



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Der Versorgungsbedarf von Klienten der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege – eine Querschnittserhebung im Kanton Bern“

Verfasserin

Anna Hegedüs

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Bern, Oktober 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuer: Dr. Christoph Abderhalden, MNSc

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit mit dem Titel „Der Versorgungsbedarf von Klienten der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege – eine Querschnittserhebung im Kanton Bern“ selbständig verfasst, bisher weder ganz noch in Teilen als Prüfungsleistung vorgelegt und 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.

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

Ort, Datum

Anna Hegedüs

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
1.1 Hintergrund und Ausgangslage	1
1.2 Zielsetzung der Arbeit	3
1.3 Aufbau der Arbeit	3
2. AMBULANTE PSYCHIATRISCHE PFLEGE	5
2.1 Begriffsklärung.....	5
2.2 Geschichtlicher Hintergrund	7
2.2.1 Entwicklungen im angelsächsischen Raum	7
2.2.2 Entwicklungen im deutschsprachigen Raum	8
2.3 Tätigkeitsgebiete.....	11
2.4 Gemeindenahe Versorgungssituation psychisch Kranker im Kanton Bern.....	13
2.5 Freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege im Kanton Bern.....	14
2.5.1 Voraussetzungen	15
2.5.2 Qualitätssicherung.....	15
2.5.3 Dokumentation.....	16
3. VERSORGUNGSBEDARF	17
3.1 Begriffsklärung.....	17
3.2 Begriffsdefinition.....	20
3.3 Instrumente zur Erhebung des Versorgungsbedarfs.....	24
3.3.1 Camberwell Assessment of Need (CAN)	24
3.3.1.1 Entwicklung und Beschreibung.....	24
3.3.1.2 Psychometrische Eigenschaften	29
3.3.2 Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS)	30
3.3.2.1 Entwicklung und Beschreibung.....	30
3.3.2.2 Psychometrische Eigenschaften	30
3.4 Versorgungsbedarf von Personen mit einer schizophrenen Erkrankung	31
3.5 Versorgungsbedarf in verschiedenen europäischen Regionen.....	33
3.6 Versorgungsbedarf aus Sicht des Benutzers und des Mitarbeiters.....	37
4. FRAGESTELLUNG	44
5. METHODISCHES VORGEHEN	45
5.1 Forschungsdesign	45

5.2	Vorgehen bei der Rekrutierung der Teilnehmer	45
5.3	Vorgehensweise der Datenerhebung	45
5.3.1	Stichprobenauswahl	45
5.3.2	Datensammlung	47
5.4	Methode der Datenauswertung.....	48
5.5	Ethische Überlegungen	49
5.6	Prätest.....	49
6.	ERGEBNISSE	51
6.1	Stichprobe	51
6.2	Soziale Situation und Biografie der Klienten	52
6.2.1	Alter und Geschlecht.....	52
6.2.2	Angaben zur allgemeinen sozialen Situation	52
6.2.3	Angaben zu Ausbildung und Berufstätigkeit	54
6.2.4	Psychiatrische Erkrankungen und Krankengeschichte	55
6.2.5	Aktuelle Behandlung und Pflege	57
6.3	Der Versorgungsbedarf der Klienten.....	58
6.3.1	Prävalenz von gedecktem und ungedecktem Bedarf	58
6.3.2	Zusammenhänge mit soziodemographischen Variablen.....	63
6.3.3	Übereinstimmung der Einschätzungen von Pflegenden und Klienten.....	66
7.	DISKUSSION	68
7.1	Diskussion der Ergebnisse	68
7.1.1	Beantwortung der Forschungsfragen	68
7.1.2	Diskussion der Ergebnisse mit der Literatur	70
7.1.2.1	Soziodemographische Angaben	70
7.1.2.2	Versorgungsbedarf	72
7.2	Diskussion der Methode.....	76
7.2.1	Interne Validität	76
7.2.1.1	Soziodemographischer Fragebogen.....	76
7.2.1.2	Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS)	76
7.2.2	Externe Validität	79
8.	SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK	81
	LITERATURVERZEICHNIS	83
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	90
	TABELLENVERZEICHNIS	90
	ANHANG A: ICD-10-KLASSIFIKATION KAPITEL V	91

ANHANG B: FRAGEBOGENKATALOG.....	94
ZUSAMMENFASSUNG	106
ABSTRACT.....	108
LEBENS LAUF	109

1. Einleitung

1.1 Hintergrund und Ausgangslage

Während vor knapp hundert Jahren psychisch Kranke noch in Anstalten mit über 1000 Betten untergebracht wurde, entwickelt sich die heutige Psychiatrie mehr und mehr in Richtung einer ambulanten Versorgung. Diese Tatsache, gemeinsam mit Fortschritten in der Erforschung und Therapie psychischer Erkrankungen, zeigt die enormen Veränderungen in der Psychiatrie in den letzten Jahrhunderten.

Nicht nur in den USA, Australien oder Großbritannien lässt sich eine Wandlung zur ambulanten Versorgung beobachten, sondern auch in der Schweiz wird der ambulante Bereich in den kommenden Jahren eine wichtigere Rolle in der psychiatrischen Versorgung einnehmen. In der Praxis wirkt sich dieser Trend bereits heute in einer Zunahme von ambulanten Angeboten aus.

Ambulante psychiatrische Pflege steht auf Rang drei der für den Bereich der psychiatrischen Pflege identifizierten und priorisierten Forschungsthemen der *Swiss Research Agenda for Nursing*. Demnach sollte der Forschung im ambulanten Bereich große Bedeutung beigemessen werden (Abderhalden, Hahn, Hantikainen, Rabenschlag, & Sprenger, 2008). In Großbritannien ist dies bereits seit Jahren der Fall. Seit 1980 erscheint alle fünf Jahre eine nationale Studie über die ambulante psychiatrische Pflege. Diese Studien dienen dazu Trends und Entwicklungen in der gemeindepsychiatrischen Pflege aufzuzeigen, um in weiterer Folge adäquate Ziele zu setzen (White, 1999).

Im Kanton Bern wird die ambulante psychiatrische Versorgung derzeit durch psychiatrische Institutionen, welche Ambulatorien oder aufsuchende Dienste anbieten, durch allgemeine und spezialisierte private psychiatrische Spitexdienste¹ sowie freiberuflich tätige Pflegepersonen geleistet. In den letzten Jahren sind vor allem die Zahl der Freiberuflichen und die Anzahl ihrer Klienten drastisch angestiegen. Zurzeit sind 45 Personen, die über ein Diplom in psychiatrischer Pflege und eine Berufsbewilligung zur ambulanten Pflege im Kanton Bern verfügen, aktiv als freiberufliche ambulante Psychiatriepflegefachfrauen und -männer tätig und betreuen insgesamt rund 320 Klienten. Diese Zahl entspricht ungefähr der Anzahl der

¹ Spitex: spitalexterne Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege

Klienten, welche durch die drei Ambulatorien der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern versorgt werden (Abderhalden, Hegedüs, & Schmidinger, 2009).

Diese Arbeit soll sich mit den Klienten einer bisher wenig bekannten Pflegergruppe befassen, den freiberuflichen Psychiatriepflegern, die im ambulanten Bereich tätig sind. In Anbetracht des ungleichen Stands an psychiatrischen Versorgungsstrukturen in den Kantonen der Schweiz und den Aspekten der Durchführbarkeit wird die Untersuchung in einer klar definierten, abgrenzbaren Region durchgeführt – dem Kanton Bern.

Bisher sind aus dem Kanton Bern bloß einige allgemeinen Zahlen über die Tätigkeit der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege bekannt. Über die von ihnen betreute Personengruppe gibt es keinerlei Informationen.

Es wurden bislang weder systematische Daten über die allgemeinen Merkmale noch über den Versorgungsbedarf oder die Probleme dieser Population erhoben. Auch aus den anderen deutschsprachigen Ländern finden sich keine Untersuchungsergebnisse über die Klientengruppe der freiberuflichen psychiatrischen Pflege.

In der englischsprachigen Literatur wurde die gemeindenahere psychiatrische Pflege in den letzten Jahren mehrfach thematisiert und empirisch untersucht. Häufig wurde in den Studien neben allgemeinen Merkmalen der Betroffenen auch deren Versorgungsbedarf und Probleme erhoben. Einige umfassende Studien, die den Versorgungsbedarf von ambulant betreuten psychiatrisch erkrankten Personen erfassen, haben das Camberwell Assessment of Need (CAN) zur Bedarfserhebung verwendet. Eine Version dieses Instruments ist das Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS). Dieses umfasst, wie das CAN, 22 Themenbereiche, die allgemeine, sowie speziell für psychisch Kranke relevante Lebensbereiche abdecken. Für jeden Bereich kann die betreuende Person und/oder der Betroffene angeben, ob kein Problem, ein geringes Problem, weil Unterstützung geleistet wird oder ein ernstes Problem vorliegt. Das Ausfüllen nimmt in etwa fünf Minuten in Anspruch und kann ohne spezielle Schulung durchgeführt werden (Andresen, Caputi, & Oades, 2000). All diese positiven Eigenschaften und Vorzüge gegenüber anderen standardisierten Fragebögen sowie die guten psychometrischen Eigenschaften machten das CANSAS zum Erhebungsinstrument des Versorgungsbedarfs in dieser Untersuchung.

Internationale Studien, die das CANSAS verwendeten untersuchten häufig den Versorgungsbedarf von speziellen Personengruppen (häufig an Schizophrenie erkrankte Personen), zeigten Unterschiede zwischen Ländern oder Regionen auf und konzentrierten sich auf die Sichtweisen der Betroffenen im Vergleich zu ihren Betreuungspersonen (häufig

Pflegekräfte). Ein Überblick über die Ergebnisse dieser Studien wird in den Kapiteln 3.4 bis 3.6 gegeben.

Die in dieser Arbeit beschriebene Studie ist Teil eines umfassenderen Projektvorhabens der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern, in dessen Rahmen mit quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden die Klienten der Freischaffenden untersucht werden.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsneutrale Differenzierung verzichtet. Demnach gilt die im Text verwendete Form für Angehörige des weiblichen und männlichen Geschlechts.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist eine empirische Untersuchung, bestehend aus einer quantitativen Befragung der betroffenen Klienten und ihrer Pflegepersonen. Sie wird erstmals Informationen über die Klienten der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege liefern und gleichzeitig den Versorgungsbedarf dieser Klientengruppe erheben.

Hat eine bestimmte Klientengruppe in einem bestimmten Bereich mehr Bedarf als eine andere? Müssen diese speziell beachtet werden? Ist deren Versorgungsbedarf gedeckt? Besteht das Risiko einer Unter- oder Überversorgung?

Solche Informationen über die Klienten und deren Versorgungsbedarf in der ambulanten psychiatrischen Pflege sind notwendig, um eventuelle Versorgungsmängel aufzudecken und die Ausbildung von ambulanten Pflegenden verbessern bzw. optimieren zu können. Diese Basisdaten können als Grundlage für weitere Projekte und Initiativen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung durch die Freiberuflichen verwendet werden. Zudem könnten die Daten zu einer Festigung der Berufsgruppe der Freischaffenden beitragen.

Die hier erhobenen Daten werden keine Generalisierung auf andere Versorgungsregionen zulassen, ermöglichen aber Vergleiche mit andernorts gefundenen Resultaten.

1.3 Aufbau der Arbeit

Kapitel 2 beschäftigen sich mit der ambulanten Pflege als Teil der psychiatrischen Versorgung. Im Rahmen der Begriffsklärung werden die Bedeutung der verwendeten Begriffe erläutert und kurz die psychiatrischen Versorgungssysteme beschrieben, die eine ambulante Pflege unterstützen. Danach folgt ein kurzer historischer Überblick über die Entwicklung von

ambulanten psychiatrischen Angeboten im angelsächsischen und deutschsprachigen Raum. Zudem werden der Tätigkeitsbereich und die Aufgaben eines ambulant tätigen psychiatrischen Pflegers beschrieben. Die Abschnitte 2.4 und 2.5 erläutern die ambulante Versorgungssituation im Kanton Bern.

Kapitel 3 widmet sich dem Thema *Versorgungsbedarf*. In einer theoretischen Abhandlung wird in Kapitel 3.1 die Wahl des Begriffs *Bedarf* anstatt *Bedürfnis* begründet. Hierbei wird die Problematik der Übersetzung des englischen Wortes *need*, die lexikalische Bedeutung der deutschen Begriffe und deren Verwendung im Gesundheitsbereich und in der Pflegewissenschaft thematisiert. In Kapitel 3.2 wird der gewählte Begriff definiert und Modelle zur Klassifizierung vorgestellt.

Der darauffolgende Abschnitt widmet sich dem Instrument zur Erhebung des Versorgungsbedarfs. Nach einer Beschreibung der relevanten Instrumente und deren Entwicklung, werden in den Kapiteln 3.4 bis 3.6 Studien und Untersuchungsergebnisse dargestellt, die mit dem Camberwell Assessment of Need den Versorgungsbedarf von unterschiedlichen Patientengruppen beziehungsweise in verschiedenen Settings erhoben haben.

Kapitel 4 beinhaltet die Forschungsfragen, die im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen.

Das methodische Vorgehen der Untersuchung wird in Kapitel 5 beschrieben. Es wird dargestellt, welche Vorgehensweisen bei der Rekrutierung der Teilnehmer, bei der Stichprobenziehung sowie bei der Datenerhebung gewählt wurden. Ebenso beinhaltet Kapitel 5 die Beschreibung der Auswertungsmethoden, ethische Überlegungen zur Studie und die Erkenntnisse, die aus dem durchgeführten Prätest gezogen werden konnten.

Die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung werden in Kapitel 6 deskriptiv dargestellt. In Kapitel 7.1 erfolgt die Diskussion der Ergebnisse. Zuerst werden die Forschungsfragen beantwortet und der Ergebnisse mit dem aktuellen internationalen Forschungsstand diskutiert. Kapitel 7.2 beinhaltet die Methodendiskussion. Diese wird in interne und externe Validität gegliedert und wird die Schwächen und Stärken der Methode darstellen.

Die Schlussfolgerungen, die aus den Ergebnissen der empirischen Untersuchung gezogen werden können sind in Kapitel 8 formuliert.

2. Ambulante psychiatrische Pflege

2.1 Begriffsklärung

Im Zusammenhang mit ambulanter psychiatrischer Pflege werden in der Literatur und im alltäglichen Sprachgebrauch mehrere Begrifflichkeiten verwendet. Im Folgenden werden diese hier kurz erläutert.

Das Wort *ambulant* kommt vom lateinischen Begriff *ambulare* (umhergehen) und hat im allgemeinen Sprachgebrauch die Bedeutung von umherziehend, nicht ortsfest. In medizinischen Zusammenhängen bezeichnet *ambulant* eine Behandlung oder Untersuchung ohne Krankenhausaufnahme.

Die Begriffe *ambulante psychiatrische Pflege* (APP) und *psychiatrische Gemeindepflege* können nach der Auffassung von Wolff (2006) synonym verwendet werden. Das Grundprinzip dieser Pflegeformen ist, dass die Betreuung nicht in einem stationären oder teilstationären Umfeld stattfindet, sondern in einer ambulanten Einrichtung, zu Hause oder an einem gemeinsam definierten Ort.

Die ambulante psychiatrische Pflege ist eingebettet in ein Versorgungssystem welches durch die Begriffe *Gemeindepsychiatrie*, *Sozialpsychiatrie*, *kommunale* und *gemeindenaher Psychiatrie* charakterisiert werden kann.

Im deutschsprachigen Raum wird vor allem den Begriffen *gemeindenaher Psychiatrie* und *Sozialpsychiatrie* große Bedeutung zugeschrieben. Ersteres wurde durch die Psychiatrie-Enquête, dem Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland 1975, eingeführt und wird heutzutage von manchen Autoren als zu unspezifisch bezeichnet, da das Wort *gemeindenah* nur die Nähe zum Heimatort des Betroffenen ausdrückt. Demzufolge können alle psychiatrischen Angebote (stationäre und aufsuchende Angebote, Tageskliniken, Ambulatorien) als gemeindenah bezeichnet werden, wenn diese in der Nähe des Wohnortes der Betroffenen situiert sind (Peukert, 2005).

Die *Sozialpsychiatrie* strebt im Gegensatz zur gemeindenahen Psychiatrie nicht nur die Nähe zur Gemeinde, sondern auch eine Integration in die soziale Umgebung an. Die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie nannte 1992 folgende offizielle Definition:

„Sozialpsychiatrie ist derjenige Bereich der Psychiatrie, der psychisch kranke Menschen in und mit ihrem sozialen Umfeld zu verstehen und zu behandeln sucht. Sie studiert die Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren und bezieht Familie, Wohn- oder Arbeitssituation gezielt in die Prävention und Behandlung psychischer Störungen mit ein“ (Ciompi, 1995, S. 205f).

Als wichtige sozialpsychiatrische Behandlungsmethode gilt neben präventiver Krisenintervention, Rehabilitation, Angehörigen- und Familientherapie auch aufsuchende gemeindepsychiatrische Betreuung durch multiprofessionelle Teams (Ciompi, 1995).

Gemeindepsychiatrie bezeichnet eine „zunehmende sich durchsetzende Form der psychiatrischen Versorgung in vernetzten Systemen in der Gemeinde, um Ausgrenzung und institutionelle Unterbringung von psychisch Kranken zu vermeiden“ (Häcker & Stapf, 2004, S. 351f). Peukert (2005) nennt zudem unter anderem folgende Merkmale einer Gemeindepsychiatrie:

- sie bringt Hilfe zu den Menschen, anstatt diese an zentrale Hilfsinstitutionen zu verweisen,
- sie möchte die Menschen dazu befähigen, trotz und mit ihrer Krankheit in ihrem heimischen Umfeld leben zu können und
- gestaltet das Lebensumfeld mit den sozialen Kontakten des Betroffenen, damit auch schwer und chronisch psychisch kranke Menschen dort leben können.

Die Grundauffassungen von der Sozial- und Gemeindepsychiatrie werden im Wesentlichen von der *kommunale Psychiatrie* geteilt, jedoch orientiert sich diese an der besonderen Rolle der Einwohner einer Region und ihrer politischen Gremien für die Verwirklichung von Reformschritten (Peukert, 2005).

Diese Arbeit hat die ambulante psychiatrische Pflege zum Thema. Um Wortwiederholungen zu vermeiden werden Begrifflichkeiten wie gemeindenahe, gemeindepsychiatrische Versorgung und ambulante Dienste synonym verwendet werden.

Als Bezeichnung für die von ihnen betreuten Menschen, verwenden ambulante Dienste häufig das Wort *Klienten*. Die ambulante Pflege sieht ihre Aufgabe darin, die Patienten aus ihrer

Krankenrolle zu begleiten (Wolff, 2006). Um den Dienstleistungscharakter der Tätigkeit und die Mündigkeit sowie Autonomie des Behandelten zu betonen, wird in dieser Arbeit, wie auch von den ambulanten Diensten, der Terminus *Klient* verwendet, wenn es sich eindeutig um Personen handelt, die von ambulanten Diensten betreut werden. Falls die Betreuungsform der erwähnten Personen nicht klar ersichtlich ist (zum Beispiel aus der Literatur) oder Personen sowohl aus der ambulanten, als auch stationären Betreuung gemeint sind, wird der Begriff *Patient* verwendet.

2.2 Geschichtlicher Hintergrund

2.2.1 Entwicklungen im angelsächsischen Raum

Die Geschichte der Psychiatrie in England reicht weit bis ins 14. Jahrhundert zurück. Damals wurden psychisch Kranke in öffentlichen Institutionen, Arbeits- oder Armenhäusern untergebracht. Im 18. und 19. Jahrhundert begann das öffentliche Interesse am Schicksal psychisch Kranker und hatte die Eröffnung von Anstalten mit bis zu 1000 Betten zur Folge (T. Becker, 1998). In dieser Zeit begann die Psychiatrie sich auch als eigenständiger Fachbereich der Medizin zu etablieren (Sauter, 2006). Bereits 1890 wurden die ersten psychiatrischen Ambulanzen gegründet. Das Modell eines gemeindepsychiatrischen Dienstes wurde das erste Mal Mitte der 1920er Jahre von der Royal Commission in London vorgeschlagen. Prävention und Behandlung sollten anstelle von Verwahrung treten (T. Becker, 1998). Mit der Verstaatlichung des Gesundheitssystems 1948 wurde der Grundstein für die gemeindepsychiatrischen Reformen gelegt. Die erste gemeindenahere psychiatrische Pflege wurde im Jahre 1954 lanciert. Damals waren die so genannten *outpatient nurses* für die Überwachung der Medikamenteneinnahme und Begleitung in der gesundheitlichen Entwicklung von schizophrenen Menschen verantwortlich. Bis Ende der Achtziger bestand das Klientel der APP fast ausschließlich aus an Schizophrenie erkrankten Personen. Danach wandelte sich das Behandlungsspektrum und es wurden hauptsächlich Patienten mit Anpassungsstörungen und Neurosen an die ambulante psychiatrische Pflege überwiesen. Nach einer Schätzung des englischen Department of Health aus dem Jahre 1994 erhalten dreiviertel der in der Gemeinde lebenden Personen mit einer schizophrenen Psychose keine ambulante Betreuung (Schulz & Behrens, 2005).

Im Laufe der Jahre differenzierten sich drei große Tätigkeitsbereiche der APP in England:

- Durchführen von Assessments,

- Therapeutische Arbeit (zum Beispiel kognitiv-behaviorale Therapie, Familientherapie oder Beratung) und
- Verknüpfung von primärer und sekundärer Pflege. Hier stellt die so genannte Liaisonnurse oft die einzige Kontaktstelle zwischen psychiatrischen und anderen medizinischen Diensten dar (Schulz & Behrens, 2005).

Eine spezielle Zusatzausbildung für ambulante Pflegepersonen gibt es in Großbritannien seit 1974. Der universitäre Lehrgang dauert ein Jahr und kann im Anschluss an die Pflegeausbildung besucht werden. Untersuchungen ergaben, dass 1993 78% der Pflegenden im ambulanten Bereich eine solche Zusatzausbildung besucht hatten (Schulz & Behrens, 2005). Eine Studie aus dem Jahr 1999 ergab jedoch, dass nur etwa ein Drittel der tätigen gemeindepsychiatrischen Pflegepersonen eine solche Ausbildung hatten. Der Lehrgang wurde von vielen als zu lang (36 Wochen Vollzeit), zu teuer und mit zu starkem Fokus auf klinische Fertigkeiten bezeichnet (White, 1999).

Heute stellt die psychiatrische Pflege mit *„Abstand die stärkste Berufsgruppe in der ambulanten psychiatrischen Versorgung in England“* dar (Zinkler, 2006, S. 121). Im Zentrum dieser stehen die sogenannten Community Mental Health Teams (CMHT), die aus Psychiatern, psychiatrischem Pflegepersonal, beschäftigungstherapeutischem und Verwaltungspersonal bestehen. Zusätzlich kooperieren Sozialarbeiter mit diesen Teams. Die Größe des Teams variiert zwischen 15 und 21 Mitgliedern, die gewöhnlich ein Einzugsgebiet von 60 000 bis 90 000 Einwohnern versorgen. Durchschnittlich ist pro 10 300 Einwohner eine Pflegeperson tätig. Die Pflegepersonen betreuen im Durchschnitt 38 Klienten, Tendenz steigend, wobei etwa die Hälfte der Klienten schwer psychisch erkrankte Menschen sind. (White, 1999; Zinkler, 2006). Das Angebot der gemeindepsychiatrischen Teams reicht von psychiatrischen Ambulanzen, multidisziplinärer Betreuung, therapeutischen und Freizeitgruppen bis zu Hausbesuchen und Alltagsunterstützung. Die therapeutischen Bezugspersonen bleiben häufig während der stationären Aufenthalte involviert, um nach der Entlassung nahtlos die weitere Betreuung übernehmen zu können (T. Becker, 1998; Zinkler, 2006).

2.2.2 Entwicklungen im deutschsprachigen Raum

Die Anfänge der ambulanten Psychiatrie im deutschsprachigen Raum lassen sich auf die sechziger Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts datieren. Damals gab es die ersten

Möglichkeiten eine zweijährige Aus- und Weiterbildung mit dem Schwerpunkt Psychiatrie zu besuchen. Ziel dieser Maßnahmen war jedoch eine Verbesserung der Versorgung im stationären Bereich (Schulz & Behrens, 2005).

Der Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquête) deckte 1975 viele Missstände in der Psychiatrie auf. Die Kommission formulierte vier Hauptempfehlungen für die Psychiatrie, die auch heute noch gelten:

- gemeindenahe Versorgung,
- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten,
- Koordination aller Versorgungsdienste und
- Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken (Peukert, 2005).

Diese Empfehlungen prägten und lancierten den Aufbau von ambulanten Versorgungseinrichtungen, die das Ziel der Reintegration von Patienten in die Gemeinde hatten.

