax 2017; 44: 62 – 64

[18] Noeker M, Juckel G. Implementierung stationsungebundener Leistungen in der Psychiatrie. Nervenarzt 2017; 88: 299 – 302

[19] Krumm S, Becker T. Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. Psychiat Prax 2006; 33: 59 – 66

[20] Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. Epidemiol Psichiat S 2005; 14: 1 – 3

[21] World Health Organization. Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. Helsinki: 2005

[22] Stulz N, Nevely A, Hilpert M et al. Referral to Inpatient Treatment Does not Necessarily Imply a Need for Inpatient Treatment. Adm Policy Ment Hlth 2014; 42: 474 – 483

[23] Barbour RS. Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? BMJ 2001; 322: 1115

[24] Carpenter RA, Tracy DK. Home treatment teams: what should they do? A qualitative study of patient opinions. J Ment Health 2015; 24: 98 – 102

[25] Hubbeling D, Bertram R. Hope, happiness and home treatment: a study into patient satisfaction with being treated at home. Psychiatr Bull 2014; 38: 265 – 269

[26] Khalifeh H, Murgatroyd C, Freeman M et al. Home treatment as an alternative to hospital admission for mothers in a mental health crisis: a qualitative study. Psychiat Serv 2009; 60: 634 – 639

[27] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol 2006; 3: 77 – 101

[28] VERBI Software. MAXQDA 2016

[29] Hopkins C, Niemiec S. Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. J Psychiatr Ment Hlt 2007; 14: 310 – 318

[30] Karlsson B, Borg M, Kim HS. From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway. Nurs Inq 2008; 15: 206 – 215

[31] Magez J, Ruppert D, Valentini J et al. „Die Krücke steht in der Ecke ...“ – Erfahrungen psychisch kranker Menschen in einem Versorgungsmodell der ambulanten sektorenübergreifenden vernetzten Versorgung. Psychiat Prax 2017: ; doi: 10.1055/s-0043-107472

Heruntergeladen von: UZH Hauptbibliothek / Zentralbibliothek Zürich. Urheberrechtlich geschützt.