1988 erschien ein Expertenbericht, der eine Erweiterung der Sichtweise auf die psychiatrische Betreuung einbrachte. Der Bericht verweist auf den Lebensalltag der Betroffenen und nimmt sie nicht nur als Patienten und Klienten von Einrichtungen und Diensten wahr, sondern als „ganze Menschen“. Er stellt die Bedürftigkeit der psychisch erkrankten Person in den Mittelpunkt und nicht, wie die Enquête, die Missstände der institutionalisierten Psychiatrie. Unter diesem Gesichtspunkt werden die Grundbedürfnisse der Bürger betrachtet und anstatt Einrichtungstypen Hilfebereiche angeboten, die eine Unterstützung in Richtung der Grundbedürfnisse der Betroffenen leisten (Peukert, 2005).

Im Jahre 1980 wurde in Nordrhein-Westfalen das erste Modellprojekt zur ambulanten psychiatrischen Pflege initiiert. In den darauffolgenden Jahren wurden weitere Projekte erprobt, jedoch war keines flächendeckend oder regelfinanziert. Heute existieren in den deutschen Bundesländern sehr unterschiedliche Angebote, die sowohl in der Intensität, in den Inhalten wie auch der Versorgungsdauer variieren (BAPP, 2008). Um die Planung und Organisation der Versorgung zu koordinieren wurden alle Anbieter einer Region unter einem organisatorischem Dach, dem Gemeindepsychiatrischen Verbund, zusammengefasst. Das Ziel des Verbundes ist die Unterstützung bedarfsgerechter Komplexleistungsprogramme, indem die Leistungen der Kostenträger verknüpft werden, ohne dabei neue Institutionen aufzubauen (Zechmeister, 2002).

Seit 2005 ist die psychiatrische Hauskrankenpflege im deutschen Sozialgesetzbuch definiert und somit die ärztliche Verordnung ambulanten psychiatrischer Dienste möglich. Die Verordnungsmöglichkeiten sind jedoch zeitlich und diagnostisch eingegrenzt (BAPP, 2008) und das Sozialgesetzbuch V (Paragraph 132a) verwehrt die rechtlichen Rahmenbedingungen und somit die notwendigen Ressourcen für eine flächendeckende ambulante psychiatrische Pflege (Schulz & Behrens, 2005).

In Österreich begann die Wandlung der psychiatrischen Versorgung etwa in den siebziger Jahren. Bis zu den Neunzigern war die Reform von punktuellen Reforminitiativen geprägt, die zumeist von einzelnen Professionellen initiiert wurden. Das Kernziel der Reformen war und ist immer noch, wie auch in anderen westeuropäischen Ländern, die Schaffung einer personenzentrierten gemeindenahen Versorgung (Zechmeister & Osterle, 2004).

Da das deutsche und österreichische Gesundheits- und Sozialsystem zahlreiche Parallelen aufweisen, wurden für den Aufbau des österreichischen Versorgungskonzepts einige Elemente aus Deutschland, sowie auch Elemente aus Großbritannien und den USA übernommen (Zechmeister, 2002).

In Österreich wird die außerstationäre psychiatrische Versorgung heute durch psychosoziale Dienste geleistet. Diese sind verantwortlich für die medizinische und soziale Gesamtbetreuung der in der Gemeinde lebenden schwer und chronisch Kranken. Jedes Bundesland und größere Bezirke verfügen über einen eigenen psychosozialen Dienst, was es schwierig macht österreichweite Aussagen zu machen. Laut dem österreichischem Psychiatriebericht von 2001 gab es im Jahr 1998 in den Bundesländern (ohne Wien) insgesamt 118 psychosoziale Dienste. Da für Wien keine oder nur unvollständige Daten vorlagen, wurde die Bundeshauptstadt nicht in den Bericht einbezogen. Bezogen auf die Einwohnerzahl ist mit 12,3 Vollzeit-Fachkräften pro 100 000 Einwohner in Vorarlberg die höchste Versorgungsdichte zu finden. Durchschnittlich sind in den acht Bundesländern 4,5 Fachpersonen pro 100 000 Einwohner ambulant tätig. Niederösterreich bildet mit 1,9 Fachkräften pro 100 000 Einwohner das Schlusslicht (Katschnig, Ladinser, Scherer, Sonneck, & Wancata, 2001).

Eine beispielhafte gemeindepsychiatrische Versorgung findet sich in Tirol. Die psychiatrische Versorgung wird hauptsächlich durch den gemeinnützigen Verein *Psychosozialer Pflegedienst Tirol* geleistet. Durch einen aufsuchenden Dienst wird den psychisch kranken Personen eine kontinuierliche Begleitung in schwierigen Lebenssituationen geboten. Im Laufe eines Jahres kann der Pflegedienst 1000 bis 1200 Klienten mit einer durchschnittlichen

Betreuungszeit von zwei bis drei Stunden pro Woche und Klient pflegen. Zu ca. 75% besteht die Klientel des psychosozialen Pflegedienstes aus Menschen mit schizophrenen oder affektiven Störungen (Kaplenig & Gruber, 2008).

Zusätzlich zu den psychosozialen Diensten bietet Österreich (ohne Wien) 44 Einrichtungen zur Tagesstruktur mit rund 900 Plätzen für psychisch Kranke. Außerdem wird die Versorgung auch durch andere Einrichtungen und Dienste, wie zum Beispiel Krisendienste oder häusliche psychiatrische Pflege geleistet, für die aber keine österreichweiten Zahlen vorliegen (Katschnig et al., 2001).

Im Gegensatz zu Großbritannien gibt es weder in Deutschland noch in Österreich eine Zusatzausbildung für den ambulanten psychiatrischen Bereich.

2.3 Tätigkeitsgebiete

Die ambulante psychiatrische Pflege stellt im Gegensatz zur stationären Pflege eine nicht ortsgebundene Einrichtung dar. Die Betreuung finden demnach an einem von Betreuer und Klient gemeinsam definierten Ort, häufig am Wohnort des Betroffenen statt (Bosshart, 2009). Ziel der APP ist es, die Eigeninitiative des Klienten zu fördern. Dadurch kann sie Kosten reduzieren, Qualität erreichen und Klinikaufenthalte vermeiden oder verkürzen (Wolff, 2006).

Die „Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege“ (BAPP) Deutschlands veröffentlichte (2003) den einzigen deutschsprachigen Tätigkeitskatalog der ambulanten psychiatrischen Pflege. Zusätzlich wurde von Richter und Hahn (2009) eine Meta-Synthese zur Identifizierung von formellen und informellen Tätigkeitsbereichen der ambulanten psychiatrischen Pflege durchgeführt. Formelle Aufgaben sind in der Regel fest definiert und durch einen Auftrag vorgegeben. Informelle Aufgaben ergeben sich im Gegensatz dazu durch die Arbeit mit dem Klienten und anderen Diensten.

Die formellen Tätigkeiten der ambulanten Pflege lauten:

- Assessment und Monitoring der psychischen Gesundheit der Patienten,
- Assessment und Monitoring der Medikation (Wirkungen und Nebenwirkungen) und der Compliance,
- Medikations-Management (Vergabe),
- Prävention von Krankheitsepisoden und Hospitalisierung,
- Anwendung psychotherapeutischer Techniken,

- Patientenedukation und Gesundheitsförderung,
- Einbeziehung von Angehörigen,
- Case-Management und Kooperation mit anderen Professionen und Diensten,
- Management akuter psychischer Krisen (z.B. Angst- und Stresssituationen),
- Management somatischer Begleiterkrankungen,
- Quasi-vormundschaftliche Betreuungsarbeit (Richter & Hahn, 2009, S.131).

Die aus der Meta-Synthese hervorgehenden informellen Tätigkeiten der APP sind:

- Aufbau von Vertrauen,
- Dasein, Anwesenheit (,being there'),
- Fürsorge (,being concerned'),
- Förderung der persönlichen Entwicklung des Patienten,
- pflegerische Beziehung beruht auf Erfahrung, Intuition, Pragmatismus und Kommunikation,
- akzeptierende, respektvolle, schützende, individuelle, ehrliche und offene Grundhaltung in der Beziehung zum Patienten,
- wiederholtes Aushandeln und teilen von Sicherheit, Kontrolle, Verantwortung und Kooperation mit den Patienten (Richter & Hahn, 2009, S. 131ff).

Hinsichtlich der formellen Tätigkeiten stimmten die identifizierten Aktivitäten weitgehend mit denen der BAPP überein.

Auch andere Autoren sehen die Aufgaben der ambulanten psychiatrischen Pflegekräfte in der frühzeitigen Erkennung und Reaktion auf Krisen. Somit bieten die ambulant tätigen Pflegenden eine präventive und gesundheitsfördernde Leistung (Barr, 2000).

Durch eine qualitative Befragung in zwei österreichischen Bundesländern (Niederösterreich und Steiermark) konnten Swoboda et al. (2006) Aufgaben und Fertigkeiten identifizieren, die Mitarbeiter in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen für wichtig erachten. Als Hauptaufgabe der Professionellen wurde der Kontakt mit Klienten genannt. An zweiter Stelle stehen administrative und organisatorische Angelegenheiten und an dritter Stelle der Kontakt mit dem sozialen Umfeld der Klienten. Um diese Aufgaben erfüllen zu können müssen die Professionellen vor allem über psychosoziale Basiskompetenzen, das heißt über Fertigkeiten, die zu einer guten Gesprächsführung notwendig sind, zum Beispiel Empathie, Wertschätzung,

Toleranz, Kontakt-, Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit, verfügen. Zusätzlich sind bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie beispielsweise Aufgeschlossenheit, Vielseitigkeit, Flexibilität, Hausverstand, Optimismus und Ausdauer relevant für die Arbeit in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen. An dritter Stelle der wichtigsten Fertigkeiten wurden berufliche Fachkompetenzen genannt.

Die Klienten schätzen bei ihren Pflegepersonen vor allem ihre persönlichen Qualitäten, im Besonderen ihre Offenheit, Flexibilität und Fähigkeit die Klienten mit anderen Dienststellen zu vernetzen (McCardle, Parahoo, & McKenna, 2007).

2.4 Gemeindenahe Versorgungssituation psychisch Kranker im Kanton Bern

Der Kanton Bern erstreckt sich über 6000 Quadratkilometer und ist somit der größte Kanton der Schweiz. Knapp eine Million Einwohner leben in diesem Einzugsgebiet (Schweizerische Eidgenossenschaft).

Die kantonale psychiatrische Versorgung wird zu einem großen Teil von stationären Einrichtungen geleistet, jedoch wurden in den letzten Jahren auch vermehrt ambulante Dienste angeboten. Abbildung 1 verdeutlicht, durch welche Einrichtungen und Personen ambulante psychiatrische Pflege angeboten wird.

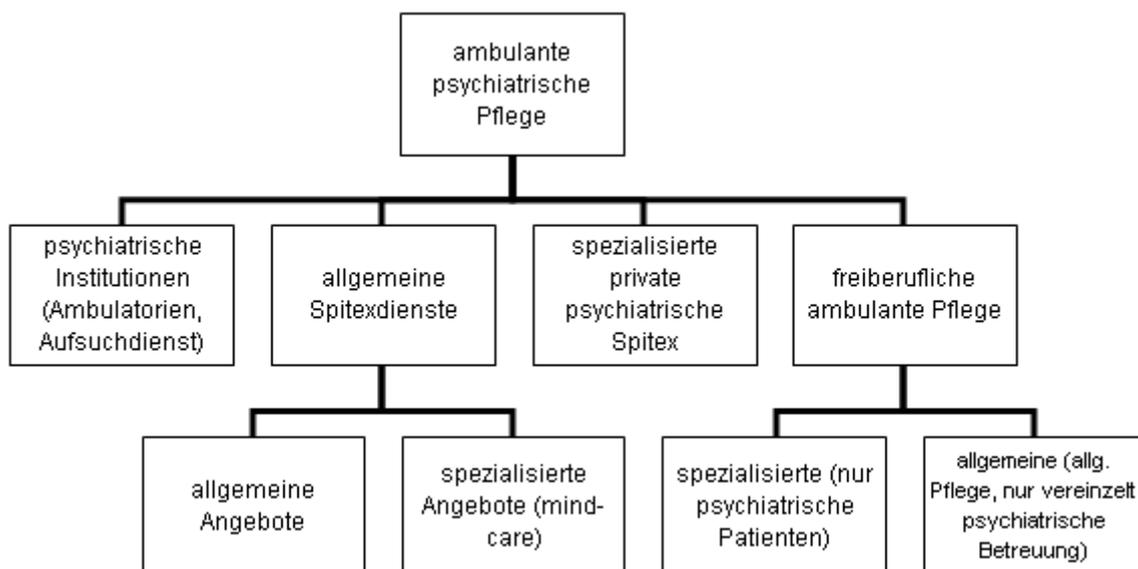


Abbildung 1: Ambulante psychiatrische Versorgung im Kanton Bern

Den ersten Bereich stellen ambulante Dienste dar, die durch psychiatrische Institutionen angeboten werden. Die Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern bieten zum

Beispiel drei Ambulatorien im Stadtgebiet Bern an und betreuen damit in etwa 320 Klienten. Das Konzept sieht vor, dass die Klienten in regelmäßigen Abständen in die Ambulatorien kommen, um soziale, therapeutische oder medizinische Angebote in Anspruch zu nehmen.

Ein weiterer Bereich der extramuralen Versorgung wird durch allgemeine Spitexdienste gedeckt. Spitex (spitalexterne Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege) bietet Hilfe, Pflege und Beratung außerhalb des Spitals oder Heims (Spitex Verband Schweiz). Neben allgemeinen Angeboten gibt es auch spezialisierte Angebote, wie zum Beispiel „mind-care“, welches auf die Betreuung von Personen mit psychiatrischen Erkrankungen oder Demenz ausgerichtet ist (Spitex Bern).

Zusätzlich zu den allgemeinen Spitex-Angeboten gibt es Privatpersonen, die Pflegedienste mit Angestellten leiten und im Rahmen dieser private psychiatrische Spitex anbieten. Im Kanton Bern sind zwei solche Dienste bekannt.

Neben diesen ambulanten Diensten wird ambulante psychiatrische Pflege zu einem großen Teil von freiberuflichen Pflegenden angeboten. Diese bieten ein sehr niederschwelliges Angebot und können dadurch auch Menschen erreichen, die sich nicht an eine öffentliche Einrichtung (zum Beispiel Sozialdienst oder Spitex) wenden (Lüthi, 2008).

Da es in dieser Arbeit um die Klientengruppe der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege geht, beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen auf ebendiese Berufsgruppe.

2.5 Freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege im Kanton Bern

Eine Erhebung von Abderhalden et al. (2009) ergab, dass Anfang des Jahres 2009 45 Personen als freiberufliche Psychiatriepfleger in Kanton Bern tätig waren. Davon waren 32 (71%) Frauen und 13 (29%) Männer. Das Durchschnittsalter der 39 befragten Personen lag bei 47 Jahren (bei einer Spanne von 29 bis 63 Jahre). Im Schnitt hatten diese 20 Jahre Erfahrung in der Pflege (Spanne: 3 bis 40 Jahre) und 16 Jahre Berufserfahrung in der Psychiatrie (Spanne: 1 bis 38 Jahre).

Die 39 befragten freiberuflich tätigen Pflegepersonen mit Diplom in psychiatrischer Pflege betreuten zum Zeitpunkt der Befragung 345 Klienten (davon 317 im Kanton Bern) ambulant.

Die Anzahl der Klienten pro Pflegenden reichte von null bis 38. Der Durchschnitt lag bei neun, der Median bei sieben Klienten. Die minimale Kontakthäufigkeit lag im Mittel bei 1.9 Kontakten pro Woche, das durchschnittliche Maximum bei 3.3 Kontakten in einer Woche.

Über ein Drittel (38%) der freiberuflichen Pflegepersonen im Kanton Bern haben zusätzlich zu der freiberuflichen Tätigkeit eine Anstellung (zum Beispiel bei einer Spitex-Organisation oder einer Klinik). Das Ausmaß dieser Anstellung beträgt durchschnittlich 53% (10 bis

100%) der Vollarbeitszeit. Abbildung 2 zeigt durch wen die Klienten am häufigsten an die Freiberuflichen zugewiesen werden. Zu einem Fünftel kommen die Zuweisungen von Psychiatern und zu weiteren 17% von psychiatrischen Kliniken. An dritter und vierter Stelle der Zuweiser stehen die Klienten selber und ambulante psychiatrische beziehungsweise sozialpsychiatrische Dienste.

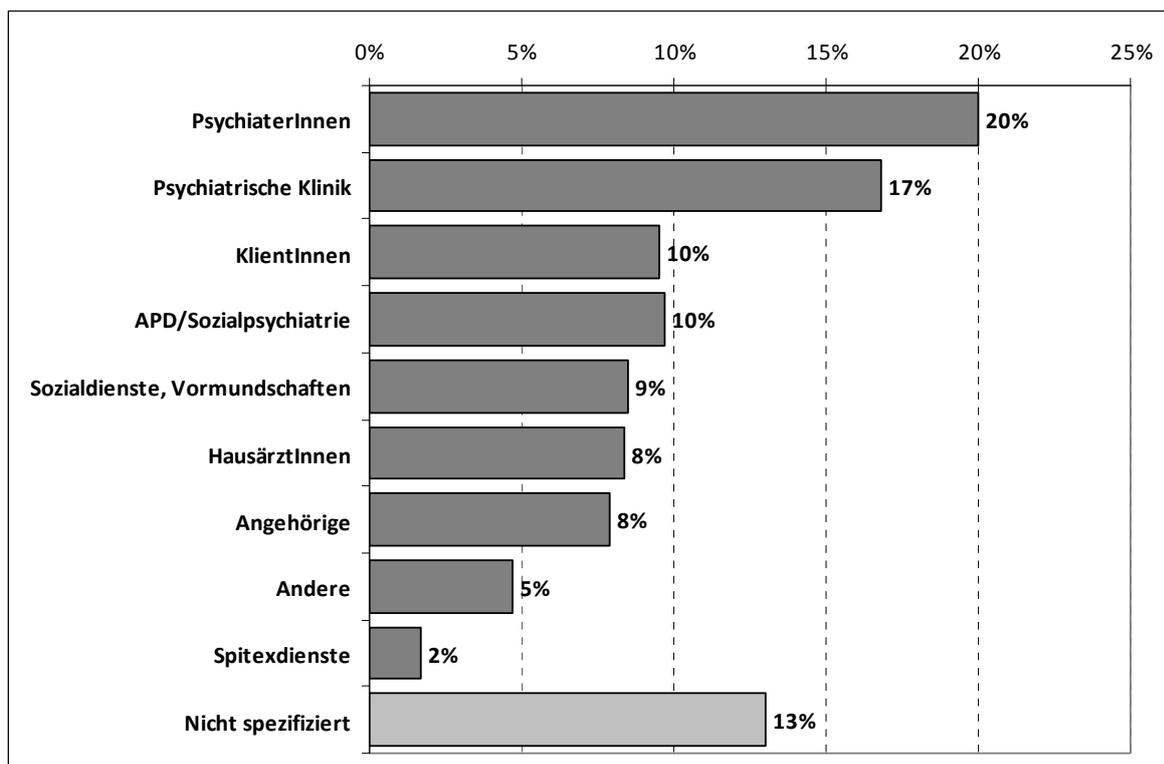


Abbildung 2: Zuweisende der APP (Abderhalden et al., 2009)

2.5.1 Voraussetzungen

Grundvoraussetzung für eine freiberufliche Tätigkeit als Pflegefachperson im Kanton Bern ist ein Diplom einer anerkannten Schule für Gesundheits- und Krankenpflege oder ein anerkanntes gleichwertiges Diplom. Zudem ist nach dem Schweizer Krankenversicherungsverordnung Art. 49 eine zweijährige praktische Tätigkeit unter der Leitung einer diplomierten Pflegefachperson nachzuweisen, zum Beispiel in einem Spital oder einer Spitex-Organisation (SBK - ASI, 2008b).

2.5.2 Qualitätssicherung

Der Vertrag von 1998 zwischen dem Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und dem Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer (santésuisse) erteilte dem SBK die Verantwortung zur Durchführung der Qualitätssicherung für freiberufliche Pflegefachpersonen. Alle Freischaffenden sind verpflichtet am jährlichen

Programm zur Qualitätssicherung aktiv teilzunehmen. Die Qualitätssicherung beinhaltet eine Selbstevaluation mittels eines Fragebogens und eine stichprobenartige Fremdevaluation durch eine Zertifizierungsstelle für Pflegequalität. Bei den Stichproben werden jährlich zirka 2% der freiberuflich tätigen Pflegepersonen evaluiert (SBK - ASI, 2008a).

2.5.3 Dokumentation

Die Pflegenden tragen direkte Verantwortung für die erbrachte Pflege. Die Dokumentation muss daher lückenlos und nachvollziehbar sein. Jeder Kontakt mit dem Klienten soll dokumentiert werden und aus dieser müssen die gemeinsamen Ziele, an denen gearbeitet wird, ersichtlich sein. Von besonderer Relevanz ist die Einschätzung des psychischen Status der betreuten Klienten, denn auf dieser beruhen die Interventionen, die im Umgang mit den psychischen Symptomen und Suizidalität, angemessen und belegt sein müssen (Wolff, 2006). Für den Kanton Bern gilt das im Gesundheitsgesetz BE Art. 26 festgelegte Gesetz zur Dokumentationspflicht. Die Pflegefachpersonen sind demnach verpflichtet fortlaufend Aufzeichnungen über die Behandlung des Patienten zu führen und den Behandlungsverlauf zu dokumentieren. In dieser Dokumentation müssen die Sachverhaltsfeststellung, die Diagnose, die angeordneten Therapien sowie den Ablauf und Gegenstand der Aufklärung enthalten sein. Zudem hält das Gesundheitsgesetz fest, dass die Behandlungsdokumentation solange aufzubewahren ist, als sie für den Betroffenen relevant ist oder aber mindestens zehn Jahre (2001).

3. Versorgungsbedarf

3.1 Begriffsklärung

Der Begriff Versorgungsbedarf stellt ein sehr komplexes Thema dar. In der Literatur findet sich keine einheitliche Definition von Bedarf oder seiner Messung.

In diesem Kapitel soll versucht werden, eine möglichst genaue Begriffsbeschreibung zu liefern, welche sich auf den ambulanten Bereich der psychiatrischen Pflege umsetzen lässt und in einer kritischen Diskussion die Wahl des Begriffs zu erläutern.

Lexikalische Begriffsbedeutung

Da in der Versorgungsforschung ein Großteil der Studienliteratur in englischer Sprache publiziert wird, ist hier eine Klärung der Begrifflichkeiten notwendig. In der englischsprachigen Literatur spricht man im Zusammenhang mit Versorgungsbedarf zumeist von *need*. Eine korrekte Übersetzung dieses Begriffs ins Deutsche stellt bereits einen Problembereich dar, der eine konkrete Begriffsdefinition erschwert. *Need* kann durch mehrere deutsche Wörter übersetzt werden: Bedarf, Bedürfnis, Mangel, dringende Notwendigkeit, Not, Erfordernis. Da die ersten beiden Begriffe in der deutschsprachigen Literatur häufig im Kontext der psychiatrischen Pflege und im Zusammenhang mit dem in dieser Arbeit verwendeten Erhebungsinstrument Camberwell Assessment of Need (CAN) genannt werden, werden die anderen Übersetzungsmöglichkeiten hier nicht weiter behandelt.

Das englische Wort *need* kann mit den Begriffen *Bedürfnis* und *Bedarf* bezeichnet werden. Umgekehrt kann die subjektive Bedeutungsweise durch die Begriffe *wish* und *desire* ausgedrückt werden, so, dass *need* dem deutschen *Bedarf* näher steht (Heinze & Priebe, 1995). Bedarf kann zudem im wirtschaftlichen Sprachgebrauch mit *demand* (Nachfrage), oder mit *requirement* (Erfordernis) übersetzt werden (Langenscheidt, 2005). In Anbetracht dieser rein sprachlichen Übersetzungen entspricht *Bedarf* mehr *need* als *Bedürfnis*.

Hinsichtlich der kontextualen Einbettung des Begriffs in die Pflege und Versorgungsforschung lässt sich in der Literatur keine eindeutige Übersetzungstendenz feststellen. Eine Definition der Begriffe ist jedoch notwendig, um entscheiden zu können, welche Begrifflichkeit im Kontext dieser Arbeit verwendet werden kann.

Laut der Brockhaus Enzyklopädie wird als Bedürfnis der „*als Mangel empfundenen Erlebniszustand, der mit dem Streben nach Behebung (Befriedigung) verbunden ist*“ (Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus, 2005-2009) bezeichnet. Je nach der zugrunde gelegten Motivationstheorie wird der Begriff unterschiedlich definiert. Beispielsweise spricht man in den somatisch ausgerichteten Trieb- und Instinkttheorien von primären und sekundären Bedürfnissen und in den sozialpsychologisch ausgerichteten Theorien von der sozialen Außenleitung der Bedürfnisse.

Nach der Definition von Holzkamp-Osterkamp (1976), einer Vertreterin der kritischen Psychologie, sind Bedürfnisse „*Bedarfszustände in ihrer gesellschaftlichen, d. h. ‚menschlichen‘ Spezifik, in denen ihre unspezifisch biologischen Charakteristika aufgehoben sind*“ (S. 19).

Unter Bedarf lässt sich „*das Anstreben des Konsums von Gütern verstehen, deren Verzicht eine erhebliche Beeinträchtigung des individuellen Wohlbefindens bedeuten würde*“ (Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus, 2005-2009). Ebenso wie ein Bedürfnis, ist Bedarf nicht objektivierbar, sondern unterliegt individuell unterschiedlichen Auffassungen und kann meist auch vom betroffenen Individuum nicht eindeutig angegeben werden (Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus, 2005-2009). Heinze und Priebe (1995) definieren Bedarf als einen Mangel, der „*allgemein in der gesellschaftspolitischen Diskussion festzustellen bzw. normativ postuliert ist*“ (S. 53) und Bedürfnis als jenes Defizit, dass von den Betroffenen erlebt und geäußert wird.

Begriffsbedeutung im Gesundheitsbereich

Im Kontext des Gesundheitswesens und einer Bedarfserhebung mit dem Fokus die Effektivität der Gesundheitsversorgung zu verbessern, lässt sich *need* als „*the ability to benefit in some way from health care*“ (Stevens & Gabbay, 1991, S. 21) definieren. Die Fähigkeit der Gesellschaft von der Gesundheitsversorgung zu profitieren hängt einerseits von der Anzahl der betroffenen Personen, das heißt von der Inzidenz und Prävalenz der betrachteten Gegebenheit, und andererseits von der Wirksamkeit der verfügbaren Versorgung ab (Stevens & Gabbay, 1991). Für Experten für Gesundheit und Wirtschaft stellt Bedarf zudem auch den Aufwand dar, der nötig ist, um alle betroffenen Personen zu erreichen (Thornicroft, Phelan, & Strathdee, 1996). Phelan et al. (1995) erweitern im Zusammenhang mit psychiatrischer Versorgung die obige Definition um den Terminus *social care*, so dass *need* die Fähigkeit darstellt, von der Gesundheitsversorgung und der Sozialfürsorge zu

profitieren. Demnach ist der Versorgungsbedarf abhängig von den existierenden, empirisch bestätigten wirksamen Behandlungs- und Betreuungsmethoden.

Begriffsbedeutung in der Pflegewissenschaft

In der Pflege wird der Begriff *need* von einigen Theoretikerinnen bereits ab den 60er-Jahren verwendet. Als Gründerin dieser Denkschule der (Grund-)Bedürfnisse (*needs*) gilt Virginia Henderson (1966). Die Aufgabe der Pflege sei es, ihrer Theorie nach, den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden, wobei die größtmögliche Selbstständigkeit des Betroffenen bewahrt wird. Faye Abdellah befasste sich zudem 1969 mit der Funktion der Pflege bei der Befriedigung der Pflegebedürfnisse. Die aktuellste Theoretikerin innerhalb dieser Denkschule ist Dorothea Orem (1995), die die Begriffe *Selbstfürsorgedefizit*, *Selbstfürsorgeerfordernis* und *Selbstfürsorgesystem* in die Pflege einbrachte. Der Auftrag der Pflege ist es, die Selbstpflegedefizite festzustellen und auf die Selbstfürsorgeerfordernisse, die abhängig von den Bedürfnissen der Patienten sind, zu reagieren. Durch diese Theorien, in denen die Betroffenen in Bedürfnisbegriffen betrachtet und diese hierarchisch geordnet werden, besteht die Neigung die Patienten als abhängige Wesen darzustellen, wohingegen die Pflegenden als kompetent und aktiv auftreten (Kühne-Ponesch, 2004; Schaeffer, Moers, & Steppe, 1997).

Dieser kurze Exkurs macht deutlich, dass in den Pflgetheorien das englischsprachige *need* fast ausschließlich mit *Bedürfnis* übersetzt wurde. Oft ist festzustellen, dass in deutschsprachigen Publikationen von Bedürfnis die Rede ist, wo im Originaltext vielmehr Lebensaktivitäten, Erfordernisse oder Bedarf gemeint waren (Wingenfeld, 2003).

Wingenfeld (2003) weist zudem auf den normativen Charakter des Pflegebedarfs hin und sieht ihn somit als Ausdruck professioneller Sichtweisen, Kriterien und Entscheidungen. Bedürfnisse sind im Gegensatz dazu der Person des Patienten zuzuordnen. Er gibt zudem zu bedenken, dass es sich dabei um zwei Perspektiven auf den Pflegeverlauf handelt und diese keineswegs übereinstimmen müssen. Beispielsweise kann der Betroffene das Verlangen nach Passivität und Ruhe haben, wo die Pflege Aktivität und Mobilisierung als notwendig erachtet. Somit kann eine aus professioneller Sicht bedarfsgerechte Pflege die Bedürfnisse des Patienten verfehlen.

Die Übersetzungsschwierigkeiten von *need* kommen ebenfalls durch folgende Fußnote in einem Aufsatz von Penny Powers über *needs* zu Ausdruck. Die Passage stammt von den Übersetzern des Textes.

„Das Englische kennt nicht die Trennung zwischen subjektivem ‚Bedürfnis‘ und (angeblich) objektiv feststellbarem ‚Bedarf‘. Im folgenden wird das englische Wort ‚need‘ mit *Bedürfnis* übersetzt, da dieses Wort der beabsichtigten Bedeutung im Deutschen am nächsten kommt. Allerdings können die verschiedenen Bedeutungsimplicationen, die das Wort ‚need‘ im Englischen hat, im deutschen nicht immer durch das Wort *Bedürfnis* wiedergegeben werden. In solchen Fällen werden andere Wörter wie *Bedarf*, *Notwendigkeit* und die Verbform ‚brauchen‘ verwendet. Die These des vorliegenden Aufsatzes ist ja gerade, dass die Verwendung des Begriffs ‚Bedürfnis‘ in der Pflege ein Eingehen auf die Subjektivität des/der PatientIn nur vorspiegelt, tatsächlich aber ebenso individuelle Wünsche unterdrückt wie die administrative Feststellung eines ‚Bedarfs‘“ (Powers, 1999, S. 36).

Begriffsverwendung in dieser Arbeit

In Anbetracht der kritischen Betrachtungsweise des Begriffs *Bedürfnis* in der Anmerkung zur Übersetzung des Aufsatzes von Powers, der wörtlichen Übersetzungen der englischen und deutschen Begrifflichkeiten und der Begriffsdefinition der Brockhaus Enzyklopädie wird der englische Begriff *need* in weiterer Folge immer als *Bedarf* übersetzt werden. Durch diese Begriffswahl soll die Vortäuschung einer vollständigen Subjektivität vermieden werden.

Die Entscheidung für den Begriff *Bedarf* stimmt ebenfalls mit der Empfehlung von Dr. Reinhold Kilian (Soziologe, Versorgungsforscher und Autor der deutschsprachigen Version des CAN-EU) überein (Kilian, 2009a).

3.2 Begriffsdefinition

In der Gesundheitswissenschaft wird *Bedarf (need)* von *Angebot (supply)* und *Nachfrage (demand)* differenziert. Durch die Definition und Beschreibung dieser Begriffe kann die Durchführung einer Bedarfserhebung erleichtert werden.

Bedarf ist, wie zuvor erwähnt, veränderlich und von Interpretationen und kulturellen Einflüssen abhängig. *Nachfrage* ist der Ausdruck subjektiver Bedürfnisse und wird noch stärker durch den sozialen- und Bildungsstand der betroffenen Person beeinflusst, als *Bedarf*. *Angebot*, definiert als die angebotene Leistung, ist geprägt durch öffentliche und politische Einflüsse. Die drei Begriffe lassen sich nicht isoliert betrachten. Die Bereiche, die von den Begriffen beschrieben werden überlappen sich und können mehrere Kombinationen bilden. Jede medizinische oder pflegerische Intervention lässt sich einer der möglichen

Bereichskombinationen zuordnen, die in Abbildung 3 dargestellt werden (Stevens & Gabbay, 1991).

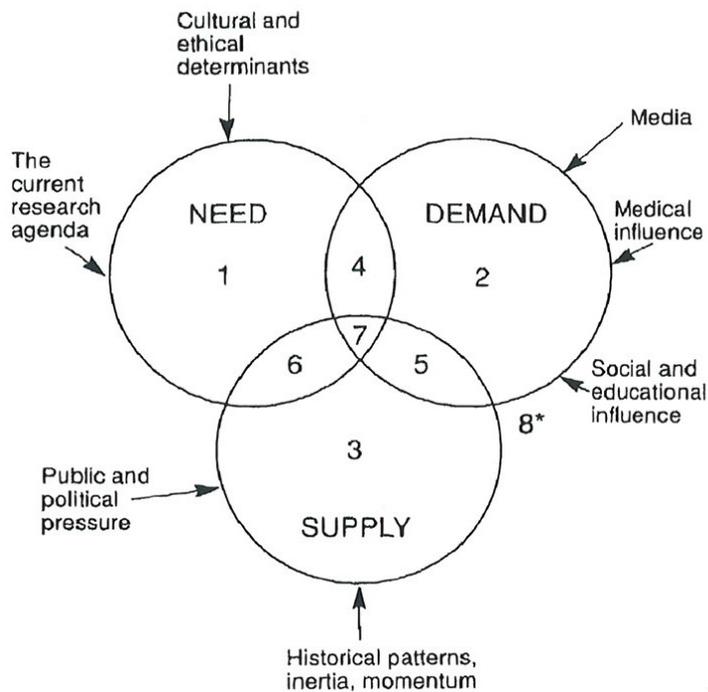


Abbildung 3: Bedarf, Angebot und Nachfrage: Einflüsse und Überlappungen (Stevens & Gabbay, 1991, S.21)

Feld 1 der Abbildung stellt einen Fall dar, in dem ein Bedarf vorhanden ist, in dem aber weder eine Nachfrage besteht, noch eine Leistung/Unterstützung angeboten wird, beispielsweise ein kommunaler Vorschlag zur Erweiterung der örtlichen Rehabilitationsmaßnahmen. Ein Beispiel für Fall 3 würden routinemäßige Kaiserschnitte bei Frauen, die bereits eine Sectio in ihrer Krankengeschichte hatten, darstellen. Diese würde man eventuell durchführen, ohne dass eine Nachfrage oder ein Bedarf besteht. Das externe Feld 8 beinhaltet jene Fälle, in denen kein Service benötigt, gefragt und angeboten wird. Feld 7 stellt den Idealfall einer Intervention dar. Es beinhaltet jene Dienstleistungen, die benötigt, nach denen verlangt und die auch angeboten und durchgeführt werden. Um das Gesundheitswesen effektiver und effizienter zu machen, müssten die drei Bereiche Bedarf, Nachfrage und Angebot so gut wie möglich zusammengeführt werden, so dass jede benötigte Intervention auch als solche erkannt und angeboten wird (Stevens & Gabbay, 1991). Eine Bedarfsanalyse soll laut Zechmeister (2002) zum einen den Zusammenhang zwischen Bedarf, Angebot und Nachfrage analysieren und zum anderen klären, wie diese Bereiche übereingestimmt werden können. Neben den verschiedenen Kombinationen der Bereiche stellt Abbildung 3 auch die äußeren Einflüsse dar, die auf die einzelnen Bereiche wirken. Der Bereich *Nachfrage* wird zum

Beispiel durch die Medien, durch medizinische und soziale Einflüsse, sowie das Bildungsniveau geprägt. Die Wahrnehmung des Bedarfs ist abhängig von kulturellen und ethischen Faktoren, wie auch vom aktuellen Forschungsstand. Die Art der angebotenen Versorgung wird hingegen durch öffentliche und politische Einflüsse und historische Strukturen bestimmt (Stevens & Gabbay, 1991).

Einen soziologischen Ansatz zur Klassifikation von sozialem Bedarf, welche die verschiedenen Blickwinkel der Beteiligten widerspiegelt, liefert Bradshaw (1972). Er unterscheidet zwischen vier Arten von Bedarf: a) normativer, b) wahrgenommener, c) formulierter und d) vergleichender Bedarf.

- a) *Normativer Bedarf* bezeichnet den Bedarf, den Experten bzw. Professionelle in einer gegebenen Situation wahrnehmen. Ein wünschenswerter Standard dient als Grundlage für Vergleiche mit Werten von Personen oder Gruppen. Wenn der Zustand eines Individuums unter dem Normwert des Standards liegt, gilt diese Person als bedürftig. Problematisch kann die Definition werden, wenn sie paternalistisch angewendet wird. Wenn zum Beispiel eine Norm aus mittleren sozialen Schichten zur Bedarfserhebung im Kontext unterer sozialen Schichten gebraucht wird. Ebenfalls kann es Kontroversen bei den Definitionen von unterschiedlichen Experten geben. Die Entscheidung darüber was wünschenswert ist, soll immer dem Kontext entsprechend getroffen werden, denn normative Standards resultieren aus Wissensentwicklungen und sozialen Werten und verändern sich demnach ständig mit der Zeit.
- b) Von einem *wahrgenommenen Bedarf* spricht man meist im Zusammenhang mit Versorgungsbedarf. Um den wahrgenommenen Bedarf einer Bevölkerung zu ermitteln muss gefragt werden, ob sie die bestimmte Dienstleistung benötigen. Zumeist wird die Methode im Rahmen von Befragungen von älteren Personen oder für Entwicklungen im Gemeinwesen angewandt.
Dieser, die eigenen Wünsche unfassender Begriff, ist jedoch eine unzureichende Messeinheit für den „echten“ Bedarf, denn er bezieht sich nur auf die (eingeschränkte) Wahrnehmung des Individuums. Diese ist eventuell nicht über die Verfügbarkeit der Dienstleistung informiert oder will vielleicht aus Angst vor Unabhängigkeitsverlust keinen Bedarf angeben. Andererseits können die Zahlen unrechtmäßig durch diejenigen erhöht werden, die um Hilfe bitten, obwohl sie es in Wirklichkeit nicht bräuchten.

- c) Einen weiteren Ansatz stellt der *formulierte Bedarf* oder die Nachfrage dar. Sie beruht auf einer Wahrnehmung in Forderungen umsetzende, handlungsorientierten Begriffsauffassung.

Der Gesamtbedarf ist demnach durch die Personen definiert, die eine Dienstleistung einfordern. Es kann keine Leistung eingefordert werden, ohne einen Bedarf in dem Bereich wahrzunehmen, aber es ist üblich einen wahrgenommenen Bedarf nicht durch eine Nachfrage auszudrücken. Häufig verwendete Indikatoren für den formulierten Bedarf stellen Wartelisten, zum Beispiel in Wohnheimen, dar.

- d) Im Rahmen des *vergleichenden Bedarfs* wird der Versorgungsbedarf aufgrund eines Vergleichs zweier ähnlicher Populationen festgestellt. Jene Personen, die bereits eine Dienstleistung erhalten, werden mit ähnlichen Merkmalen ausgestattet und daher die gleiche Dienstleistung benötigenden Personen gegenübergestellt. Dies stellt einen Versuch zur Standardisierung von Leistung dar, wobei Leistung und Bedarf nicht immer übereinstimmen müssen. Die Aussage, dass die Gruppe A bedürftig ist im Vergleich zu Gruppe B, bedeutet nicht, dass Gruppe B keinen Bedarf aufweist.

Diese Klassifizierung dient dazu den Bedarf aus unterschiedlichen Sichtweisen wahrzunehmen. Welche Art der Bedarfserhebung sinnvoll ist, muss situationsabhängig entschieden werden.

Bei der Definition von Bedarf können zusätzlich zwei Hauptprobleme genannt werden: ein philosophisches und ein praktisches Problem. Das philosophische Problem ergibt sich aus der unterschiedlichen Wahrnehmung von Pflege(bedarf) aus Sicht der Patienten, Angehörigen und Pflegekräfte. Da jede Perspektive Gültigkeit hat, gibt es einige Uneinigkeit darüber, wie die unterschiedlichen Blickwinkel in eine Definition zusammengefasst werden können.

Aus diesen philosophischen Problemen resultieren die praktischen Probleme der Entwicklung und Etablierung systematischer Bedarfserhebungsinstrumente in der Pflegepraxis (Lockwood & Marshall, 1999).

Im Fall der ambulanten psychiatrischen Pflege wird in dieser Studie der wahrgenommene Bedarf aus Sicht der Nutzer erhoben. Durch die Einschätzungen der Pflegepersonen findet eine normative Bedarfserhebung statt.

3.3 Instrumente zur Erhebung des Versorgungsbedarfs

In Anlehnung an die Klassifikation nach Bradshaw (1972) wurden zwei bedeutende Ansätze zur Bedarfserhebung entwickelt: das normative Modell und das Verhandlungsmodell.

In einem normativen Ansatz geht man davon aus, dass ein Bedarf dann auftritt, wenn das klinische oder soziale Befinden einer Person aufgrund einer potentiell behebbaren Ursache unter ein festgelegtes Level fällt. In diesem Fall sollte eine Bedarfserhebung auf der Einschätzung eines Experten basieren (Lasalvia, Ruggeri, Mazzi, & Dall'Agnola, 2000).

Im Gegensatz dazu geht das Verhandlungsmodell davon aus, dass Bedarf kein festgelegter Begriff ist, der objektiv gemessen werden kann. Vielmehr stellt er eine dynamische und relative Begrifflichkeit dar, welche durch eine Reihe von kontextabhängigen Faktoren beeinflusst wird und keine einzelne richtige Perspektive zulässt (Lasalvia et al., 2000).

Das in weiterer Folge vorgestellte Instrument zur Erhebung des Versorgungsbedarfes und die aus ihr entwickelten Versionen haben das Verhandlungsmodell als Grundlage.

3.3.1 Camberwell Assessment of Need (CAN)

3.3.1.1 Entwicklung und Beschreibung

Schon Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre wurden zahlreiche Instrumente zur Messung der gesellschaftlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie der Erlangung sozialer Rollen von psychisch erkrankten Personen entwickelt. Mit Ausnahme eines Instruments, das vom Medical research Council entwickelte Needs for Care Assessment (NCA), messen alle den Grad der Beeinträchtigung, ohne zu berücksichtigen, ob die Behinderung vermindert werden kann. Die Erhebung des Versorgungsbedarfs stand bei all diesen Instrumenten nicht im Vordergrund (Phelan et al., 1995).

Da das NCA zusätzlich Mängel bei der Bedarfserhebung bei Langzeitpatienten und bei obdachlosen psychisch Kranken aufweist, wurde das Camberwell Assessment of Need (CAN) 1995 von den Autoren Phelan et al. vom PriSM Institut of Psychiatry in London entwickelt.

Vier Grundsätze leiteten die Entwicklung des Instruments:

1. Die Voraussetzung, dass jedes Individuum einen Bedarf aufweist: Obwohl psychisch kranke Personen in einigen speziellen Bereichen einen Bedarf aufweisen können, ist die Mehrzahl der Bedarfsbereiche ähnlich zu denjenigen Personen, die keine psychische Erkrankung haben. Das CAN reflektiert diesen Ansatz, indem es 22 unterschiedliche Bedarfsbereiche beinhaltet.

2. Psychisch kranke Personen können in mehreren Bereichen bedürftig sein, die nicht von psychiatrischen Fachkräften erkannt werden. Das CAN dient vorrangig zum Aufzeigen der Bereiche in denen Bedarf besteht und wo eine genauere Einschätzung notwendig ist. Dies kann in weiterer Folge mit genaueren und spezialisierten Messinstrumenten erfolgen.
3. Bedarfserhebung soll sowohl Teil der regelmäßigen klinischen Praxis, als auch der Versorgungsevaluation sein. Demnach sollte das Instrument leicht zu erlernen und praktisch in der Benutzung sein.
4. Es gibt häufig unterschiedliche, aber gleichbedeutende Wahrnehmungen von Bedürfnissen. Somit basiert das CAN auf dem Verhandlungsmodell der Bedarfsdefinition. Es ist das einzige Instrument zur Bedarfserhebung, welches sowohl die Perspektive des Betroffenen, als auch die eines mit den Verhältnissen der Betroffenen vertrauten Experten berücksichtigen kann (Phelan et al., 1995).

Eine einzelne Version konnte nicht die Bedürfnisse einer Bedarfserhebung im klinischen Rahmen und im Rahmen einer Erfolgsmessung erfüllen, so wurden zwei unterschiedliche Versionen entwickelt: das CAN-C (*clinical version*) und das CAN-R (*research version*).

Beide Versionen setzen sich aus 22 Themenbereichen zusammen, die mit Hilfe von Expertenmeinungen ausgewählt und im Laufe des Entwicklungsprozesses stetig optimiert wurden. Die endgültige Version beinhaltet folgende Versorgungsbereiche:

1. Wohnsituation (*accommodation*)
2. Ernährung (*food*)
3. Versorgung des Haushalts (*household skills*)
4. Persönliche Körperpflege (*self-care*)
5. Tägliche Aktivitäten (*occupation*)
6. Körperliche Gesundheit (*physical health*)
7. Psychotische Symptome (*psychotic symptoms*)
8. Informationen über die Krankheit und deren Behandlung (*information about condition and treatment*)
9. Seelischer Druck (*psychological distress*)
10. Selbstgefährdung (*safety to self*)
11. Fremdgefährdung (*safety to others*)
12. Alkohol (*alcohol*)
13. Drogen (*drugs*)

14. Soziale Kontakte (*company of others*)
15. Partnerschaft (*intimate relationships*)
16. Sexualität (*sexual expression*)
17. Versorgung und Betreuung der Kinder (*child care*)
18. Grundkenntnisse im Lesen, Schreiben und Rechnen (*basic education*)
19. Telefonieren (*telephone*)
20. Verkehrsmittel (*transport*)
21. Geld (*money*)
22. Sozialleistungen (*welfare benefits*) (Kilian et al., 2000; Phelan et al., 1995).

Bei Bedarf können diese Bereiche noch in folgende Subskalen aufgeteilt werden (Slade, Phelan, & Thornicroft, 1998):

Gesundheit (<i>health</i>)	Körperliche Gesundheit Psychotische Symptome Seelischer Druck Selbstgefährdung Fremdgefährdung Alkohol Drogen
Basis (<i>basic</i>)	Wohnsituation Ernährung tägliche Aktivitäten
Sozial (<i>social</i>)	Soziale Kontakte Partnerschaft Sexualität
Service (<i>service</i>)	Informationen über die Krankheit und deren Behandlung Telefonieren Verkehrsmittel Sozialleistungen
funktionaler Zustand (<i>functioning</i>)	Versorgung des Haushalts Persönliche Körperpflege Versorgung und Betreuung der Kinder Grundkenntnisse im Lesen, Schreiben und Rechnen Geld

Die 22 Themenbereiche sind in je vier Sektionen gegliedert und die Bewertung bezieht sich jeweils auf die vergangenen vier Wochen.

Sektion eins dient zum einen als Filter, um zu entscheiden ob in dem Bereich ein Problem besteht und demnach weitere Fragen erforderlich sind. Zum anderen wird erfasst, ob bereits effektive Hilfe geleistet wurde. Die Skala zur Bewertung lautet:

0 = kein Problem

1 = kein/geringes Problem, weil Hilfe geleistet (gedeckter Bedarf, *met need*)

2 = ernstes Problem (ungedekter Bedarf, *unmet need*)

9 = unbekannt

Wenn ein ernstes Problem besteht, wird mit 2 bewertet, unabhängig davon ob Hilfe geleistet wird, oder nicht. Falls aufgrund von der geleisteten Hilfe kein ernstes Problem existiert, wird die Skala mit 1 bewertet und bei den Bereichen in denen kein Problem gesehen wird, mit 0. Sollte ein Bereich unklar sein oder der Befragte die Frage nicht beantworten wollen, wird mit 9 bewertet.

Bei einer Bewertung von 1 oder 2, werden anschließend die Fragen von Sektion zwei bis vier gestellt. Bei einer Bewertung von 0 oder 9 wird zum nächsten Themenbereich übergegangen.

Sektion zwei erfragt Informationen über das Ausmaß der Unterstützung, die der Betroffene von Freunden und Familie erhält. Sektion drei erhebt Informationen über die Unterstützung von örtlichen Hilfsdiensten. Hierbei wird eine Frage zum Ausmaß (jedoch nicht die Effektivität) der erhaltenen und eine über die benötigte Unterstützung gestellt. Wenn beide Fragen mit 0 beantwortet werden bedeutet das, dass die Menge an Unterstützung durch örtliche Hilfsdienste angemessen ist. Ist die Beurteilung der Frage nach der benötigten Hilfe höher, so ist ein Bedarf vorhanden.

Die Sektion zwei und drei werden jeweils mit einer 4-Punkte Skala bewertet (0 = keine Hilfe, 1 = wenig Hilfe, 2 = mittlere Hilfe, 3 = viel Hilfe, 9 = unbekannt).

In der 4. Sektion unterscheidet sich die klinische Version (CAN-C) von der Version für Forschungszwecke (CAN-R). Das CAN-C hat hier einen offenen Bereich, um die Meinung des Benutzers über die benötigte Hilfe zu erfassen und eine gemeinsame Pflegeplanung zu

skizzieren. Das CAN-R fragt nach der Angemessenheit der geleisteten Hilfe und der Zufriedenheit des Nutzers mit der ihm gewährten Leistung (Kilian et al., 2000).

Die durchschnittliche Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens beträgt unter 30 Minuten (King's College London Institute of Psychiatry 2008) und er kann sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich angewendet werden.

Zur Auswertung der Fragebögen können folgende Werte berechnet werden:

- Gesamtversorgungsbedarf = Summe der Bereiche, die mit 1 oder 2 bewertet wurden
- gedeckter Versorgungsbedarf = Summe der Bereiche, die mit 1 bewertet wurden
- ungedeckter Versorgungsbedarf = Summe der Bereiche, die mit 2 bewertet wurden

Der Maximalwert der Summenwerte liegt jeweils bei 22, wobei höhere Zahlen einen schlechteren Zustand bedeuten. Je nach Forschungsfrage und Setting können auch andere statistische Berechnungen angewendet werden.

Im Laufe der Zeit wurde das CAN in mehrere Sprachen übersetzt (zum Beispiel Italienisch, Spanisch, Schwedisch, Norwegisch, Chinesisch, Hindi²) und zu verschiedenen Forschungszwecken in zahlreichen Ländern angewendet.

Verwendet wird das CAN um

- den Versorgungsbedarf verschiedener Stichproben abzubilden,
- das Verhältnis des CAN zu anderen Instrumenten zu untersuchen,
- interkulturelle Erhebungen durchzuführen,
- die Einschätzung von Betreuungspersonen und Betroffenen zu vergleichen und
- Veränderungen des Bedarfs nach Interventionen festzustellen (Arvidsson, 2003).

In den Kapiteln 3.3 bis 3.5 werden einige Studien aus diesen Bereichen und deren Resultate dargestellt.

Die deutschsprachige Version des Camberwell Assessment of Need (CAN-EU (Deutsche Version)) wurde von den Autoren Kilian et al. im Jahr 2000 im Rahmen des Projekts „Kosten-Effektivitätsanalyse psychiatrischer Versorgungssysteme im europäischen

² Vollständige Liste ist unter <http://www.iop.kcl.ac.uk/virtual/?path=/hst/prism/can/adultcan/faqs/translations/> abrufbar (09.06.2009)

Vergleich“ entwickelt (Kilian et al., 2000). Nach dem Stand der umfangreichen Literaturrecherche für diese Arbeit, ist zu erwähnen, dass keine Forschungsergebnisse aus dem deutschsprachigen Raum mit dem Instrument CAN-EU gefunden werden konnten, obwohl die deutschsprachige Übersetzung 2000 publiziert wurde³.

3.3.1.2 Psychometrische Eigenschaften

Die Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften des CAN wurde für die ersten drei Sektionen durchgeführt, da diese für CAN-R und CAN-C identisch sind (Phelan et al., 1995).

Die Inhaltsvalidität wurde geprüft, indem das Instrument 50 Experten und 59 Personen mit einer psychischen Erkrankung vorgelegt wurde. Die Items wurden alle als wichtig und der Fragebogen als nützlich und relevant erachtet.

Zur Überprüfung der Kriteriumsvalidität und Konkurrenzvalidität wurde das dem CAN ähnlichste Instrument, das Global Assessment of Functioning Scale (GAF) hinzugezogen. Da dieses Instrument ähnliche Bereiche erfasst konnten die Ergebnisse des CAN mit dem GAF übergeprüft werden. Im Bereich *Persönliche Körperpflege* konnte die niedrigste Korrelation mit dem GAF festgestellt werden ($r = -0.39$, $p = 0.002$). Die aggregierte Auswertung von sieben Bedarfsbereichen, die den Bereich „Behinderung“ des GAF reflektieren (*Versorgung des Haushalts, Persönliche Körperpflege, Psychotische Symptome, Seelischer Druck, Selbstgefährdung, Fremdgefährdung, Soziale Kontakte*), ergab einen Korrelationskoeffizienten von $r = -0.51$ ($p = <0.001$) (Phelan et al., 1995).

Im Rahmen der Reliabilitätsüberprüfung wurden 49 Patienten und ihre Betreuungspersonen (unter anderem Psychiater, Psychologen, Pflegekräfte, Ergotherapeuten) befragt. Die Interraterreliabilität wurde für die Summenwerte und die einzelnen Items berechnet. In den Summenwerten konnte eine hohe Korrelation zwischen den Bewertern festgestellt werden ($r = 0.99$, $p < 0.001$). Auch in den einzelnen Bedarfsbereichen waren hohe Übereinstimmungen vorzufinden ($Kappa \geq 0.74$). Zur Überprüfung der Test-Retest-Reliabilität wurden Patienten und Betreuungspersonen eine Woche nach der ersten Befragung wiederholt interviewt. Auch hier wurde ein hoher Korrelationskoeffizient in den Summenwerten identifiziert ($r = 0.78$, $p < 0.001$). In den einzelnen Items waren die Übereinstimmungen niedriger, wobei eine sehr geringe Übereinstimmung nur in den Bereichen *Telefonieren* ($Kappa = 0.13$) und *Informationen über die Krankheit und deren Behandlung* ($Kappa = 0.19$) gefunden wurden.

³ Auch dem Autor des Instruments sind solche Anwendungen nicht bekannt (Kilian, 2009b)

Die anderen Items des CAN ergaben zufriedenstellende Ergebnisse mit mittleren bis sehr hohen Kappa-Werten (Phelan et al., 1995).

Da die Reliabilitätsüberprüfung der Sektionen zwei und drei auf deutlich niedrigeren Zahlen basiert als die der Sektion eins, ist die Aussagekraft dieser eingeschränkt. Demnach deuten die vergleichsweise niedrigen Ergebnisse der Test-Retest-Reliabilität ($r = 0.33$ bis $r = 0.69$) in diesen Sektionen auf einige Unbeständigkeiten hin (Phelan et al., 1995).

Das CAN-EU (Deutsche Version) wurde 2001 auf seine psychometrischen Eigenschaften getestet. Für die interne Konsistenz und die Test-Retest-Reliabilität der Subskalen für den Gesamtbedarf, gedeckten Bedarf und ungedeckten Bedarf wurden zufriedenstellende Ergebnisse erzielt. Im Vergleich zu den übrigen europäischen Versionen weist es sogar geringfügig bessere Werte auf. Die Interraterreliabilität der Subskalen ist ebenfalls zufriedenstellend, im Vergleich zu den anderen europäischen Versionen jedoch niedriger (Kilian et al., 2001).

3.3.2 Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS)

3.3.2.1 Entwicklung und Beschreibung

Das CANSAS, eine verkürzte Version des Camberwell Assessment of Need (CAN), wurde speziell für den klinischen Bereich und als Evaluationsinstrument für Versorgungseinrichtungen entwickelt. Der Aufbau der beiden Instrumente ist sehr ähnlich. Das CANSAS setzt sich aus den gleichen 22 Themenbereichen zusammen wie das CAN, es besteht jedoch nur aus einer Sektion. Diese ist identisch mit der Sektion 1 des CAN und beinhaltet demnach die Feststellung des Versorgungsbedarfs und die Einstufung seines Schweregrades (näheres siehe Kapitel 3.3.1.1).

Das Ausfüllen des CANSAS nimmt, im Gegensatz zum CAN, nur etwa fünf bis zehn Minuten in Anspruch und kann einen guten Überblick über den Versorgungsbedarf des Patienten bieten (Andresen et al., 2000).

3.3.2.2 Psychometrische Eigenschaften

Da das CANSAS der Sektion 1 des CAN entspricht kann im Bezug auf die psychometrischen Eigenschaften davon ausgegangen werden, dass die Validität des CANSAS mit dem des CAN übereinstimmt. Aus diesem Grunde wurde keine separate Validitätstestung durchgeführt.

Die Reliabilitätsüberprüfung erfolgte durch Andresen et al. (2000) in einer australischen Studie. Sie untersuchten die Interraterreliabilität mit Hilfe von Beobachtern aus unterschiedlichen Professionen und mit unterschiedlich langer Berufserfahrung. Die Testung erfolgte insgesamt bei 32 Patienten aus dem stationären und ambulanten Bereich. Sie ergab eine gute bis sehr gute Übereinstimmung bei 64% der Items (Kappa-Wert über 0.70). Bei der Identifizierung von „gedecktem Bedarf“ aus Expertensicht wurden bei den Items *Fremd-* und *Selbstgefährdung* niedrige Kappa-Koeffizienten von 0.20 ermittelt. Jedoch lassen die restlichen Werte auf eine ausreichend hohe Interraterreliabilität schließen.

3.4 Versorgungsbedarf von Personen mit einer schizophrenen Erkrankung

In der Literatur finden sich mehrere Studien, in denen das Instrumente CAN oder einer seiner Versionen in verschiedenen Situationen zur Bedarfserhebung eingesetzt wurde. Unter anderem werden die Befragungen bei Personen mit unterschiedlichen Diagnosen durchgeführt. Neben den Arbeiten, die sich auf keine spezielle Diagnosegruppe beziehen, zeigt sich ein eindeutiger Trend zur Bedarfserhebung bei schizophrenen Patienten (Thomas Becker et al., 2002; Foldemo & Bogren, 2002; Foldemo, Ek, & Bogren, 2004; Hansson et al., 2001; Korkeila et al., 2005; McCrone et al., 2001; Middelboe et al., 2001; Ochoa et al., 2005; Wiersma, Nienhuis, Giel, & Sloof, 1998). In diesem und den folgenden Kapitel werden einige dieser Studien näher beschrieben. In allen erwähnten Untersuchungen wurden (unter anderem) ambulant behandelte Personen mit dem Camberwell Assessment of Need befragt.

Im Rahmen der Studien, die sich auf Patienten mit der Diagnose Schizophrenie konzentrierten, wurden durchschnittlich 160 Betroffene befragt. Die Studie mit der größten Stichprobe, mit 418 Teilnehmern, stellt eine multizentrischen Untersuchung der Lebens- und Pflegesituation von schizophrenen Patienten in der Gemeinde in den nordischen Ländern (Dänemark, Schweden, Norwegen, Finnland, Island) dar. Basierend auf den Daten dieser Studie entstanden mehrere Artikel zum Thema „Versorgungsbedarf bei Personen mit Schizophrenie aus der ambulanten Pflege“. Middelboe et al. (2001) befassten sich mit der Sichtweise der Patienten und konnten einen durchschnittlichen Gesamtversorgungsbedarf von 6.2 ermitteln. Aus diesen sechs Bereichen wurden von den Betroffenen im Schnitt 3.6 als Bereiche mit gedecktem und 2.6 als Bereiche mit ungedecktem Bedarf angegeben. Aus dem gleichen Datensatz identifizierten Hansson et al. (2001) 300 Patienten-Betreuer-Paare und betrachteten deren Einschätzungen mit dem CAN. Patienten identifizierten in durchschnittlich

5.7 und Mitarbeiter in 6.2 von 22 möglichen Bereichen einen Versorgungsbedarf. Ein gedeckter Bedarf bestand aus Sicht der Patienten in 3.7 und aus Sicht der Mitarbeiter in 3.9 Bereichen. Ungedeckter Bedarf war demnach einerseits im Schnitt in 2 und andererseits in 2.3 Bereichen vorherrschend (siehe Tabelle 3). Diese Zahlen zeigen eine leichte Diskrepanz zwischen den Einschätzungen insofern, dass die Betreuer tendenzielle einen höheren Bedarf angaben.

Eine spanische Studie ergab ähnliche Werte (6.6) für den durchschnittlichen Gesamtversorgungsbedarf schizophrener Personen. Der gedeckte Versorgungsbedarf lag jedoch mit 4.8 etwas höher und der ungedeckte Bedarf mit 1.8 Bereichen etwas niedriger als in der Studie aus den nordischen Ländern (Ochoa et al., 2005).

In einer weiteren schwedischen Studie zum Versorgungsbedarf von in der Gemeinde lebenden schizophrenen Personen stellten die Autoren Foldemo et al. (2004) einen höheren Bedarf fest als in den bisher erwähnten. Die befragten Patienten gaben im Schnitt sieben Bereiche an, in denen ein Problem vorhanden war. In zwei von diesen Bereichen konnte das Versorgungssystem den Bedarf nicht ausreichend decken. Die etwas höheren Werte im Vergleich zu den anderen skandinavischen Studien erklären die Autoren unter anderem durch die vergleichsweise niedrige Stichprobenanzahl von 32 Personen.

Foldemo und Bogren (2002) befragten zudem schizophrene Personen sechs Monate und fünf Jahre nach der Klinikentlassung. Im Rahmen dieser Longitudinalstudie wurde der Versorgungsbedarf von 17 Klienten aus Sicht der Betroffenen und der Bezugspersonen erhoben. Die Ergebnisse ergaben einen durchschnittlichen Gesamtbedarf von 7.1 sechs Monate nach der Klinikentlassung und eine Abnahme auf 6.3 Bereiche fünf Jahre später. Die Einschätzungen der Betroffenen und Bezugspersonen stimmten überwiegend überein. Bei der Basisbefragung betrug der Korrelationskoeffizient 0.68 und bei der Folgebefragung 0.74. Beide Werte weisen auf eine starke Korrelation hin.

Wiersma et al. (1998) befragten in den Niederlanden 43 Personen mit einer schizophrenen Psychose, paranoidem Syndrom oder anderen nicht organischen Psychosen (nach ICD-9 Klassifikation), deren Krankheitsausbruch 15 Jahre zurück lag. Die Ergebnisse des CAN aus der Sicht der Klienten zeigen durchschnittlich nur in 2.9 Bereichen einen Versorgungsbedarf, wobei der ungedeckte Versorgungsbedarf bloß einen Anteil von 0.8 darstellt.

Der Vergleich mit Personen mit anderen Diagnosen deutet darauf hin, dass diejenigen, die an einer Verhaltensstörung oder an einer Psychose erkrankt sind, einen höheren Versorgungsbedarf aufweisen, als jene mit anderen Diagnosen. Lasalvia et al. (2000) fanden in ihrer Studie signifikante Unterschiede zwischen diesen Diagnosen sowohl bei der Einschätzung von Mitarbeitern, als auch Betroffenen in Bezug auf den Gesamtbedarf und den gedeckten Bedarf. Mitarbeiter der Einrichtung identifizierten auch eine höhere Anzahl an ungedeckten Bedarf.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Höhe des Versorgungsbedarfs nicht nur von der Diagnose der Betroffenen abhängig ist, sondern auch durch die unterschiedlichen Versorgungsbedingungen der Regionen. Dadurch lassen sich die teilweise sehr unterschiedlich hohen Ergebnisse des Versorgungsbedarfs in den Studien zu schizophrenen Personen erklären. In jedem Land und Gebiet herrscht ein eigenes Versorgungssystem, welches großen Einfluss auf die Betreuung psychisch Kranker hat. Die oben angeführten Ergebnisse lassen sich nicht isoliert betrachten, sondern müssen in Anbetracht der gesundheitspolitischen Situation der Ländern und Traditionen interpretiert werden. Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit Studien, die den Versorgungsbedarf angesichts dieser Unterschiede untersuchten.

3.5 Versorgungsbedarf in verschiedenen europäischen Regionen

Die Autoren Najim und McCrone (2005) untersuchten Personen in psychiatrischer Betreuung (ambulant und stationär) aus einem der inneren Bezirke Londons (Camberwell) und aus einer ländlichen Gegend außerhalb der Stadt (Maidstone) und verglichen deren Versorgungsbedarf. Es wurden sowohl die Patienten als auch deren Betreuungspersonen befragt.

Die Ergebnisse aus den zwei Untersuchungsgebieten zeigten keine signifikanten Unterschiede bei der Bewertung durch die Betreuer, obwohl für die Betroffenen aus der Stadt durchschnittlich ein höherer Bedarf angegeben wurde. Aus Sicht der Patienten zeigten sich jedoch signifikante Unterschiede im durchschnittlichen Gesamtversorgungsbedarf, gedecktem und ungedecktem Bedarf. Die konkreten Zahlen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Durchschnittlicher Versorgungsbedarf in Maidstone und Camberwell (Najim & McCrone, 2005)

	Maidstone (ländlich) (N=50)	Camberwell (urban) (N=127)
Sicht Betreuer		
Gesamtbedarf	4,9	5,8
gedeckter Bedarf	3,8	4,3
ungedekter Bedarf	1,1	1,5
Sicht Patient		
Gesamtbedarf*	4,2	6,3
gedeckter Bedarf*	3,2	4,4
ungedekter Bedarf*	1,0	1,9

* Signifikante Unterschiede zwischen Regionen ($p \leq 0.001$)

In den Bereichen *körperliche Gesundheit, Ernährung, soziale Kontakte, Grundkenntnisse in Lesen, Schreiben und Rechnen, Sozialleistungen* und *Verkehrsmittel* war der Bedarf der Patienten im urbanen Bereich öfter gedeckt, jedoch bestand in den Bereichen *Partnerschaft* und *Geld* ein höherer Versorgungsbedarf, als bei den Patienten aus der ländlichen Gegend.

Die unterschiedlichen Ergebnisse aus dem sozial benachteiligten Stadtgebiet und dem ländlichen Gebiet in Maidstone waren für die Autoren nicht unerwartet. Sie lassen sich durch die soziodemographischen Unterschiede und dem durchschnittlich niedrigeren Beeinträchtigungslevel der Patienten in Maidstone erklären.

Weitaus umfangreichere Ergebnisse zeigen sich aus der EPSILON-Studie (European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs) zur Versorgung von Patienten mit Schizophrenie in fünf europäischen Zentren in 1998, darunter Amsterdam (NL), Kopenhagen (DK), London (GB), Santander (ES), Verona (I). Neben einer Vorerfahrung in psychiatrischer Epidemiologie und Versorgungsforschung und Erfahrungen mit der Entwicklung und Adaption von Forschungsinstrumenten, musste das nationale Versorgungssystem eine gemeindepsychiatrische Orientierung aufweisen, um das Zentrum in die Studie einschließen zu können. Die Patienten für die Studie wurden aus dem Fallregister oder anhand der Patientenkollekte der örtlichen gemeindepsychiatrischen Dienste identifiziert und wurden ambulanten und stationären behandelt. Eine stationäre Behandlung von über einem Jahr galt als Ausschlusskriterium (Thomas Becker et al., 2002).

Im Rahmen der Studie wurden mehrere Instrumente verwendet, die in die jeweilige Landessprache übersetzt wurden:

- CAN-EU zur Feststellung des Versorgungsbedarfs
- Client Socio-Demographic und Service Receipt Inventory (CSSRI-EU) zur Messung der Inanspruchnahme und Kosten
- Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ-EU) zur Erhebung der Angehörigenbeteiligung und -belastung
- Lacashire Quality of Life Profile (LQoLP-EU) zur Messung der Lebensqualität
- Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-EU) zur Beurteilung der Behandlungszufriedenheit

Die Versorgungsstrukturen und psychiatrischen Angebote unterscheiden sich in den untersuchten Städten/Zentren. Die größten Extremwerte stellten Kopenhagen und Santander dar. In Kopenhagen gab es die meisten psychiatrischen Akutbetten mit einer Anzahl von 134 pro 100 000 Einwohner, in Santander jedoch nur 13 pro 100 000 Einwohner. Die Bettenanzahl der anderen Zentren lag unter 60 pro 100 000 Einwohner⁴. Betreffend der (Langzeit-) Wohnplätze gab es zum Zeitpunkt der Befragung in Kopenhagen 176 und in Santander vier Plätze pro 100 000 Einwohner. Die Platzanzahl in den anderen Städten lag unter 80. Mit Ausnahme von Santander wurde in allen Zentren Hausbesuche oder mobile Teams angeboten (Thomas Becker et al., 2002).

Die Ergebnisse der Befragung mit dem CAN-EU sind in Tabelle 2 dargestellt. Um die Ergebnisse der psychiatrischen Zentren trotz unterschiedliche Stichprobengrößen und demographischen Eigenschaften vergleichen zu können wurden in der Auswertung die adjustierte Werte der abhängigen Variable berechnet. Diese Vorgehensweise ermöglicht eine Konzentration auf die Unterschiede zwischen den Zentren (Versorgungssysteme, Kulturen), da angenommen werden kann, dass die Stichproben hinsichtlich der adjustierten Variable gleich sind.

⁴ Schweiz: 132 psychiatrische Betten/100 000 EW; Österreich: 65 Betten/100 000 (WHO Mental Health Atlas, 2005)

Tabelle 2: Adjustierter durchschnittlicher Versorgungsbedarf in den Zentren (McCrone et al., 2001)

	Amsterdam (N=61)	Kopenhagen (N=52)	London (N=84)	Santander (N=100)	Verona (N=107)
Gesamtbedarf*	6.2	4.4	6.2	4.9	5.3
Gedeckter Bedarf	3.8	3.6	3.9	3.2	3.6
Ungedeckter Bedarf*	2.4	0.8	2.3	1.7	1.6

* Signifikante Unterschiede mit $p \leq 0.001$

Die adjustierten Zahlen zum durchschnittlichen Gesamtbedarf unterschieden sich signifikant in den Untersuchungsgebieten. In Amsterdam und in London waren diese am höchsten (mit je 6.2) und in Kopenhagen mit 4.4 am niedrigsten. In Amsterdam und London wurden dementsprechend signifikant mehr Bereiche mit ungedecktem Versorgungsbedarf genannt, als in den anderen Versorgungsgebieten. In Kopenhagen gab es mit 0.8 die niedrigsten Werte. Die Ergebnisse vom gedeckten Bedarf ergaben keine signifikanten Unterschiede zwischen den Versorgungszentren (Thomas Becker et al., 2002; McCrone et al., 2001).

Die Betrachtung der spezifischen gedeckten und ungedeckten Bedarfsbereiche zeigt, dass sich Differenzen in den Bereichen durch Unterschiede in den Kulturen, Lebensweisen und Versorgungssystemen erklären lassen. Beispielsweise wurde Wohnen als „kein Problem“ am häufigsten in Santander und Verona angegeben, wohingegen „kein Wohnproblem“ in Amsterdam am seltensten genannt wurde. Gründe dafür könnten kulturelle Faktoren (Grad der familiären Integration) und/oder Versorgungseffekte (Verfügbarkeit von betreuten Wohneinrichtungen) sein, wobei der Einfluss der kulturellen Faktoren wahrscheinlicher ist, da Santander und Verona quantitativ über das kleinste Angebot an betreutem Wohnen verfügten. Weitere Unterschiede lassen sich zudem bezüglich psychotischer Symptome feststellen. In London wurde in diesem Bereich häufiger ein gedeckter Bedarf angegeben, als in Verona. Dies deutet auf Unterschiede bei der Einstellung zu Psychopharmaka und bei der Bedeutung der Medikation in der Behandlung hin (Thomas Becker et al., 2002).

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass sich Unterschiede im Versorgungsbedarf von Personen je nach ihrem Wohn- und Betreuungsort feststellen lassen können. Kulturelle Einflüsse sowie die lokalen Angebote spielen eine entscheidende Rolle bei der Versorgung der Klienten. Personen aus sozial benachteiligten städtischen Gebieten haben demnach tendenziell einen erhöhten Gesamtversorgungsbedarf, als diejenigen aus ländlichen Gegenden.

3.6 Versorgungsbedarf aus Sicht des Benutzers und des Mitarbeiters

Wie in Kapitel 3.1 erwähnt, ist es sehr schwierig den Begriff *Versorgungsbedarf* zu definieren. Ein Grund hierfür ist die sozial determinierte Bedeutung des Begriffs. Der Bedarf spiegelt die Werturteile des Beobachters wider und basiert auf allgemeinen Vorstellungen über Angemessenheit (Kallert, 2000). Ein Zustand, indem eine Person in einem bestimmten Kontext einen Bedarf wahrnimmt, bedeutet nicht gleichzeitig einen Bedarf für eine andere Person. Sogar im Laufe der Zeit können sich persönliche Erwartungen und Wahrnehmungen ändern und zu neuen Vorstellungen über den eigenen Versorgungsbedarf führen. Demnach ist es von Bedeutung, in wessen Interesse die Bedarfserhebung erfolgen soll. Dies führt zu der Empfehlung, dass eine Bedarfserhebung die Sicht des Mitarbeiters *und* die Sicht des Betroffenen berücksichtigen soll. Die Sichtweise des Betroffenen wird durch deren soziokulturellen Kontext und ihre Erwartungen sowie Erfahrungen aus der Vergangenheit bestimmt. Die Bewertung der Betreuungsperson wird zusätzlich von seiner professionellen Ausbildung und seinem Werdegang beeinflusst. Erst die Berücksichtigung beider als gleichwertig betrachteter Sichtweisen ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Versorgungsbedarfs des Betroffenen (Slade, 1994). Zudem wird durch die Berücksichtigung der Betroffenenperspektive das Risiko der Expertendominanz minimiert und der Benutzer in den Mittelpunkt gerückt (Kallert, 2000).

Das Camberwell Assessment of Need stellt ein Instrument dar, mit welchem der Versorgungsbedarf sowohl aus Sicht des Benutzers (Patient/Klient), als auch aus der Sicht des Mitarbeiters oder Bezugsperson (Pflegekraft, Arzt, Sozialarbeiter, Angehöriger, Therapeut, etc.) erhoben werden kann.

Die Mehrzahl der mit dem CAN durchgeführten Befragungen weisen Ergebnisse von beiden Sichtweisen auf. Tabelle 3 zeigt einen Überblick über die Ergebnisse der relevanten Studien aus diesem Bereich, die im weiteren Verlauf auch näher beschrieben werden.

Tabelle 3: Durchschnittlicher Versorgungsbedarf aus Sicht der Benutzer und Mitarbeiter

Autor	Gesamtbedarf		Gedeckter Bedarf		ungedeckter Bedarf	
	Benutzer	Mitarbeiter	Benutzer	Mitarbeiter	Benutzer	Mitarbeiter
Lasalvia et al. (2000) n= 247	3.3	3.3	2*	2.4*	1.3*	0.9*
Hansson et al. (2001) n=300	5.8*	6.2*	3.7	3.9	2	2.3
Arvidsson (2001) n=372	6.2*	7.1*	4.7*	5.1*	1.5*	2*
Issakidis & Teesson (1999) n=78	6*	7.3*				
Macpherson (2003) n=225	9.5	10.6	6.2	7.1	3.2	3.0
Slade et al. (1996) n=49	7.9	7.5				
Slade et al. (1998) n=137	6.7	6.1	4.9	4.8	1.8	1.2
Foldemo et al. (2004) n=32	7	9	5	5	2	4
Cleary et al. (2006) n=50	7.1	carer: 7.7	3.4	carer: 3.2	3.7	Carer: 4.5

* signifikante Ergebnisse (p<0.05)

Eine umfangreiche Studie zur Bedarfserhebung mit dem CAN führten Lasalvia et al. (2000) in einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgungseinrichtung in Süd Verona (Italien) durch. Die Auswertung der Bewertungen von Mitarbeitern der Institution und den betreuten Klienten ergab signifikante Werte in Bezug auf den durchschnittlichen gedeckten und ungedeckten Versorgungsbedarf. Mitarbeiter identifizierten eine höhere Anzahl an gedeckten Bedarfsbereichen, wohingegen die Klienten mehr Bereiche mit ungedecktem Bedarf angaben. Ernste Probleme (ungedeckter Bedarf), aus Sicht der Betroffenen, waren vor allem in jenen Bereichen vorzufinden, die unter der Kategorie „Gesundheit“ zusammengefasst werden können.

In den Bereichen *körperliche Gesundheit* und *seelischer Druck* wurde von den Professionellen signifikant häufiger ein gedeckter Bedarf angegeben. Vor allem in jenen Bereichen, die der Kategorie „Gesundheit“ zugeordnet werden können, tendierten die Mitarbeiter der Einrichtung dazu eine höhere Anzahl an gedecktem Bedarfsbereichen anzugeben, als die Betroffenen. Demzufolge gaben die Klienten eine höhere Anzahl an ungedecktem Bedarf an.

Hohe Übereinstimmungen der beiden Bewertungen waren in den Bereichen *Kinderbetreuung, Telefon, Drogen, Alkohol, Grundkenntnisse Lesen, Schreiben, Rechnen* und *Fremdgefährdung* vorzufinden. Niedrige gab es bezüglich *seelischer Druck, Sexualität, körperliche Gesundheit* und *Partnerschaft*.

Hansson et al. (2001) befragten in ihrer Studie 300 Benutzer-Mitarbeiter-Paare und konnten signifikante Unterschiede zwischen den Bewertungen des Gesamtversorgungsbedarfs aufzeigen. Da der Unterschied jedoch nur 0.4 beträgt, wird dessen klinische Bedeutung von den Autoren als fraglich dargestellt. In den Bereichen psychotische Symptome, soziale Kontakte und tägliche Aktivitäten identifizierten die Betroffenen am häufigsten einen Versorgungsbedarf. Aus Sicht der Mitarbeiter galten die Bereiche psychotische Symptome, seelischer Druck und tägliche Aktivitäten als diejenigen mit dem höchsten Bedarf.

Obwohl die durchschnittliche Anzahl der Bereiche mit ungedecktem Versorgungsbedarf keinen signifikanten Unterschied aufweist, wurden verschiedene Bereiche von den Beurteilern genannt. Betroffene nennen in den Bereichen *soziale Kontakte, Partnerschaft und seelischer Druck* am häufigsten einen ungedeckten Bedarf. Die befragten Mitarbeiter identifizierten jedoch die Bereiche *soziale Kontakte, psychotische Symptome* und *tägliche Aktivitäten*.

Die Studie von Arvidsson (2001) erbrachte ebenfalls signifikante Unterschiede in der Einschätzung von Mitarbeitern und Betroffenen, wobei die Mitarbeiter eine höhere Anzahl an Bedarfsbereichen angaben. Die größten Differenzen gab es im Bereich des ungedeckten Versorgungsbedarfs. Jedoch zeigt diese Studie eine methodische Schwäche, die die Ergebnisse beeinflusst haben konnte: Die Mitarbeiter befragten ihren Patienten mit dem CAN und gaben dann ihre eigene Einschätzung über den Bedarf wieder. Diese Vorgehensweise spiegelt möglicherweise nicht den „wahren“ Versorgungsbedarf wider. Die Autoren argumentieren jedoch, dass im alltäglichen, klinischen Setting eine Einschätzung von unabhängigen Ratern nicht möglich ist und die Studienergebnisse somit einer routinemäßigen Bedarfserhebung entsprechen.

In einer australischen Studie stellten die Autoren Issakidis und Teesson (1999) auch einen signifikanten Unterschied zwischen den Bewertungen von Mitarbeitern und Betroffenen fest. Die Mitarbeiter gaben einen höheren Gesamtbedarf an, als die befragten Benutzer. Die Bereiche mit den größten Unterschieden waren: *Grundkenntnisse Lesen, Schreiben, Rechnen,*

soziale Leistungen, Partnerschaft und Sexualität. Im Gegensatz dazu konnten in den Bereichen *Wohnsituation, Drogen und Geld* die größten Einigkeiten erzielt werden.

Macpherson et al. (2003) benutzten das CANSAS, um 225 Benutzer-Mitarbeiter-Paare in Gloucester (GB) zu befragen. Verglichen mit den anderen Studien (siehe Tabelle 3) bewerteten sowohl die Benutzer als auch die Mitarbeiter eine durchschnittlich deutlich höhere Anzahl an Bedarfsbereichen. Die niedrigste Übereinstimmung in den Bewertungen ist im Bereich *Fremdgefährdung* zu finden (Kappa-Koeffizient von 0.33). Der Bereich mit dem nächst höherem Kappa-Wert ist *Drogen*. Der Wert entspricht bereits einer hohen Übereinstimmung (nach Landis und Koch (1977)). Die größte Einigkeit konnte in den Bereichen *Sexualität, Grundkenntnisse Lesen, Schreiben, Rechnen* und *Verkehrsmittel* festgestellt werden. Diese Ergebnisse unterscheiden sich zum Beispiel deutlich von jenen aus der australischen Studie von Issakidis und Teesson (1999), welche in den Bereichen *Sexualität* und *Grundkenntnisse Lesen, Schreiben, Rechnen* nur sehr geringe Übereinstimmungen feststellen konnten.

Slade et al. (1996) untersuchten in Großbritannien 49 Beurteilerpaare und konnten keine Unterschiede in den Bewertungen feststellen. Seitens der Mitarbeiter und der Patienten wurde etwa die gleiche Anzahl an Bedarfsbereichen identifiziert, wobei die Patienten in durchschnittlich 0.4 Bereiche häufiger einen Bedarf angaben. In den Bereichen *Wohnsituation* und *tägliche Aktivitäten* konnten hohe Übereinstimmungen in den Bewertungen gefunden werden. Unstimmigkeiten gab es zum Beispiel in den Einschätzungen von *Fremdgefährdung* und *Informationen über Krankheit und ihre Behandlung*.

Eine weitere Studie von Slade et al. (1998) erbrachte ähnliche Ergebnisse. Hier identifizierten die Betroffenen gleichfalls etwas mehr Versorgungsbedarf, als die Mitarbeiter der Institution. Im Schnitt gab es eine mittlere Übereinstimmung in der Bewertung des Gesamtbedarfs und des gedeckten Bedarf, aber nur eine geringe Einigkeit den ungedeckten Bedarf betreffend. Hohe Übereinstimmungen gab es in den Bereichen *Kinderbetreuung, Wohnsituation* und *psychotisch Symptome*, wohingegen sich in den Bereichen *Informationen, Fremdgefährdung* und *Sexualität* nur eine sehr geringe Einigkeit feststellen ließ.

Foldemo et al. (2004) brachten einen anderen Aspekt in die Bedarfsforschung ein, indem sie nicht nur die Sichtweise der Betroffenen und der Servicemitarbeiter, sondern auch die der

Angehörigen (Eltern) analysierten. Die Mitarbeiter und die Angehörigen der Klienten bewerteten eine ähnliche Anzahl an Bedarfsbereichen und sind daher in Tabelle 3 unter „Mitarbeiter“ zusammengefasst. In den Bereichen *Haushalt* und *tägliche Aktivitäten* identifizierten Eltern und Mitarbeiter deutlich öfter einen Bedarf, als die Benutzer. Signifikante Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Eltern und der Benutzer ließen sich in den Bereichen *Geld* und *körperliche Gesundheit* feststellen. Die Sichtweise von Mitarbeitern und Benutzern unterschied sich signifikant in den Bereichen *Wohnsituation*, *Ernährung* und *soziale Kontakte*.

Die Autoren schlussfolgern aus ihren Ergebnissen, dass die Sichtweise eines Angehörigen im Hinblick auf die Versorgungsplanung und den Versorgungsbedarf sinnvoll erscheint, da diese vor allem auf Bereiche wie zum Beispiel *Geld* einen anderen Blickwinkel einnehmen.

Cleary et al. (2006) betrachteten in ihrer Studie, ähnlich wie Foldemo et al. (2004), die Sichtweisen der Betroffenen und der Angehörigen (*carer*), die in den letzten Monaten der erkrankten Person Unterstützung geleistet hatten. Es konnten keine signifikanten Unterschiede im durchschnittlichen Versorgungsbedarf festgestellt werden. Dennoch gab es signifikante Unterschiede hinsichtlich der Bereiche. In den Bereichen *Drogen* und *Partnerschaft* ergab der berechnete Cohen's Kappa-Wert eine mittlere, in den Bereichen *Grundkenntnisse Lesen, Schreiben, Rechnen, Verkehrsmittel* und *psychotische Symptome* eine sehr geringe bis geringe Übereinstimmung. Hohe Übereinstimmungen konnten nicht gefunden werden. Diese Ergebnisse zeigen, dass (betreuende) Angehörige und Betroffene sehr unterschiedliche Sichtweise auf den Versorgungsbedarf haben.

Die zahlreichen Unterschiede in den Bewertungen von verschiedenen, in die Behandlung involvierten Personen werden von den Autoren auf ähnliche Weise erklärt. Häufig begründet man diese mit Unterschieden im kulturellen und sozialen Hintergrund der Betroffenen und der Betreuer, welche sich in unterschiedlichen Erwartungen widerspiegeln (Arvidsson, 2001; Cleary et al., 2006; Hansson et al., 2001; Slade et al., 1996). Die Mitarbeiter bewerten den Bedarf zudem so, wie sie die Behinderung oder Beeinträchtigung des Klienten werten, wohingegen die Klienten soziale Aspekte und Auswirkungen ebenfalls mit einbeziehen (Issakidis & Teesson, 1999).

Eine Erklärung für die höhere Bedarfseinschätzung von Betroffenen liefern Slade et al. (1996). Sie äußern die Möglichkeit, dass Professionelle nur Probleme in Bezug auf die

Erkrankung des Betroffenen bewerten und nicht wie diese, Probleme jeglicher Ursache mit einbeziehen.

Der klinische Zustand des Klienten scheint zudem auch einen Einfluss auf die Übereinstimmung der Bewertungen zu haben. Je schwerwiegender der Zustand des Betroffenen ist, desto schwieriger scheint es für die Mitarbeiter, die Bereiche zu identifizieren, die für diesen problematisch sind (Lasalvia et al., 2000).

Generell zeigt sich in den oben beschriebenen Ergebnissen die Tendenz zu einer besseren Übereinstimmung in den Bereichen, die ein definiertes Aufgabengebiet der Einrichtungen darstellen und/oder spezifische Interventionen erlauben.

Der Einbezug des Betroffenen in die Einschätzung des Versorgungsbedarfs wird von vielen, jedoch nicht allen Autoren, als notwendiges Mittel für eine Behandlungsplanung dargestellt.

Slade et al. (1996) nannten in ihrer Arbeit zwei Argumente, die gegen einen vermehrten Einbezug der Benutzer sprechen können. Erstens gäbe es Bedenken, dass eine Person mit einer psychotischen Erkrankung nicht fähig sei, bestimmte Leistungen aufgrund mangelnder Einsicht wahrzunehmen. Die Ergebnisse der Studie von Slade et al. (1996) lassen darauf schließen, dass Betroffene ihren Bedarf in Bezug auf psychotische Symptome unterschätzen. Jedoch gelten diese Annahmen nicht für alle psychotisch erkrankten Menschen, was darauf schließen lässt, dass Krankheitseinsicht nicht der einzige beeinflussende Faktor ist.

Das zweite Argument bezieht sich auf die Reduktion der Macht der Professionellen, die durch den Einbezug der Patienten in die Behandlungsplanung erfolgen kann. Durch eine Verhandlung der Behandlungsziele auf Basis einer Bedarfserhebung könnten Ziele, die durch den Professionellen vertreten werden, verworfen werden. Slade et al. konstatieren, dass die Fähigkeit, über die therapeutische und pflegerische Behandlung des Patienten zu bestimmen, nicht notwendigerweise negativ ist, da Experten in manchen Fällen eine umfangreichere Auffassung über die voraussichtlichen Folgen haben.

Weiters bedeutet eine Bedarfserhebung mit den Betroffenen nicht zugleich eine Einbeziehung dieser in die Behandlungsplanung. Heinze und Priebe (1995) weisen darauf hin, dass in jede Evaluierung die Werturteile der Untersucher einfließen und jedes Interview eine künstliche Situation darstellt. Die geäußerten Vorstellungen sind immer mit Einschränkungen verbunden.

Trotz dieser Gegenargumente und Restriktionen sind sich die Autoren einig, dass eine Verhandlung der Behandlungsziele zu einer besseren Kommunikation zwischen den

Betreffenden und zu einem aktiven Interesse an der Behandlung führen kann. Dies kann außerdem zu einer besseren Akzeptanz der Behandlung seitens der psychisch erkrankten Personen beitragen.

4. Fragestellung

Aus dem theoretischen Diskurs lassen sich folgende Forschungsfragen ableiten, die im empirischen Teil dieser Arbeit beantwortet werden sollen:

- a) Welche soziodemographischen Charakteristika weisen Klienten aus der ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton Bern auf?
- b) Welchen Versorgungsbedarf weisen Klienten aus der ambulanten psychiatrischen Pflege auf und in wie weit ist dieser gedeckt?
- c) Unterscheiden sich die Art und die Anzahl des Versorgungsbedarfs und seine Deckung nach Geschlecht, Alter, Dauer der Erkrankung, Hauptdiagnose und Betreuungsintensität des Patienten?
- d) Inwiefern unterscheiden sich die Bewertungen von Klienten und Pflegenden?

5. Methodisches Vorgehen

5.1 Forschungsdesign

Um die genannten Fragestellungen beantworten zu können, wurde eine Querschnittsstudie mit deskriptiver Vorgehensweise durchgeführt. Zur Erhebung des Versorgungsbedarfs der Klienten der ambulanten psychiatrischen Pflege wurde das Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS) verwendet. Zusätzlich diente ein soziodemographischer Fragebogen, basierend auf dem Anamnesebogen der „Aktion Psychisch Kranke“ ("Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (Bogen D1). Leitfaden zur Erhebung der sozialen und beruflichen Situation und Biographie.," 2005), zur Erhebung der sozialen Situation und Krankengeschichte der Klienten.

5.2 Vorgehen bei der Rekrutierung der Teilnehmer

Die Grundgesamtheit der hier vorliegenden Untersuchung wird durch die Klienten der im Kanton Bern tätigen freiberuflichen psychiatrischen Pflegenden gebildet. Als Grundlage zur Identifizierung der Grundgesamtheit galt eine von Abderhalden et al. (2009) durchgeführte Erhebung. Im Rahmen dieser Umfrage wurden jene Pflegepersonen identifiziert, die im Kanton Bern freiberuflich psychiatrische Pflege anbieten und über ein Diplom in psychiatrischer Pflege verfügen. Ausgehend von dieser Befragung wurden alle Pflegepersonen, die zum gegebenen Zeitpunkt Klienten im Kanton Bern betreuten für die Studienteilnahme angefragt. Von den 40 angefragten Pflegenden erklärten sich 24 bereit, teilzunehmen. 16 Personen lehnten eine Teilnahme an der Studie ab.

Um eine Stichprobenziehung zu ermöglichen, gaben die teilnehmenden Pflegepersonen die eindeutigen Initialen ihrer Klienten an. Diesen wurde in weiterer Folge eine Studiennummer zugeteilt.

5.3 Vorgehensweise der Datenerhebung

5.3.1 Stichprobenauswahl

Folgende Grundsätze wurden bei der Stichprobenauswahl angestrebt:

- a) Klienten von möglichst vielen Pflegenden auswählen
- b) Möglichst gleichmäßige Aufteilung der Stichprobe auf die Pflegepersonen erzielen
- c) Pro Pflegenden höchstens drei Klienten anfragen

d) Pflegepersonen haben keinen Einfluss auf die Auswahl

Um diesen Grundsätzen gerecht zu werden, wurde folgende Vorgehensweise gewählt:

Nach der Anfrage und Ermittlung der teilnehmenden Pflegepersonen wurden alle Initialen zu einer Liste zusammengefasst und ausgehend von der Anzahl der betreuten Klienten der Median berechnet. Dieser lag bei neun, das heißt, mindestens die Hälfte der teilnehmenden Pflegepersonen hat weniger als neun Klienten.

Aufgrund der Komplexität und Heterogenität der Grundgesamtheit und um den Grundsätzen a) und b) gerecht zu werden wurde nach gründlicher Überlegung als Verfahren der Stichprobenauswahl die disproportional geschichtete Stichprobe gewählt. Um diese ziehen zu können wurden die Pflegenden nach Anzahl ihrer betreuten Klienten in zwei Gruppen eingeteilt. Gruppe 1 beinhaltete diejenigen, die neun oder weniger Klienten betreuten und Gruppe 2 setzte sich aus Pflegern zusammen, die mehr als neun Klienten hatten.

Da vier für die Studienteilnahme angefragte Pflegepersonen bis zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung (aufgrund von Auslandsaufenthalten und ungültigen Telefonnummern) nicht erreicht werden konnten, wurde in der Stichprobenziehung davon ausgegangen, dass diese einer Teilnahme zustimmen. Die Anzahl ihrer Klienten wurde provisorisch mit Nummer anstatt mit Initialen versehen und zu der Liste mit den Initialen hinzugefügt. Der Grund für diese Entscheidung war, dass bei einer etwaigen Zusage der Pflegenden keine neue Stichprobe gezogen werden muss. Schlussendlich wurden die Klienten von 28 Pflegepersonen in die Grundgesamtheit der Stichprobenziehung eingeschlossen.

Die Schichtung nach der oben genannten Methode ergab folgende Aufteilung: Gruppe 1 beinhaltete 91 Klienten, die von 17 Pflegenden betreut wurden und Gruppe 2 setzte sich aus 184 Klienten von 11 Pflegern zusammen (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Schichtungsgruppen

	Anzahl Pflegende	Anzahl Klienten
Gruppe 1	17 (61%)	91 (33%)
Gruppe 2	11 (39%)	184 (67%)
Gesamt	28 (100%)	275 (100%)

Anhand der Formel nach Mossig (1996) wurde der Stichprobenumfang berechnet der nötig ist, damit das Ergebnis mit einer Sicherheitswahrscheinlichkeit von 95% um nicht mehr als

fünf Prozentpunkte (tolerierter Fehler $\varepsilon = 0.05 = 5\%$) vom tatsächlichen Ergebniswert abweicht. Die Berechnung ergab eine Stichprobengröße von 100 Personen. Folglich wurden im weiteren Verlauf aus den Klienten der Gruppe 1 zufällig (mittels SPSS 17.0) 66 Personen für die Stichprobe ausgewählt. Diese Anzahl repräsentiert zwei Drittel der Stichprobengröße. Aus den Klienten der Gruppe 2 wurde eine Zufallsstichprobe von 34 gezogen, das heißt ein Drittel des Gesamtsamples. Das Verhältnis der disproportionalen Ziehung, ergab sich aus der prozentualen Verteilung der Anzahl der Klienten beziehungsweise Pflegenden in den zwei Gruppen (siehe Tabelle 4).

Durch die Schichtung und die disproportionale Auswahl der Stichprobe konnten die Punkte a) und b) der oben angeführten Grundsätze erfüllt werden. Die Schichtung ermöglicht daher, dass die Stichprobe nicht durch eine zu hohe Beteiligung der Personen aus Gruppe 2 verzerrt wird. Zusätzlich konnten Pflegepersonen mit einer hohen Klientenanzahl bei der Befragung entlastet werden.

Zusätzlich zur Schichtung der Gruppen wurde im Vorhinein, ausgehend von der Überlegung der zeitlichen Belastung der Pflegenden, die Anzahl der befragten Klienten pro Pflegeperson auf maximal drei beschränkt. Falls bei der Zufallsauswahl mehr als drei Klienten einer Pflegeperson ausgewählt wurden, wurden der Reihenfolge nach nur die ersten drei Klienten für eine Studienteilnahme angefragt.

Unter Berücksichtigung aller Grundsätze konnten 59 Klienten für eine Studienteilnahme angefragt werden.

Die Patienteninformation und die Einverständniserklärung für jeden ausgewählten Klienten wurden den Pflegepersonen per Post zugesandt, mit der Bitte den Klienten für eine Studienteilnahme anzufragen. Bei jeder Absage wurde die betreuende Pflegeperson gebeten den nächsten Klienten auf unserer Liste anzufragen (unabhängig davon, ob dieser bei der Zufallsauswahl für die Stichprobe ausgewählt wurde oder nicht). Dies war notwendig, um möglichst viele Klienten befragen zu können.

5.3.2 Datensammlung

Die Datenerhebung erfolgte mittels standardisierten Interviews mit den Klienten. Es waren zwei mit den Instrumenten vertraute Studentinnen an den Befragungen beteiligt. Im Idealfall wurde die Befragung des Klienten und der betreuenden Pflegeperson zeitgleich und an unterschiedlichen Orten durchgeführt. Die Pflegepersonen bekamen eine kurze Instruktion zur Einschätzung des Versorgungsbedarfs mit dem CANSAS. Mit dem Klienten wurde ein

Gespräch unter vier Augen geführt, in dem die 22 Bereiche des CANSAS behandelt wurden. Die definitive Einschätzung erfolgte durch die interviewende Studentin, wobei diese immer auf der Aussage des Klienten basierte.

Der Fragebogen zur Einschätzung der sozialen Situation und Biografie des Klienten wurde den Pflegenden per Post zugesandt, damit sie die Möglichkeit haben ihn vor der persönlichen Befragung auszufüllen. Dieser wurde beim persönlichen Treffen übergeben und von den Studentinnen auf Vollständigkeit überprüft.

Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum zwischen 10.6. und 20.8.2009.

5.4 Methode der Datenauswertung

Nach der Datenerhebung wurden sämtliche Daten in das Datenverarbeitungsprogramm SPSS 17.0 eingegeben. Mit diesem und mit Microsoft Office Excel erfolgte die vollständige Datenauswertung. Den einzelnen Auswertungsschritten ging jeweils eine umfangreiche logische und inhaltliche Plausibilitätskontrolle voraus. Zur besseren Veranschaulichung der Ergebnisse werden Tabellen sowie Balken- und Kreisdiagramme verwendet.

Die Auswertung der soziodemographischen Daten erfolgte mittels Häufigkeitstabellen, deskriptive Statistiken und im Fall von Mehrfachantworten mithilfe von Mehrfachantwortensets. Zur Überprüfung von Zusammenhängen wurden Kreuztabellen erstellt und mittels Chi-Quadrat die Signifikanzen bestimmt. Das Signifikanzniveau wurde auf 0.05 festgelegt. Die Signifikanztests erfolgten immer zweiseitig.

Zur Auswertung der Daten des CANSAS wurden einerseits die durchschnittliche Anzahl an Bedarfsbereichen und andererseits Werte für jeden einzelnen Bereich berechnet. Je nach Skalenniveau und Verteilung wurden, zur Überprüfung etwaiger Zusammenhänge mit soziodemographischen Daten, Mittelwertvergleiche (t-Test und einfaktorielle ANOVA für unabhängige Stichproben) oder entsprechende nichtparametrische Tests (U-Test nach Mann und Whitney, H-Test nach Kruskal und Wallis) sowie Chi-Quadrat-Tests oder gegebenenfalls exakter Test nach Fishers für Vierfeldertafeln verwendet. Weiters wurden bei intervallskalierten und annähernd normalverteilten Daten der Korrelationskoeffizient nach Pearson und bei ordinalem Datenniveau die Rangkorrelation nach Spearman berechnet.

Zur Feststellung des Grades der Übereinstimmung der Bewertungen von Klienten und deren Pflegepersonen wurden die statistische Auswertungsmethode AC1 und die prozentuale

Übereinstimmung verwendet. Im Gegensatz zur prozentualen Übereinstimmung stellt das AC1 eine zufallskorrigierte Größe dar. Das im Zusammenhang von Beurteilerübereinstimmungen häufig verwendete Cohen's Kappa, wird in dieser Arbeit bewusst nicht eingesetzt. Seine paradoxen Eigenschaften, zum Beispiel, dass trotz einer hohen Übereinstimmung niedrige Kappa Werte resultieren können, und die große Abhängigkeit von der Anzahl und Art der gewählten Kategorien schränken die Anwendbarkeit dieser Auswertungsmethode sehr ein (Mayer, Nonn, Osterbrink, & Evers, 2004). Aus diesem Grund und um eine sachgerechte Darstellung und Interpretation der Ergebnisse zu ermöglichen, wird das AC1 angewendet, welches von Gwet (2002) als Alternative zu Kappa eingeführt wurde. Das AC1 vermeidet bei ungleich hohen Beobachterprävalenzen die Probleme welche mit Kappa auftreten. Bei einer perfekten Übereinstimmung der Aussagen ist das AC1 gleich 1.

5.5 Ethische Überlegungen

Alle teilnehmenden Klienten bekamen eine ausführliche Studieninformation, in der sie über den Studienablauf und den Datenschutz aufgeklärt wurden. Die Studieninformation für die Klienten wurde im Vorhinein durch die Betroffenenvertreterin geprüft und für gut befunden.

Vor der Befragung und nach eventuell nochmaliger Aufklärung über die Studie durch die Interviewerinnen, unterschrieben alle teilnehmenden Klienten eine Einverständniserklärung (informed consent).

Um die Anonymität der Teilnehmer zu wahren, wurde jedem Klienten eine Studiennummer zugeordnet und die Fragebögen damit versehen. Somit sind die Daten vollständig anonymisiert und es können keinerlei Rückschlüsse auf die Identität der Klienten oder ihrer Pflegepersonen geschlossen werden.

Zusätzlich werden alle Daten streng vertraulich behandelt. Die Pflegenden hatten keine Möglichkeit Einsicht in die von ihren Klienten beantworteten Fragebögen zu nehmen.

Abgesehen von dem für die Befragung benötigten Zeitaufwand hatte eine Teilnahme an der Studie keinerlei negative Auswirkungen auf die Teilnehmenden.

5.6 Prätest

Nach der Zusammenstellung der Fragebögen wurde zur formalen und inhaltlichen Überprüfung des Forschungsinstruments ein Prätest bei zwei Pflegepersonen und jeweils einem ihrer Klienten durchgeführt. Die Klienten wurden zu Hause aufgesucht und die Befragung unter Anwesenheit der betreuenden Pflegeperson durchgeführt. Dadurch konnte

ein Feedback über die Gesprächsführung mit den Klienten aus der Sicht der Pflegenden eingeholt werden.

Die Gespräche mit den Betroffenen verliefen problemlos. Das Ausfüllen des Fragebogens CANSAS dauerte zirka 25 Minuten und die Beantwortung der zusätzlichen Fragebögen⁵ nahm weitere 10 Minuten in Anspruch.

Verbesserungsvorschläge gab es jedoch seitens der Pflegekräfte, die teilweise Probleme mit dem Ausfüllen der soziodemographischen Angaben hatten. Auf ihren Vorschlag hin wurden einige Fragen verändert und mehrere Items als Mehrfachantworten umformuliert. Ebenso wurde entschieden, dass den befragten Pflegenden der soziodemographische Fragebogen vor der tatsächlichen Befragung per Post zugesendet wird, damit diese ihn in Ruhe und unter Einbezug der Pflegedokumentation ausfüllen können. Das Ausfüllen des CANSAS und des soziodemographischen Bogens durch die Pflegekräfte nahm zirka 15 Minuten und die zusätzlichen Fragebögen⁶ weitere 15 Minuten in Anspruch.

⁵ Fragebogen zur Lebenszufriedenheit und zur pflegerischen Allianz (STAR) – diese werden in dieser Arbeit nicht näher behandelt oder ausgewertet.

⁶ Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS), Helping Alliance (STAR)

6. Ergebnisse

6.1 Stichprobe

Aufgrund der Beschränkungen, die nach der Stichprobenziehung vorgenommen wurden (siehe Kapitel 5.3.1) konnten 59 Klienten nach der Stichprobenziehung für eine Teilnahme angefragt werden. Für jede Person, die ablehnte wurde eine Ersatzperson (der nächste auf der Liste) angefragt. Der Verlauf der Studienanfragen ist in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Verlauf der Studienanfrage

Aus Stichprobe ausgewählte und angefragte Personen	59
Zusagen	31
Absagen	28
angefragte Ersatzpersonen	28
+ zusätzlich nach Absagen der Ersatzpersonen angefragte Klienten	6
Zusagen von Ersatzpersonen	16
Gesamt Zusagen	47
Gesamt Absagen	46
Insgesamt angefragt	93

Insgesamt konnten während der Datenerhebungszeit 47 Interviews mit Klienten und ihren Pflegepersonen durchgeführt werden. Die Rücklaufquote, bezogen auf die 93 angefragten Klienten, beträgt 51%.

Die Stichprobenziehung erfolgte aufgrund einer Schichtung nach der Klientenanzahl, die von einer Pflegeperson betreut wurden. Gruppe 1 beinhaltete die Klienten jener Pflegepersonen, die neun oder weniger Klienten betreuten und Gruppe 2 jene, die von Pflegenden behandelt wurden, die mehr als 9 Klienten hatten (siehe auch 5.3.1). In Tabelle 6 wird die Verteilung der gezogenen und der tatsächlich befragten Stichprobe auf die Schichtungsgruppen dargestellt. Sie zeigt, dass der Anteil der Klienten aus Gruppe 1, verglichen mit der ursprünglichen Schichtung der Stichprobenziehung, deutlich niedriger ist als jener aus Gruppe 2. Es konnten mehr Klienten von Pflegepersonen befragt werden, die mehr als neun Personen betreuen, als von jenen die weniger als neun haben. Somit entspricht die Verteilung der erhobenen Daten nicht der Stichprobenauswahl.

Tabelle 6: Schichtungsgruppen der Befragung

	Stichprobenziehung	Befragungen (% der Stichprobenziehung)
Gruppe 1	66	22 (33%)
Gruppe 2	34	25 (74%)
Gesamt	100	47 (47%)

Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich auf die 47 befragten Klienten und die Angaben ihrer Pflegepersonen.

6.2 Soziale Situation und Biografie der Klienten

6.2.1 Alter und Geschlecht

Von den 47 befragten Klienten waren 39 (83%) weiblich und 8 (17%) männlich. Sie waren zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 18 und 81 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter lag bei 47.7 Jahren. Tabelle 7 veranschaulicht welche Altersgruppen am häufigsten in der Stichprobe vertreten waren. Es wird deutlich, dass knapp 55% der Klienten zwischen 41 und 60 Jahre alt sind. Ein Fünftel der Betreuten sind älter als 60 und ein Viertel jünger als 40 Jahre.

Tabelle 7: Altersgruppen

	Altersgruppen
bis 20 Jahre	1 (2.1%)
21-30	4 (8.5%)
31-40	7 (14.9%)
41-50	15 (31.9%)
51-60	11 (23.4%)
61 oder älter	9 (19.1%)
Gesamt	47 (100.0%)

Zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern konnten keine signifikanten Zusammenhänge festgestellt werden.

6.2.2 Angaben zur allgemeinen sozialen Situation

Beinahe die Hälfte (42.6%) der Befragten ist ledig, knapp ein Viertel (23.4%) ist geschieden. Jeweils 5 Personen (10.6%) gaben an verwitwet bzw. getrennt zu sein. 6 Personen (12.8%) sind verheiratet.

53% der Befragten hatten keine Kinder. Bei der Hälfte der Personen (54.5%) mit Kindern, waren diese noch minderjährig. Bei 9 (19%) der 47 befragten Klienten lebt mindestens ein minderjähriges Kind (eigenes oder Enkelkind) im gleichen Haushalt.

91.5% der Befragten leben in einer eigenen Wohnung oder Haus (Miete oder Eigentum), 2 Personen (4.3%) im elterlichen Haus, eine Person (2.1%) in einer Wohngemeinschaft und eine weitere (2.1%) in einem Wohnwagen.

Mehr als die Hälfte (59.6%) der Klienten lebt alleine. Zehn Personen (21.3%) geben an mit Kindern zusammenzuleben und 8 (17%) mit ihrem Ehepartner oder Lebensgefährten. Eine Person (2.1%) gibt an mit den Eltern zu leben, zwei Personen (4.3%) leben mit der Mutter (Abbildung 4).

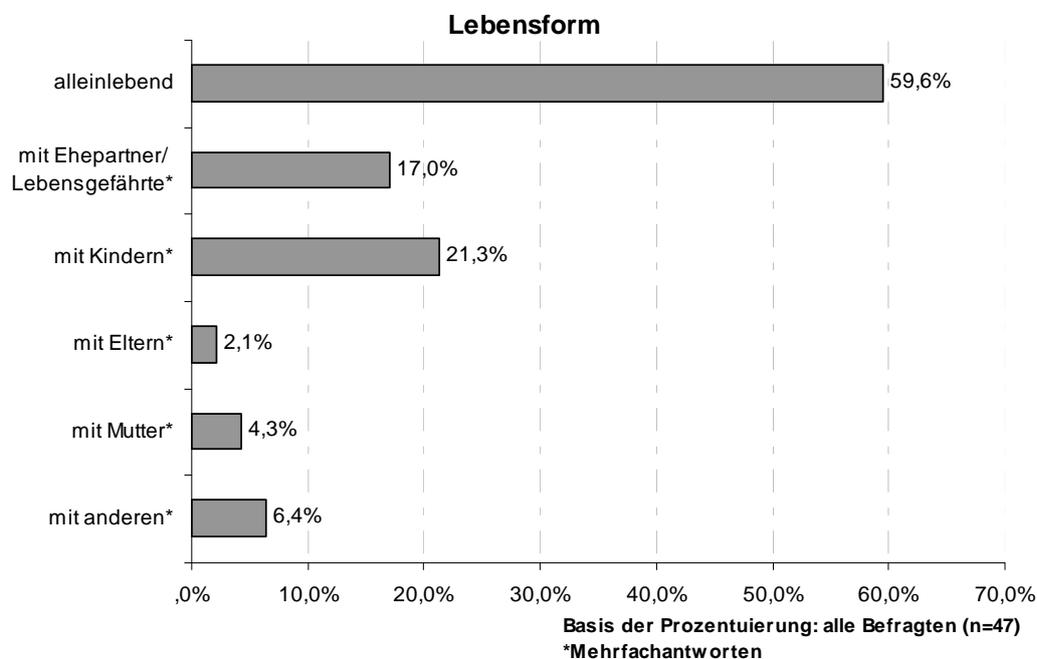


Abbildung 4: Lebensform

Bedeutsame soziale Kontakte pflegen die Befragten vor allem zu ihren Angehörigen (61.7% der Befragten) und Freunden (53.2%). Jeweils 38.3% der Klienten haben durch ihre Arbeitsstelle oder durch einer Vereins- oder Clubmitgliedschaft wichtige soziale Kontakte knüpfen können. Der Lebenspartner zählte bei knapp 30% der Fälle zu einem wichtigen sozialen Kontakt und wurde damit etwas häufiger als Nachbarn und Mitbewohner (27.7%) genannt. Zusätzlich gab es vier Nennungen, dass die Spitex-Mitarbeitende als wichtige Kontakte gelten, drei Nennungen für den Arzt/Psychiater und jeweils zwei für den Ergotherapeuten und den verantwortlichen Beistand (insgesamt 23.4% als andere) (siehe Abbildung 5).

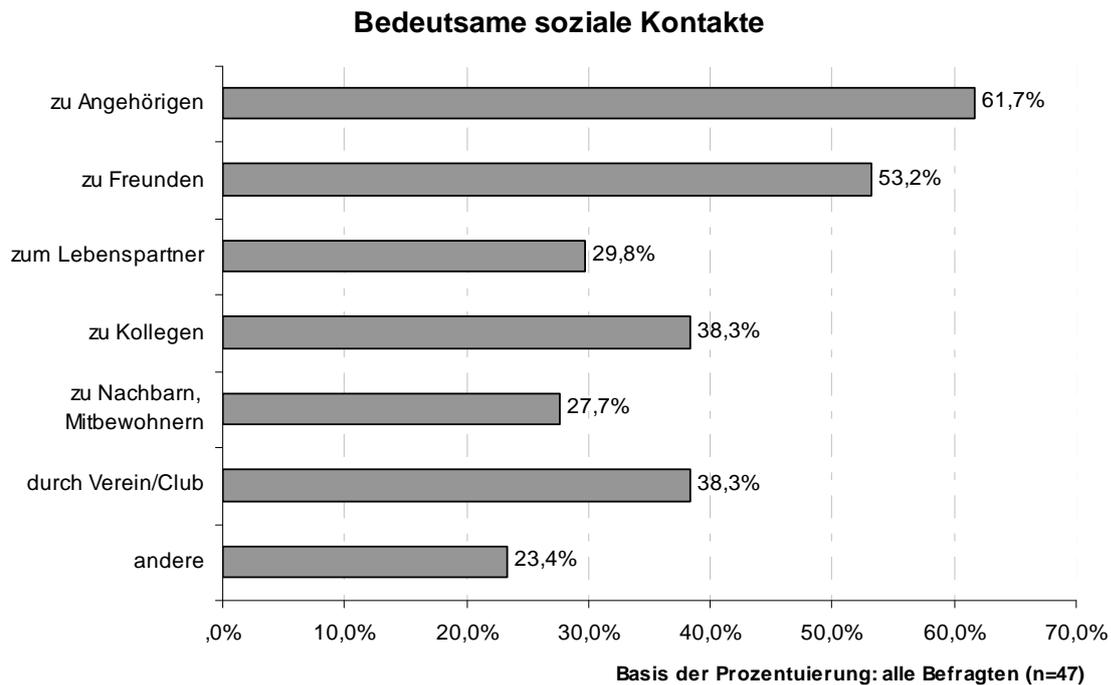


Abbildung 5: Bedeutsame soziale Kontakte (Mehrfachantworten)

Zwei Drittel der Klienten finanzieren ihren Unterhalt weitgehend durch Fremdaufkommen, das heißt durch Unterstützung durch Verwandte, Sozialhilfe, Invalidenrente oder Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV). 21% der Befragten können ihren Unterhalt weitgehend durch eigenes Aufkommen verdienen und bei etwa 6% setzt sich der Unterhalt etwa zu gleichen Teilen aus eigenem und Fremdaufkommen zusammen (7% keine Angaben).

6.2.3 Angaben zu Ausbildung und Berufstätigkeit

Bei etwa ein Fünftel (21%) der Befragten stellt die abgeschlossene Primarschule den höchst erreichten Schulabschluss dar. 20 Personen (43%) haben eine Anlehre, Lehre oder Berufsschule abgeschlossen. Fünf Personen (11%) können einen Abschluss einer höheren Fachschule beziehungsweise Matura oder Lehrerseminar vorweisen. Einen Hochschulabschluss besaßen sieben Personen (15%). Eine befragte Person (2%) hatte gar keine Ausbildung, bei einer Person wurden keine Angaben gemacht und 3 Personen (6%) hatten eine andere Ausbildung.

Die derzeitige Beschäftigungssituation der Klienten lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: zirka ein Fünftel (19%) der Befragten ist zurzeit arbeitslos, ein Viertel (26%) als Hausfrau oder Hausmann zu Hause tätig. Eine feste Anstellung haben 21% und

weitere 23% gehen einer Tätigkeit in einer geschützten Einrichtung nach, beispielsweise als Töpfer, Bauarbeiter, Büroangestellte. Die restlichen Befragten (9%) haben entweder eine Temporär- oder Freiwilligenarbeit oder sind pensioniert. Für 2% wurden keine Angaben gemacht.

6.2.4 Psychiatrische Erkrankungen und Krankengeschichte

Die psychiatrischen Erkrankungen der Klienten, klassifiziert nach ICD-10, sind in Abbildung 6 dargestellt. Eine detaillierte Auflistung der Krankheiten die unter die ICD-10 Kategorien F0-F9 fallen befindet sich im Anhang.

Freiberufliche psychiatrische Pflegepersonen im Kanton Bern betreuen zu einem Drittel Personen mit affektiven Störungen (F3). Affektive Störungen beinhalten Störungen, deren Symptome Veränderungen der Stimmung, entweder zur Depression (mit oder ohne Angst) oder zur gehobenen Stimmung darstellen. Im Vergleich dazu werden deutlich weniger Personen (17%) mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2) betreut. Jeweils 15% des Klientels stellen Personen mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) dar. Diese sind in Abbildung 6 in eine Gruppe zusammengefasst. Bei zwei der 47 Befragten konnte die Pflegeperson keine Diagnosen nennen, da diese Klienten bisher nicht in psychiatrischer Behandlung waren.

Zu 64% waren die Angaben zur Hauptdiagnose der Klienten offiziell bekannt. Bei 28% beruhten die Angaben auf der Einschätzung der Pflegenden und bei 8% wurden keine Angaben gemacht.

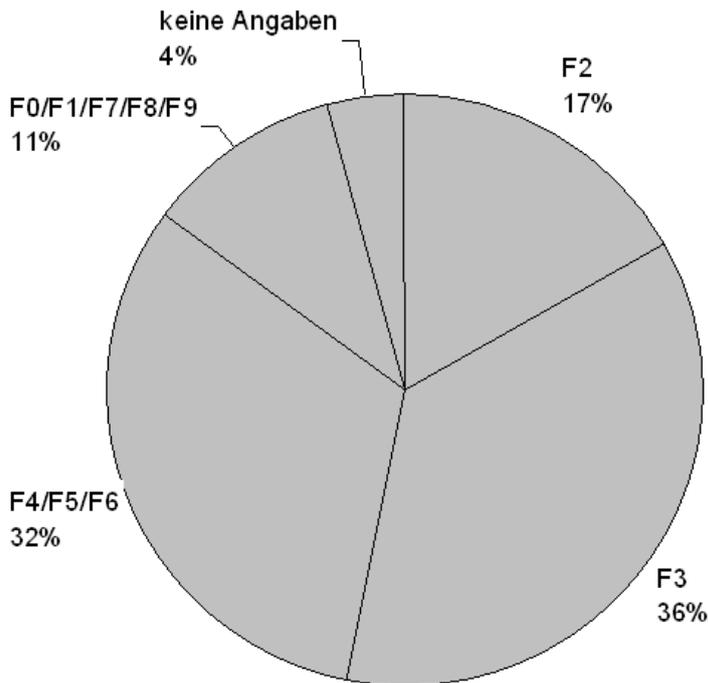


Abbildung 6: Hauptdiagnose nach ICD-10

In Bezug auf die Hauptdiagnose konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern gefunden werden. Es bleibt jedoch zu erwähnen, dass Frauen etwas häufiger (37%) unter affektiven Störungen litten, als Männer (29%).

30 der 47 Befragten hatten neben der Hauptdiagnose auch eine psychiatrische Zweitdiagnose.

Die erste psychiatrische Behandlung erfolgte bei den Klienten durchschnittlich im Alter von 30 Jahren (zwischen 7 und 80 Jahren), wobei die Hälfte der Befragten bereits vor dem 26. Lebensjahr in Behandlung war. Daraus ergibt sich, dass die Befragten bei der Befragung durchschnittlich 17 Jahre erkrankt waren. Der Median liegt bei 12 Jahren und der Maximalwert bei 52 Jahren Krankheitsdauer. Bei sechs Personen konnten keine Angaben gemacht werden, da sie entweder nicht wussten in welchem Alter sie das erste Mal in psychiatrischer Behandlung waren, oder weil bisher keine psychiatrische Behandlung erfolgt war (siehe Tabelle 8).

9 (20%) der betreuten Klienten waren bisher nie stationär in psychiatrischer Behandlung. Die durchschnittliche Anzahl der stationären Aufenthalte aller Klienten liegt bei 3, der Median bei 2. Der Maximalwert liegt bei 13 Aufenthalten. Das Durchschnittsalter der ersten stationären Behandlung liegt bei 34 Jahren (Median = 30.5). Die jüngste Person wurde im Alter von 13, die Ältteste mit 76 Jahren das erste Mal in einer psychiatrischen Klinik aufgenommen. Der letzte stationäre Aufenthalt dauerte durchschnittlich 12 Wochen, wobei

bei 50% der Fälle der Aufenthalt unter acht Wochen lag und in den letzten zwei Jahren (2008 oder 2009) stattfand. Der längste Aufenthalt dauerte zwei Jahre und zwei Monate.

Tabelle 8: Zusammenfassung psychiatrische Krankengeschichte

		Alter der 1. stationären psychiatrischen Behandlung	Alter der 1. stationären psychiatrischen Behandlung	Anzahl stationärer Aufenthalte	Dauer des letzten stationären Aufenthalts (Wochen)
N	Gültig	41	34	46	34
	Fehlend	6	13	1	13
	Mittelwert	30,4	34,2	3,0	12,3
	Median	26,0	30,5	2,0	7,5
	Minimum	7	13	0	0,3
	Maximum	80	76	13	112,0

Einen Suizidversuch in der Vorgeschichte hatten 45% der Befragten (fehlender Wert: 6.4%).

6.2.5 Aktuelle Behandlung und Pflege

43 (91.5%) der befragten Klienten nehmen regelmäßig Psychopharmaka ein. Zwei Personen (4.3%) stehen nicht unter einer medikamentösen Behandlung und für weitere zwei Personen konnten keine Angaben gemacht werden. Die Mehrzahl der Klienten (78%) nimmt regelmäßig Antidepressiva, 48.9% nehmen Neuroleptika und 38.3% haben die regelmäßige Einnahme anderer Psychopharmaka verordnet (zum Beispiel Tranquilizer, Stimmungsstabilisatoren, Schlafmittel).

Die Verordnung an die Freiberuflichen für die Betreuung der psychisch kranken Personen kommt in 68% der Fälle vom Psychiater, bei 19% vom Klinikarzt und in 8.5% der Fälle vom Hausarzt (4.5% keine Angabe).

Die Pflegepersonen besuchen ihre Klienten im Durchschnitt alle neun Tage. In 65% der gültigen Fälle (6.4% fehlend) liegen sieben oder weniger Tage zwischen den Besuchen. Die häufigsten Besuche finden alle zwei Tage, die seltensten einmal im Monat statt. Die Dauer der Besuche liegt zwischen 30 Minuten und vier Stunden. Durchschnittlich verbringen die Pflegenden 85 Minuten pro Besuch bei ihren Klienten. Bei der Hälfte der Fälle liegt die Dauer der Behandlung unter 75 Minuten (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Betreuungsintensität durch die freiberufliche psychiatrische Pflege

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median
Abstand zwischen den Besuchen (Tage)	2	28	9,1	7
Dauer der Besuche/Kontakte (min)	30	240	84,5	75

Anhand der Angaben der Pflegepersonen über die Häufigkeit und Dauer der Besuche bei den Betroffenen wurde die Betreuungsintensität der Klienten berechnet und anhand der Perzentile in die Gruppen niedrige, mittlere und hohe Intensität eingeteilt (Tabelle 10). Rund 32% der Klienten wurden mit einer hohen Intensität von ihren Pflegenden betreut. Eine niedrige beziehungsweise mittlere Betreuungsintensität wurde für 26% und 21,3% der Klienten angegeben. Für 21,3% konnten keine Berechnungen gemacht werden, da die Angaben der Pflegenden nicht vollständig waren.

Tabelle 10: Betreuungsintensität in Gruppen

Betreuungsintensität		
	n	(%)
niedrige	12	(25,5)
mittlere	10	(21,3)
hohe	15	(31,9)
Fehlend	10	(21,3)
Gesamt	47	(100,0)

In fast 90% der Fälle werden die Klienten zusätzlich zur ambulante psychiatrischen Pflege von einem Psychiater behandelt. Bei 72% der Klienten ist auch der Hausarzt, bei einem Drittel der Sozialdienst in die Behandlung involviert.

6.3 Der Versorgungsbedarf der Klienten

6.3.1 Prävalenz von gedecktem und ungedecktem Bedarf

Die Auswertung der CANSAS Fragebögen, welche von den Klienten ausgefüllt wurden, ergab einen durchschnittlichen Versorgungsbedarf von 5.9 (siehe Tabelle 11). Das heißt, im Schnitt wurden 5.9 Bereiche aus den 22 möglichen mit 1 (geringes Problem, weil Hilfe geleistet – gedeckter Bedarf) oder 2 (ernstes Problem – ungedeckter Bedarf) bewertet.

Gedeckter sowie ungedeckter Bedarf bestand im Durchschnitt in jeweils drei Bereichen. Die häufigsten Nennungen stellen zehn Bereiche dar, wobei die Summe dieser (Gesamtbedarf) maximal 16 Bereiche umfasste.

Nach der Einschätzung der Pflegenden haben die Klienten einen durchschnittlichen Versorgungsbedarf von 8.3. Ein ungedeckter Bedarf zeigt sich im Schnitt in drei, ein gedeckter in 5.5 Bereichen des CANSAS. Die Spannweite der Antworten für den ungedeckten Bedarf reicht von 0 bis 11 und für den gedeckten Bedarf von 0 bis 14. Im Schnitt wurde pro Klient von den Pflegepersonen zirka ein Bereich mit unbekannt angegeben, der Maximalwert lag bei neun unbekanntem Bereichen aus den 22 möglichen.

Ein Vergleich der Angaben von Pflegenden und ihren Klienten zeigt, dass Pflegepersonen im Schnitt in 2.5 Bereichen häufiger einen Bedarf sehen, als die Betroffenen selber. Im Detail handelt es sich dabei um Bereiche mit einem geringen Problem (gedeckter Bedarf). Der durchschnittliche ungedeckte Bedarf ist bei Pflegenden und Klienten gleich hoch.

Tabelle 11: (durchschnittliche) Anzahl der Bedarfsbereiche

	Klienten				Pflegernde			
	Mittelwert	(SD)	Min	Max	Mittelwert	(SD)	Min	Max
kein Problem	15.96	(3.32)	6	22	12.89	(3.37)	7	22
geringes Problem	3	(1.98)	0	10	5.45	(3.06)	0	14
ernstes Problem	2.87	(2.50)	0	10	2.89	(2.79)	0	11
Gesamtbedarf	5.87	(3.35)	0	16	8.34	(3.53)	0	15
unbekannt	0.17	(0.38)	0	1	0.77	(1.64)	0	9

Tabelle 12 zufolge stellt, nach Angaben der Pflegenden, *seelischer Druck* jenen Bereich dar, in denen die Klienten den größten Bedarf aufweisen. In 95.7% der Fälle nannten die Pflegenden seelischen Druck als ein Problembereich der Klienten. Bei 19 Personen (40.4%) ist seelischer Druck ein ernstes Problem und stellt somit einen ungedeckten Versorgungsbedarf dar.

Im Bereich *soziale Kontakte* schätzten die Pflegenden ihre Klienten etwas häufiger mit 2 (ernstes Problem), als mit 1 (geringes Problem) ein. In insgesamt 74.5% der Fälle wurde eine der beiden Antwortmöglichkeiten gegeben und ist somit der Bereich in dem von den Pflegenden am zweithäufigsten ein Versorgungsbedarf angegeben wird.

Einen weiteren Problembereich für fast zwei Drittel der Klienten stellt ihre körperliche Gesundheit dar. Aus Sicht der Pflegenden wurde dieser Bereich am dritthäufigsten genannt.

Jene Bereiche in denen ein niedriger Gesamtversorgungsbedarf besteht sind nach Einschätzung der Pflegenden *Fremdgefährdung*, *Grundkenntnisse in Lesen, Schreiben*,

Rechnen, Drogen und Telefonieren (Tabelle 12). Weniger als 15% der Klienten weisen in diesen Bereichen einen Bedarf auf.

Im Bereich *Sexualität* konnten die betreuenden Pflegepersonen keine Angaben über insgesamt 12 Klienten (25.5%) machen.

Tabelle 12: Pflegende: Bereiche und Versorgungsbedarf

	Gesamtbedarf	gedeckter	ungedeckter	unbekannt
		Bedarf	Bedarf	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Seelischer Druck	45 (95.7)	26 (55.3)	19 (40.4)	
Soziale Kontakte	35 (74.5)	17 (36.2)	18 (38.3)	
Körperliche Gesundheit	30 (63.8)	22 (46.8)	8 (17)	1 (2.1)
Partnerschaft	29 (61.7)	10 (21.3)	19 (40.4)	3 (6.4)
Tägliche Aktivitäten	29 (61.7)	21 (44.7)	8 (17)	2 (4.3)
Geld	23 (48.9)	16 (34)	7 (14.9)	4 (8.5)
Versorgung des Haushalts	21 (44.7)	14 (29.8)	7 (14.9)	1 (2.1)
Ernährung	20 (42.6)	13 (27.7)	7 (14.9)	
Selbstgefährdung	20 (42.5)	16 (34)	4 (8.5)	1 (2.1)
Psychotische Symptome	20 (42.5)	19 (40.4)	1 (2.1)	
Sexualität	18 (38.3)	5 (10.6)	13 (27.7)	12 (25.5)
Sozialleistungen	17 (36.2)	13 (27.7)	4 (8.5)	2 (4.3)
Informationen über Krankheit und Behandlung	17 (36.2)	17 (36.2)	0 (0)	
Versorgung und Betreuung der Kinder	13 (27.6)	9 (19.1)	4 (8.5)	
Wohnsituation	12 (25.5)	11 (23.4)	1 (2.1)	
Verkehrsmittel	11 (23.4)	3 (6.4)	8 (17)	
Alkohol	7 (14.9)	6 (12.8)	1 (2.1)	3 (6.4)
Körperpflege	7 (14.9)	5 (10.6)	2 (4.3)	1 (2.1)
Fremdgefährdung	6 (12.8)	4 (8.5)	2 (4.3)	
Grundkenntnisse in Lesen, Schreiben, Rechnen	6 (12.8)	4 (8.5)	2 (4.3)	
Drogen	5 (10.7)	3 (6.4)	2 (4.3)	2 (4.3)
Telefonieren	3 (6.4)	2 (4.3)	1 (2.1)	2 (4.3)

Der Bereich *seelischer Druck* wurde, ebenso wie aus der Sicht der Pflegenden, von den Klienten am häufigsten mit einem Bedarf identifiziert. 74.4% der Befragten geben an hier einen Bedarf zu haben. Bei 19 Personen (40.4%) stellt der seelische Druck ein ernste Problem im Leben dar (siehe Tabelle 13).

Neben dem seelischen Druck leiden beinahe 60% der Befragten unter ihrer körperlichen Gesundheit, wobei in knapp 45% der Fälle Hilfe geleistet wird und dadurch das Ausmaß des Problem reduziert werden kann. Ungedeckt bleibt der Bedarf bei ca. 15%.

Unterschiede zu den Einschätzungen der Pflegenden sind im Bereich *soziale Kontakte* zu erkennen. Pflegepersonen geben bei mehr Klienten einen Bedarf an, als die Befragten selber, jedoch stellt es für die Klienten häufiger einen ungedeckten Bedarf dar.

Die Bereiche, in denen unter 15% der Klienten einen Bedarf einschätzen sind: *Psychotische Symptome, Fremdgefährdung, Persönliche Körperpflege, Versorgung und Betreuung der Kinder, Alkohol, Drogen, Telefonieren* und *Wohnsituation* (Tabelle 13).

Der Bereich *Sexualität* ist, wie schon bei den Pflegekräften, jener mit den häufigsten Angaben von unbekannt. In 5 Fällen (10.6%) wollten die Klienten keine Angaben über dieses Thema machen.

Tabelle 13: Klienten: Bereiche und Versorgungsbedarf

	Gesamtbedarf N (%)	gedeckter	ungedeckter	unbekannt N (%)
		Bedarf N (%)	Bedarf N (%)	
Seelischer Druck	35 (74.4)	16 (34)	19 (40.4)	
Körperliche Gesundheit	28 (59.6)	21 (44.7)	7 (14.9)	
Soziale Kontakte	23 (49)	3 (6.4)	20 (42.6)	
Geld	20 (42.5)	16 (34)	4 (8.5)	
Versorgung des Haushalts	19 (40.4)	12 (25.5)	7 (14.9)	
Partnerschaft	18 (38.3)	1 (2.1)	17 (36.2)	
Tägliche Aktivitäten	15 (31.9)	6 (12.8)	9 (19.1)	
Informationen über Krankheit und Behandlung	15 (31.9)	6 (12.8)	9 (19.1)	1 (2.1)
Ernährung	14 (29.8)	12 (25.5)	2 (4.3)	
Selbstgefährdung	14 (29.8)	7 (14.9)	7 (14.9)	
Sozialleistungen	12 (25.6)	10 (21.3)	2 (4.3)	
Sexualität	11 (23.4)	3 (6.4)	8 (17)	5 (10.6)
Grundkenntnisse in Lesen, Schreiben und Rechnen	10 (21.3)	6 (12.8)	4 (8.5)	
Verkehrsmittel	9 (19.2)	2 (4.3)	7 (14.9)	
Psychotische Symptome	7 (14.9)	5 (10.6)	2 (4.3)	
Fremdgefährdung	7 (14.9)	5 (10.6)	2 (4.3)	
Persönliche Körperpflege	6 (12.8)	2 (4.3)	4 (8.5)	
Versorgung und Betreuung der Kinder	5 (10.7)	3 (6.4)	2 (4.3)	
Alkohol	3 (6.4)	2 (4.3)	1 (2.1)	
Drogen	3 (6.4)	2 (4.3)	1 (2.1)	1 (2.1)

	Gesamtbedarf	gedeckter	ungedeckter	unbekannt
		Bedarf	Bedarf	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Telefonieren	2 (4.2)	1 (2.1)	1 (2.1)	
Wohnsituation	1 (2.1)	0 (0)	1 (2.1)	

In Tabelle 14 ist das Verhältnis von ungedecktem Bedarf zum Gesamtbedarf von jedem CANSAS-Bereich dargestellt. Je höher der Prozentwert des Verhältnisses, desto höher der Anteil des ungedecktem Bedarfs am Gesamtbedarf. Die höchsten Werte bei der Einschätzung der Pflegenden finden sich in den Bereichen *Verkehrsmittel* und *Sexualität*. Über 72% des Gesamtbedarfs sind nicht gedeckt. Auch bei *Partnerschaft* und *soziale Kontakte* ist bei über 50% der Personen mit einem Bedarf, der Bedarf ungedeckt beziehungsweise stellt der Bereich ein ernstes Problem dar. In den Bereichen *Wohnsituation*, *psychotische Symptome* und *Informationen über die Krankheit* ist der Anteil des ungedeckten Bedarfs am Gesamtbedarf am niedrigsten. In zwei dieser Bereiche (*Wohnsituation* und *Informationen über Krankheit und Behandlung*) finden sich die größten Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Pflegenden und der Klienten. Letztere geben bei beiden Bereichen einen höheren Anteil an ungedeckten Bedarf am Gesamtbedarf an, als ihre Pflegepersonen. Zu beachten ist, dass es im Bereich *Wohnsituation*, wie in Tabelle 13 ersichtlich, seitens der Klienten nur eine Bedarfsnennung gab und diese stellte einen ungedeckten Bedarf dar.

Die Bereiche mit dem höchsten Anteil an ungedeckten Bedarf aus Sicht der Klienten waren: *Wohnsituation* mit 100%, *Partnerschaft* mit 97% und *soziale Kontakte* mit 87% ungedecktem Bedarf. In sechs weiteren Bereichen lag der Anteil des ungedeckten Bedarfs am Gesamtbedarf über 50%. Diese waren: *Verkehrsmittel*, *Sexualität*, *Körperpflege*, *tägliche Aktivitäten*, *Informationen über die Krankheit* und *seelischer Druck*.

Tabelle 14: Verhältnis von ungedecktem zu Gesamtbedarf, Angaben in %

	Verhältnis	
	ungedeckter/Gesamtbedarf	
	Pflegende	Klient
Verkehrsmittel	72,7	77,8
Sexualität	72,2	72,7
Partnerschaft	65,5	94,4
Soziale Kontakte	51,4	87,0
Seelischer Druck	42,2	54,3
Drogen	40,0	33,3
Ernährung	35,0	14,3

	Verhältnis	
	ungedeckter/Gesamtbedarf	
	Pflegende	Klient
Versorgung des Haushalts	33,3	36,8
Telefonieren	33,3	50,0
Grundkenntnisse in Lesen, Schreiben und Rechnen	33,3	40,0
Fremdgefährdung	33,3	28,6
Versorgung und Betreuung der Kinder	30,8	40,0
Geld	30,4	20,0
Persönliche Körperpflege	28,6	66,7
Tägliche Aktivitäten	27,6	60,0
Körperliche Gesundheit	26,7	25,0
Sozialleistungen	23,5	16,7
Selbstgefährdung	20,0	50,0
Alkohol	14,3	33,3
Wohnsituation	8,3	100,0
Psychotische Symptome	5,0	28,6
Informationen über Krankheit und Behandlung	0,0	60,0

6.3.2 Zusammenhänge mit soziodemographischen Variablen

Geschlecht

Die Berechnung des Chi-Quadrats für die Bereiche des CANSAS und des Geschlechts keine gültigen Signifikanzen.

Tabelle 15 stellt eine Gegenüberstellung der Bereiche in denen von den Klienten ernste Probleme angegeben wurden, dar. Männer hatten im Bereich *Partnerschaft* prozentuell gesehen etwas öfter einen ungedeckten Bedarf, als Frauen. Im Bereich *soziale Kontakte* scheinen Frauen und Männer einen ähnlichen ungedeckten Bedarf zu haben. Erwähnenswerte Unterschiede sind im Bereich *körperliche Gesundheit* und *Verkehrsmittel* vorzufinden. Hier hatte kein Mann einen ungedeckten Bedarf angegeben, aber 7 (6.7%) Frauen.

Tabelle 15: Klient: Ungedeckter Bedarf nach Geschlecht

	Ernstes Problem	
	<i>männlich</i>	<i>weiblich</i>
	N (%)	N (%)
Partnerschaft	5 (18,5)	12 (11,4)
Soziale Kontakte	4 (14,8)	16 (15,2)
Seelischer Druck	3 (11,1)	16 (15,2)
Tägl. Aktivitäten	3 (11,1)	6 (5,7)
Selbstgefährdung	2 (7,4)	5 (4,8)
Infos	2 (7,4)	7 (6,7)
Sexualität	2 (7,4)	5 (4,8)
Drogen	1 (3,7)	0 (0,0)
Fremdgefährdung	1 (3,7)	1 (1,0)
Versorgung der Kinder	1 (3,7)	1 (1,0)
Grundkenntnisse Lesen/Schreiben	1 (3,7)	3 (2,9)
Persönliche Körperpflege	1 (3,7)	3 (2,9)
Haushalt	1 (3,7)	6 (5,7)
Telefonieren	0 (0,0)	1 (1,0)
Verkehrsmittel	0 (0,0)	7 (6,7)
Alkohol	0 (0,0)	0 (0,0)
Wohnsituation	0 (0,0)	1 (1,0)
Ernährung	0 (0,0)	2 (1,9)
Soziale Leistungen	0 (0,0)	2 (1,9)
Psychotische Symptome	0 (0,0)	2 (1,9)
Geld	0 (0,0)	2 (1,9)
körperliche Gesundheit	0 (0,0)	7 (6,7)
Gesamt	27 (100)	105 (100)

Unterschiede zwischen den Geschlechtern wurden zudem in den Summenwerten des ungedeckten Bedarfs nach Angaben der Pfleger gefunden. Die Ergebnisse des U-Tests für unabhängige Stichproben waren für diesen Bereich signifikant. Demzufolge gibt es nicht auf Zufall beruhende Unterschiede in der Einschätzung der Häufigkeiten des ungedeckten Bedarfs aus Sicht der Pflegenden.

Alter

Um eine statistische Auswertung der Zusammenhänge mit dem Alter durchführen zu können, wurden die Personen in die Altersgruppen bis 47 Jahre und 48 Jahre und älter eingeteilt. Die Altersgrenze von 47 Jahren stellt das durchschnittliche Alter der Befragten dar. Es wurden Rangvergleiche zwischen diesen Altersgruppen und den Summenwerten des CANSAS durchgeführt. Signifikante Ergebnisse konnten bei der Summe der unbekannt Bereiche, die

von den Klienten angegeben wurden, festgestellt werden. Personen, die jünger als 47 Jahre waren, erteilten in tendenziell weniger Fällen keine Auskunft über ein Bedarfsbereich. Jene über 48 Jahren wollten häufiger keine Auskunft über einen Bedarfsbereich geben, so dass die Antwortmöglichkeit „unbekannt“ angekreuzt wurde.

Zusätzlich konnten ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Altersgruppen und dem Antwortverhalten der Klienten im Bereich *Partnerschaft* gefunden werden. Die jüngeren Klienten (unter 47 Jahren) gaben in diesem Bereich häufiger ein ernstes Problem an, als jene Personen über 48 Jahre.

Die Bewertungen aus Sicht der Pflegenden ergaben in keinem Bereich signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

Dauer d. Erkrankung

Nach der Durchführung verschiedener statistischen Tests, kann die Erkenntnis gezogen werden, dass die Dauer der Erkrankung keinen Einfluss auf den Bedarf der Klienten hat. Es konnten weder in den Gesamtscores, noch bei den einzelnen Bereichen signifikante Ergebnisse gefunden werden.

Hauptdiagnose

Die ANOVA Varianzanalyse zeigte signifikante Unterschiede zwischen Klienten mit unterschiedlicher Hauptdiagnose bei den Summenwerten *geringes Problem* und *ernstes Problem* aus Sicht der Pflegenden. Es konnten jeweils zwei homogene Untergruppen identifiziert werden. Bei den Summenwerten *geringes Problem* bestand die eine Untergruppe aus den Diagnosegruppen F3 und F4/F5/F6 und die andere aus F2 und den restlichen psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10. In jener Gruppe mit den affektiven, neurotischen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F3-F6) wurde eine durchschnittlich niedrigere Anzahl an Problembereichen angegeben, in denen Hilfe geleistet wird (Werte 3.9-5.8), als bei der Gruppe der schizophrenen und anderen psychischen Erkrankungen (Werte 7-7.3).

Die Untergruppen der zweiten Variable, die signifikante Ergebnisse aufweist, setzten sich einerseits durch die Diagnosen F2 und F4/F5/F6 und andererseits durch Personen mit F3 und anderen psychiatrischen Erkrankungen zusammen. Für Personen in der erstgenannten Gruppe (unter anderem jene mit schizophrenen, neurotischen und Persönlichkeitsstörungen) gaben die Pflegepersonen einen signifikant niedrigeren durchschnittlichen ungedeckten Bedarf an (Werte 1.6-1.9), als für jene mit affektiven (F3) und anderen psychischen Störungen (Werte 3-4.8).

Betreuungsintensität

Es wurde kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Betreuungsintensität (Einteilung in Gruppen (Tabelle 10)) und des Versorgungsbedarfs in den Bereichen gefunden.

6.3.3 Übereinstimmung der Einschätzungen von Pflegenden und Klienten

Wie schon in Kapitel 6.3.1 erwähnt schätzen Pflegenden den durchschnittlichen Versorgungsbedarf ihrer Klienten höher ein, als die Betroffenen selber. Diese höhere Einschätzung bezieht sich vor allem auf den gedeckten Bedarf. Die Durchschnittswerte des ungedeckten Bedarfs sind bei den beiden Befragtengruppen gleich (siehe Tabelle 11).

In Tabelle 16 ist die Übereinstimmung der Bewertungen jeden Bereichs dargestellt. Die Interpretation von der AC1-Statistik ist in Tabelle 17 abgebildet.

Eine sehr hohe Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen der befragten Personen gab es in den Bereichen *Telefonieren*, *Drogen*, *Verkehrsmittel*, *Fremdgefährdung*, *Alkohol*, *Versorgung der Kinder* und *Grundkenntnisse Lesen/Schreiben*. Geringe Übereinstimmungen ergab die statistische Berechnung in den Bereichen *seelischer Druck* und *tägliche Aktivitäten*. Hier betrug der AC1-Wert rund 0.4.

Tabelle 16: Übereinstimmung der Einschätzungen von Klienten und Pflegenden

	Prozentuale Übereinstimmung	AC1
Telefonieren	88.89	0.89
Drogen	84.09	0.84
Verkehrsmittel	82.98	0.83
Fremdgefährdung	82.22	0.82
Alkohol	81.40	0.81
Versorgung Kinder	80.85	0.81
Grundkenntnisse Lesen/Schreiben	80.85	0.81
pers. Körperpflege	78.26	0.78
Wohnsituation	72.34	0.72
Ernährung	72.34	0.72
Soz. Leistungen	68.89	0.69
Selbstgefährdung	67.39	0.67
Haushalt	63.04	0.63
Psychotische Symptome	59.57	0.59
Partnerschaft	56.82	0.56
Geld	51.16	0.51

	Prozentuale Übereinstimmung	AC1
Soziale Kontakte	51.06	0.51
Informationen über Krankheit	50.00	0.50
Sexualität	50.00	0.49
körperliche Gesundheit	45.65	0.45
Seelischer Druck	38.30	0.38
Tägliche Aktivitäten	37.78	0.37

Tabelle 17: Interpretation der AC1-Werte (Schori, Kersten, & Abderhalden, 2006)

AC1- Statistik	Strength of Agreement	Übereinstimmung
<0	Poor	Keine
0-0.20	Slight	Sehr geringe
0.21-0.40	Fair	Geringe
0.41-0.60	Moderate	Mittlere
0.61-0.80	Substantial	Hohe
0.81-1.00	Almost perfect	Sehr hohe

Der durchschnittliche AC1-Wert aller Bereiche beträgt 0.65 und deutet auf eine hohe Übereinstimmung zwischen den Beurteilern hin.

7. Diskussion

7.1 Diskussion der Ergebnisse

7.1.1 Beantwortung der Forschungsfragen

In diesem Abschnitt werden die in Kapitel 4 gestellten Forschungsfragen anhand der Ergebnisse der Studie beantwortet.

a) Welche soziodemographischen Charakteristika weisen Klienten aus der ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton Bern auf?

Die befragten Klienten welche von freiberuflich tätigen psychiatrischen Pflegepersonen ambulant betreut wurden, sind zu einem Großteil weiblichen Geschlechts, im Durchschnitt 48 Jahre alt, zumeist ledig (43%), geschieden (23%) oder verwitwet beziehungsweise getrennt (22%). Mehr als die Hälfte (60%) der Studienpopulation lebt alleine, 91% in einer eigenen Wohnung. Bei zirka 20% lebt mindestens ein Kind im gleichen Haushalt. Bedeutsame soziale Kontakte haben die Klienten vor allem zu ihren Angehörigen (62%) und zu Freunden (50%). Sonstige wichtige Kontakte können bei 40% der Klienten zu Kollegen oder durch Vereine oder Clubs aufgebaut werden.

Bei 40% der Klienten stellt eine abgeschlossene Lehre oder Berufsschule den höchsten erreichten Schulabschluss dar, 11% haben eine höhere Fachschule abgeschlossen oder haben Matura. Einen Hochschulabschluss können 15% vorweisen.

44% der befragten Klienten haben zurzeit keine Anstellung oder sind als Hausfrau/Hausmann im eigenen Haushalt tätig. 21% haben eine feste Anstellung und 23% gehen einer Tätigkeit in einer geschützten Einrichtung nach.

Ein Drittel der Klienten der Freiberuflichen hat an eine affektive Störung (F3), ein weiteres Drittel eine neurotische Belastungsstörung (F4) oder eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F6) als Hauptdiagnose. Durchschnittlich sind die Klienten seit 17 Jahren erkrankt (Median = 12 Jahre). 20% der betreuten Klienten waren bisher in keiner stationären psychiatrischen Behandlung. Die Hälfte jener, die schon stationär behandelt wurden, erfolgte dies zweimal. Das Durchschnittsalter der ersten stationären Aufnahme war 34 Jahre. Die letzten Aufenthalte dauerten durchschnittlich 12 Wochen und bei 50% fand der letzte stationäre Aufenthalt in den vergangenen zwei Jahren statt.

b) *Welchen Versorgungsbedarf weisen Klienten aus der ambulanten psychiatrischen Pflege auf und in wieweit ist dieser gedeckt?*

Nach Einschätzung der Pflegenden weisen die Klienten in durchschnittlich acht Bereichen einen Bedarf auf, in fünf ist der Bedarf gedeckt, in drei ungedeckt. Am häufigsten wurde im Bereich *seelischer Druck* Bedarf angegeben (bei 96% der Klienten). Bei 40% aller Befragten war er ungedeckt. Weitere Bereiche mit hohem Gesamtbedarf sind *soziale Kontakte* (75%) und *körperliche Gesundheit* (64%). Ein hoher Anteil des ungedeckten Bedarfs am Gesamtbedarf war in den Bereichen *Verkehrsmittel* (73%), *Sexualität* (72%), *Partnerschaft* (66%) und *soziale Kontakte* (51%) vorzufinden. In den Bereichen *Wohnsituation*, *psychotische Symptome* und *Informationen über die Krankheit* ist der Anteil des ungedeckten Bedarfs am Gesamtbedarf am niedrigsten.

Die Klienten selber geben einen durchschnittlichen Gesamtbedarf von sechs Bereichen an, drei davon sind gedeckt, drei ungedeckt. Am häufigsten (74%) wurde ein Bedarf im Bereich *seelischer Druck* genannt. Für 40% der Klienten stellt er ein ernstes Problem dar. Neben dem *seelischen Druck* leiden beinahe 60% der Befragten unter ihrer körperlichen Gesundheit, wobei in knapp 45% der Fälle Hilfe geleistet wird. Einen hohen Anteil an ungedecktem Bedarf ist im Bereich *soziale Kontakte* vorzufinden. Knapp 50% der Klienten gaben hier einen Bedarf an, ungedeckt blieb er bei 43%, das entspricht einem Anteil von 87% am Gesamtbedarf. Neben dem Bereich *soziale Kontakte* waren auch bei *Partnerschaft* über 85% des Gesamtbedarfs ungedeckt.

c) *Unterscheiden sich die Art und die Anzahl des Versorgungsbedarfs und seine Deckung nach Geschlecht, Alter, Dauer der Erkrankung, Hauptdiagnose und Betreuungsintensität des Patienten?*

Es wurde keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Versorgungsbedarf und dem Geschlecht gefunden. Die Dauer der Erkrankung und die Betreuungsintensität haben ebenfalls keinen Einfluss auf den Versorgungsbedarf der Klienten.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Altersgruppen und dem Antwortverhalten der Klienten gab es im Bereich *Partnerschaft*. Die jüngeren Klienten (unter 47 Jahren) gaben in diesem Bereich häufiger ein ernstes Problem an als jene Personen mit 48 Jahren oder älter.

Signifikante Unterschiede gab es auch in Bezug auf die Hauptdiagnose der Klienten. Für Personen mit affektiven, neurotischen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F3-F6) gaben Pflegende eine durchschnittlich niedrigere Anzahl an gedeckten Bereichen an, als für Personen mit schizophrenen oder anderen psychischen Erkrankungen. Zudem haben Personen mit schizophrenen, neurotischen und Persönlichkeitsstörungen einen signifikant niedrigeren durchschnittlichen ungedeckten Bedarf, als jene mit affektiven und anderen psychischen Störungen (nach Angaben der Pflegenden).

d) Inwiefern unterscheiden sich die Bewertungen von Klienten und Pflegenden?

Pflegenden schätzen einen durchschnittlich höheren Versorgungsbedarf ihrer Klienten ein, als die Betroffenen selber. Unterschiede sind nur in Bezug auf den durchschnittlich gedeckten Bedarf vorzufinden. Die Durchschnittswerte des ungedeckten Bedarfs sind bei beiden Gruppen gleich.

Bereiche in denen eine sehr hohe Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen der befragten Personen besteht sind: *Telefonieren, Drogen, Verkehrsmittel, Fremdgefährdung, Alkohol, Versorgung der Kinder* und *Grundkenntnisse Lesen/Schreiben*. Eine geringe Übereinstimmung der Bewertungen ist in den Bereichen *seelischer Druck* und *tägliche Aktivitäten* vorzufinden. Durchschnittlich jedoch gibt es eine hohe Übereinstimmung in den Bereichen.

7.1.2 Diskussion der Ergebnisse mit der Literatur

7.1.2.1 Soziodemographische Angaben

Ein Vergleich der soziodemographischen Charakteristika der Klienten aus dem Kanton Bern mit jenen aus anderen Ländern in ambulanter psychiatrischer Behandlung zeigt einige Unterschiede im Bezug auf die Geschlechterverteilung und Diagnose.

Die meisten Samples aus anderen Studien umfassten einen höheren Anteil an Männern als Frauen (Thomas Becker et al., 2002; Cleary et al., 2006; MacPherson, Gregory, Slade, & Foy, 2007) oder eine gleiche Verteilung der Geschlechter (Najim & McCrone, 2005). Allein die italienische Untersuchung von Lasalvia (2000) wies einen höheren Anteil Frauen, als Männer auf (64% vs. 36%). Die Überrepräsentation der Frauen in der vorliegenden Arbeit macht eine Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Geschlechter schwierig. Einer britischen Studie zufolge sind weder das Geschlecht noch das Alter Indikatoren dafür, ob eine Person psychiatrische Versorgung in Anspruch nimmt oder nicht (Barr, 2000). Das Alter der

befragten Klienten entspricht im Durchschnitt den Angaben aus der relevanten Literatur auf diesem Gebiet. Auffallend ist, dass mehr als die Hälfte der Befragten älter als 40 Jahre ist. Der Anteil an Rentnern (älter als 60 Jahre) entspricht sogar 20% der Studienpopulation. Bei der Pflege dieser Altersgruppe müssen häufig auch altersbedingte Probleme beachtet werden, zum Beispiel körperliche Beeinträchtigungen und der Abbau geistiger Fähigkeiten. Die Verknüpfung von körperlichen und psychischen Erkrankungen könnte für Pflegepersonen eine Herausforderung darstellen.

Sowohl in der vorliegenden, als auch in anderen Untersuchungen aus verschiedenen Ländern ist die Mehrzahl der ambulant betreuten Personen ledig beziehungsweise geschieden. Die Prozentzahlen schwanken zwischen 60 und 80% der Befragten (Thomas Becker et al., 2002; Lasalvia et al., 2000; MacPherson et al., 2007). Dementsprechend ist auch die Anzahl der alleinlebenden Klienten in unserem und in den vergleichbaren Samples hoch.

Im Gegensatz dazu finden sich bemerkenswerte Unterschiede zwischen dem vorliegenden Untersuchungssample und jenen aus anderen Ländern in Bezug auf die Hauptdiagnose der betreuten Personen. In Großbritannien sind 70% der ambulant versorgten Personen an einer Schizophrenie erkrankt. Dies zeigen die Studien von MacPherson (2007) und Najim (2005), welche die Klienten von ambulanten Versorgungseinrichtungen in verschiedenen Regionen untersuchten. Als zweithäufigste Erkrankung war in beiden Studien eine bipolare Störung vorliegend. Im Kanton Bern hatten vergleichsweise nur 17% der befragten Klienten eine schizophrene Erkrankung als Hauptdiagnose. Am häufigsten wurden Personen mit affektiven Störungen betreut. Diese Verteilung lässt darauf schließen, dass freiberufliche Pfleger vorwiegend Symptome von depressiven beziehungsweise Belastungs- oder Verhaltensstörungen behandeln müssen. Die betreuten Personen weisen vermutlich häufiger Symptome wie sozialer Rückzug, Isolation, Angst oder Suizidgefährdung auf, als eine Wahnsymptomatik. Den Symptomen und Problemen entsprechend muss auch die Pflege der Freiberuflichen ausgerichtet sein. Dementsprechend könnten unter Umständen spezielle Ausbildungs- und Weiterbildungsprogramme für die Freiberuflichen geschaffen werden, die sich speziell mit der Behandlung von affektiven und Belastungs- oder Verhaltensstörungen beschäftigen.

Die Anzahl der stationären Aufenthalte der befragten Klienten in Bern ist etwas niedriger als bei jenen aus der Studie von Najim (2005), Becker (2002) und Cleary (2006). Die genannten

Autoren untersuchten ambulante Klienten in Großbritannien, fünf großen europäischen Versorgungszentren und Australien. Bei den Befragten waren stationäre Aufenthalte durchschnittlich ein bis zweimal häufiger in der Krankengeschichte vorzufinden, als in unserem Sample. Faktoren, die zu diesen Unterschieden beitragen können vielfältig sein. Zum einen unterscheiden sich die psychiatrischen Versorgungssysteme, zum anderen die Diagnosen der Befragten. Wie oben erwähnt war die Anzahl der schizophren Erkrankten in den ausländischen Untersuchungsgebieten deutlich höher.

Einen guten Einblick in die Arbeit der Freiberuflichen ermöglicht die Betrachtung der Betreuungsintensität der Klienten. Aufgrund der kleinen Stichproben lassen sich jedoch keine Rückschlüsse auf die Angemessenheit des Betreuungsausmaßes machen. Bei einer größeren Erhebung hätten unter Umständen Aussagen darüber gemacht werden können, ob die Höhe des Versorgungsbedarfs oder das Vorliegen einer bestimmten Diagnose die Kontakthäufigkeit und die Dauer der Besuche beeinflussen.

7.1.2.2 Versorgungsbedarf

Wie in den Kapiteln 3.4 bis 3.6 dargestellt gibt es mehrere veröffentlichte Studien, die den Versorgungsbedarf von Patienten und Klienten in verschiedenen Settings und nach unterschiedlichen Kriterien untersuchen. Mit der vorliegenden Studie können jedoch nur jene von Najim (2005), Cleary (2006) und Lasalvia (2000) verglichen werden, da nur diese Stichproben unserem Sample ähneln. Es wurden nicht wie häufig in anderen Arbeiten Patienten mit bestimmten Erkrankungen (zum Beispiel Schizophrenie) befragt, sondern Personen untersucht, die in einer bestimmten Region eine gemeindepsychiatrische Versorgung in Anspruch nahmen.

Der Vergleich des durchschnittlichen Versorgungsbedarfs mit diesen Studien zeigt, dass sich die Ergebnisse zwar unterscheiden, dass sich dabei aber keine systematischen Tendenzen feststellen lassen. Der durchschnittliche ungedeckte Bedarf (nach Angaben der Klienten im Kanton Bern) ist etwas niedriger als jener in der Studie von Cleary (2006), jedoch höher als bei Lasalvia (2000) und Najim (2005). Der durchschnittliche gedeckte Bedarf entspricht in etwa den Ergebnissen von Cleary (2006) und den Befragten aus der ländlichen Gegend bei Najim (2005). Einen genaueren Vergleich können die Tabellen 2 und 3 bieten. Da sich aber die Versorgungssysteme stark unterscheiden, ist es schwierig Schlüsse aus diesen Ergebnisse

zu ziehen. Die Betrachtung der einzelnen Bereiche bietet mehr Möglichkeit für eine Diskussion.

Bereiche in denen für die Klienten der Freiberufliche am häufigsten ein ungedeckter Bedarf besteht sind *seelischer Druck*, *soziale Kontakte* und *Partnerschaft*. In diesen erhalten die Betroffenen keine oder nicht ausreichend Hilfe. Die zwei letztgenannten Bereiche wurden auch von Najim (2005) und Cleary (2006) als jene mit hohem ungedeckten Bedarf identifiziert. Sowohl der Bereich *soziale Kontakte* als auch *Partnerschaft* stellen Gebiete dar, die im informellen Tätigkeitsgebiet der Pflegenden angesiedelt sind (siehe Kapitel 2.3). Da sie nicht zum definierten Aufgabengebiet der ambulanten Pflege gehören und es keine konkreten Interventionen gibt, mit denen diese Bereiche abgedeckt werden können, scheinen Klienten hier häufiger ernste Probleme aufzuweisen.

Um diese ernsten Probleme so gut wie möglich zu decken, müssen Pflegende Kenntnisse über mögliche Interventionen haben, die effizient und durchführbar sind. In Bezug auf die sozialen Kontakte wäre zum Beispiel die Weitergabe von Informationen über Kontaktstellen in der Wohngemeinde des Klienten empfehlenswert. Solche Angebote könnten unter anderem tagesklinische Einrichtungen, Kirchengemeinschaften oder andere Aktivitäten in der nahen Umgebung darstellen. Weiters gilt es den Betroffenen zu motivieren und ihm etwaige Ängste bezüglich des Aufbaus neuer Kontakte zu nehmen. Die Pflege der Freiberuflichen sollte sich unbedingt auf die Bereiche konzentrieren, die von den Klienten als ernste Probleme bezeichnet werden. Zu beachten ist jedoch, dass nicht jeder Bedarf von der ambulanten psychiatrischen Pflege gedeckt werden kann. In diesen Fällen ist aber ein Einbezug Anderer in die Behandlung erforderlich.

Ein weiterer, von den Klienten im Kanton Bern am häufigsten genannter, ungedeckter Bedarf ist *seelischer Druck*. Wie die Test-Retest-Reliabilitätsüberprüfung von Phelan (1995) zeigte scheint seelischer Druck empfindlich gegenüber Veränderungen zu sein. Der Kappa-Wert bei den Einschätzungen der Betreuungspersonen betrug in der Studie von Phelan 0.35 und stellte somit einen der niedrigsten Kappa-Werte bei den Items dar. Dieser niedrige Wert lässt darauf schließen, dass die Resultate der vorliegenden Untersuchung in diesem Bereich nur eine Momentaufnahme des Zustandes der Klienten darstellt. Unter Umständen hätte eine Befragung wenige Stunden früher oder später ein anderes Ergebnis erbracht. Zudem war für einige Pflegende die Einschätzung schwierig, da sie den Klienten zumeist mehrere Tage oder

Wochen vor der Befragung nicht gesehen hatten. Die Pflegepersonen bewerteten den Zustand des Klienten so, wie er bei ihrem letzten Besuch beziehungsweise Kontakt gewesen war. Dadurch sind möglicherweise größere Unterschiede zwischen den Bewertungen der Pfleger und Klienten entstanden. Der niedrige AC1-Wert in diesem Bereich verdeutlicht, dass sich die Bewertungen tatsächlich stark unterschieden. Auffallend ist, dass der ungedeckte Bedarf von Pflegenden und Klienten gleich hoch eingeschätzt wurde. Die Summenwerte von diesem Bereich zeigen nur Unterschiede im gedeckten Bedarf. Ob der niedrige AC1-Wert nur durch die unterschiedlichen Bewertungen von „geringes Problem“ und „kein Problem“ zustande kam, bleibt fraglich. Eine genauere Betrachtung der Daten wäre nötig, um dies aufzuzeigen.

Ein Bereich, in welchem der Bedarf von den Pflegern eindeutig unterschätzt wurde ist *Informationen über die Krankheit und Behandlung*. Kein einziger Pfleger hat diesen Bereich als ernstes Problem seines Klienten erkennen können, obwohl ihn einige (19%) als solches genannt haben. Im Gegensatz zum Bereich *seelischer Druck* stellt *Informationen* ein formelles Aufgabengebiet der ambulanten psychiatrischen Pflege dar. Nach den Vermutungen von Wiersma et al. (1998) scheint es hier einfacher zu sein, Interventionen zu setzen und Hilfe zu leisten. Durch ein Ansprechen des Betroffenen auf seine Fragen über die Krankheit und Behandlung könnten Pflegenden den Bedarf erkennen und entsprechende Handlungen zu seiner Deckung setzen: zum Beispiel einen Termin mit dem Psychiater vereinbaren oder den Klienten mit geeignetem Material selber aufklären.

Grundsätzlich lässt sich in der Literatur keine Tendenz feststellen in welchen Bereichen eine hohe beziehungsweise niedrige Übereinstimmung zwischen Pflegenden und Betroffenen herrscht. Je nach Autor, Land und untersuchte Personengruppe sind verschiedene Ergebnisse vorzufinden (vergleiche auch Kapitel 3.6). Mehrere Studien geben jedoch an, dass trotz einer fast identischen Anzahl an durchschnittlichem Gesamtbedarf, die Einschätzungen in den einzelnen Bereichen abweichen (Cleary et al., 2006; Macpherson et al., 2003; Wiersma et al., 1998).

Wie auch das Geschlecht und die Bereuungsintensität scheint die Dauer der Erkrankung kein Indikator für die Anzahl oder Art der Bedarfsbereiche zu haben. Dies wurde auch von Wiersma et al. (1998) bestätigt, die eine Personengruppe 15 und 17 Jahre nach Krankheitsbeginn untersuchten. Es zeigte sich keine Stabilität in den Bedarfsbereichen. Der chronische Charakter der Erkrankung führt zu einem stetigen Prozess des Erscheinens und

Verschwindens des Bedarfs, so die Autoren. Dies spricht für eine regelmäßige Bedarfserhebung, Pflegeplanung und -evaluation, wodurch die aktuellen Probleme in den Bereiche identifiziert und vermindert werden könnten.

Im Hinblick auf die Häufigkeit der Nennung „unbekannt“ in den Bereichen zeigt sich, dass viele Pflegenden vor allem im Bereich Sexualität (25%) keine Angaben über den Bedarf ihrer Klienten machen konnten. Häufiger als in der vorliegenden Untersuchung gaben die von Slade et al. (1998) befragten Betreuungspersonen die Antwort „unbekannt“ in diesem Bereich. Die unbekannt Antworten machten 37% aller Nennungen aus. Aufgrund dieses hohen Anteils wurden alle Nennungen von „unbekannt“ als „kein Problem“ gewertet. Gründe für die häufige Unkenntnis des Bereichs *Sexualität* könnten eventuell in der Dauer der Behandlung gefunden werden. Es ist offensichtlich, dass Sexualität in der heutigen Zeit immer noch häufig als ein Tabuthema wahrgenommen wird, das erst nach dem Aufbau einer Beziehung angesprochen werden kann. Grundsätzlich sollte das Ansprechen eines intimen Themas zwischen Pflegenden und Klienten kein Problem darstellen, da die Pflege sich auf die Problembereiche des Klienten ausrichten sollte. Falls die Sexualität ein ernstes Problem im Leben des Betroffenen darstellt, sollte dies auch von den Pflegenden erkannt werden.

Ein generelles Risiko der Unterversorgung lässt sich anhand der Daten nicht feststellen. In jenen Bereichen, in denen häufig ein ungedeckter Bedarf identifiziert wurde (vor allem *soziale Kontakte, seelischer Druck* und *Partnerschaft*), besteht jedoch entsprechender Verdacht. Das könnten Bereiche sein, in denen den Pflegenden kein genügendes Repertoire an quantifizierbaren und formellen Interventionen zur Verfügung steht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass trotz der relativ geringen Anzahl an Befragungen und der daraus resultierenden wenigen signifikanten Unterschieden, durch die Resultate einige Erkenntnisse über die Klienten und ihren Versorgungsbedarf gewonnen werden konnten.

Die Bedarfseinschätzung mit dem CANSAS nimmt nur wenige Minuten in Anspruch und liefert einen guten Überblick über die Lebensbereiche der Betroffenen. Häufig könnten mit einem solchen Instrument auch Bereiche abgedeckt werden, die die Pflegeperson mit seinem Klienten noch nicht behandelt hat. Sinnvoll wäre zudem die regelmäßige Einschätzung des Versorgungsbedarfs im Pflegealltag, um Veränderungen feststellen zu können. In weiterer Folge könnte der Versorgungsbedarf unter Umständen auch einen Indikator für die Qualität der Pflege darstellen. Zudem stellt eine systematische Erhebung des Versorgungsbedarfs eine geeignete Grundlage für die Entwicklung von lokalen psychiatrischen Diensten in der

betroffenen Bevölkerung dar. Dadurch könnten die psychiatrischen Dienste speziell in Hinblick auf die ungedeckten Versorgungsbereiche entwickelt werden (Thornicroft et al., 1996).

7.2 *Diskussion der Methode*

7.2.1 Interne Validität

7.2.1.1 Soziodemographischer Fragebogen

Der soziodemographische Fragebogen war gut konzipiert. Er bot einen umfassenden Überblick über die soziale Situation, Krankengeschichte sowie die aktuelle Behandlung der Klienten. Eine unter Umständen relevante Information, die nicht erhoben wurde war die Dauer der Behandlung. Diese sollte in weiterführenden Studien ebenfalls in die Erhebung mit einbezogen werden.

Die Überlegung, den soziodemographischen Fragebogen den Pflegenden schon vor dem Treffen mit den Klienten zuzuschicken war gut und wurde von allen Pflegekräften als positiv empfunden. In fast allen Fällen wurde er ausgefüllt zum Treffen mitgenommen. Schwierigkeiten ergaben sich häufig bei der Beantwortung der Fragen zur Krankengeschichte der Klienten. Nur vereinzelt konnten die Pflegenden die Antworten zur psychiatrischen Vorgeschichte der Betroffenen geben. Wenn dies nicht der Fall war wurden die Fragen im Anschluss an die Befragung zum CANSAS den Klienten selber gestellt. Demzufolge beruhen diese Angaben fast ausschließlich auf jenen der Klienten. Dieser Teil des soziodemographischen Bogens hätte von vornherein der Befragung der Klienten angeschlossen werden sollen.

7.2.1.2 Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS)

Das CANSAS stellte ein geeignetes Instrument zur Bedarfserhebung im Rahmen dieser Studie dar. Seitens der Pflegenden und auch in den Gesprächen mit den Klienten wurden die positiven Aspekte des Instruments betont. Es wurde als sehr verständlich und einfach zum Ausfüllen bezeichnet. Die Klienten hatten nur vereinzelt Schwierigkeiten auf einige Bereiche einzugehen. Im Allgemeinen wurden die Fragen als nicht aufdringlich, nicht zu persönlich oder zu tiefgreifend bezeichnet. Aus diesem Grund war in fast allen Fällen ein reibungsloses

Gespräch mit den Klienten möglich. Nur vereinzelt wollten die Befragten keine Auskunft über die *Sexualität* geben, da sie diese Frage als zu persönlich und intim empfanden.

Erklärungsbedarf gab es häufig im Bereich *soziale Leistungen*, wo den Klienten häufig unklar war, was mit dem Begriff gemeint war. In solchen Fällen wurde ein kurzes Beispiel von den Interviewerinnen genannt.

Eine Stärke der Studie stellt die Erhebung des Versorgungsbedarfs aus der Klientensicht dar. Wie von vielen Autoren als notwendig erachtet, wurden auch in dieser Studie die Klienten befragt. Alle Interviews wurden von den gleichen zwei Interviewerinnen durchgeführt, wodurch Verzerrungen der Ergebnisse durch eine Vielzahl an Befragern minimiert werden konnten. Zudem konnte eine Beeinflussung der Antworten durch die getrennte Befragung der Klienten und ihrer Pflegepersonen vermieden werden. Auch durch die Versicherung der Anonymität und der Geheimhaltung der Antworten gegenüber den Pflegenden konnte die Authentizität der Klientenantworten überwiegend gewahrt werden. Ob die Klienten jedoch die Fragen wahrheitsgemäß beantworteten, kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden.

Durch die geschulten Interviewerinnen und die kurze Erklärung des Instruments, die die Pflegenden erhielten, wurde sichergestellt, dass die Bereiche richtig interpretiert wurden. Trotz diesen kurzen Erklärungen können Ungleichheiten in den Bewertungen der Pflegenden nicht ausgeschlossen werden. Zum Beispiel ist es möglich, dass manche Pflegenden bei Bereichen, bei denen die Antwortmöglichkeiten nicht völlig auf die Situation des Klienten zutreffend waren beziehungsweise sie sich nicht entscheiden konnten, zu einer bestimmten Antwort tendierten. Andere Pflegepersonen hätten vielleicht eine andere Tendenz gehabt und bei gleicher Sachlage eine unterschiedliche Antwort gegeben. Solche Beantwortungstendenzen wurden auch bei Hansson (2001), Slade (1998) und Slade (1996) genannt. In der Studie von Slade (1996) wurde ein solches Verhalten bei der Einschätzung von „unbekannt“ angenommen. Sie vermuteten, dass manche Betreuungspersonen bei Nicht-Wissen „unbekannt“ und manche „kein Problem“ angaben. Aus diesem Grund wurden für die statistische Auswertung jene Bereiche die mit 9 (unbekannt) angegeben wurden, als 0 (kein Problem) umkodiert. Eine solche Datenzusammenfassung wurde bei der vorliegenden Untersuchung vermieden, um mögliche relevante Informationen über Bereiche in denen häufig „unbekannt“ angegeben wurde, zu bewahren.

Eine Einschränkung, die das Erhebungsinstrument CANSAS mit sich bringt ist, dass alle Bereiche gleich bewertet werden. Qualitative und eventuell relevante Unterschiede in der Bedeutsamkeit zwischen den Bedarfsbereichen werden vernachlässigt. Zum Beispiel werden die Bereiche *Wohnsituation*, *Ernährung* und *Verkehrsmittel* statistisch gleich bewertet mit *soziale Kontakte* oder *seelischer Druck*, wobei die letzteren für den Klienten unter Umständen Priorität haben. Idealerweise würde ein Instrument zur Bedarfserhebung auch die Bedarfsprioritäten für die einzelnen Personen erheben, so dass sich die Pflege und Betreuung nach diesen richten kann.

Zudem gibt es, wie im Kapitel 3.1 ausführlich behandelt, keine einheitliche Definition von *Bedarf*. Es besteht durchaus die Möglichkeit, dass andere Autoren ein anderes Verständnis darüber hatten, was unter Bedarf zu verstehen ist. Diese Tatsache schränkt die Vergleichsmöglichkeit mit anderen Studien ein. Außerdem besitzt Bedarf einen veränderbaren Charakter, der von der Situation des Befragten abhängig ist. Ein standardisiertes Instrument wie das CANSAS kann dieser Entwicklung kaum gerecht werden. Der Forscher muss sich daher im Klaren sein, dass die Ergebnisse nur eine Momentaufnahme des Versorgungsbedarfs darstellen und eine Befragung zu einem anderen Zeitpunkt möglicherweise gänzlich unterschiedliche Ergebnisse liefern würde.

Hinsichtlich der Auswertung und Interpretation der Summenwerte und des durchschnittlichen Bedarfs muss folgendes beachtet werden: Summenwerte lassen grundsätzlich keine Rückschlüsse auf die wirkliche Verteilung der Antworten zu. Sie können zwar zeigen, wie viele Personen in welchen Bereichen einen Bedarf aufweisen, aber ob die Angaben der Betreuer und Klienten übereinstimmen, können sie nicht verdeutlichen. Um diese Unterschiede darzustellen ist eine detaillierte Betrachtung der Bereiche notwendig. Die könnte beispielsweise im Rahmen einer weiterführenden Arbeit geschehen, welche eine genauere Analyse der Daten beinhaltet.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Studie eine gute interne Validität aufweist. Viele Störfaktoren, die die Antworten beeinflusst hätten, konnten durch die persönliche Befragung der Klienten und die kurze Erklärung des Instruments durch die Studienmitarbeiterinnen ausgeschaltet werden. Trotzdem können individuelle Unterschiede im Antwortverhalten der Pflegepersonen nicht ganz ausgeschlossen werden, ebenso wenig die Möglichkeit, dass die Klienten nicht immer wahrheitsgemäß auf die Fragen antworteten.

7.2.2 Externe Validität

Für eine Beurteilung der Repräsentativität der durchgeführten Studie werden die Stärken und Schwächen der Untersuchung im Folgenden aufgeführt.

In Bezug auf die Stichprobenauswahl ist zu betonen, dass sie aufgrund von Limitationen, zum Beispiel Beschränkung der befragten Klientenanzahl pro Pflegenden (weitere siehe Kapitel 5.3.1), nicht als reine disproportional geschichtete Zufallsauswahl betrachtet werden kann.

Die zu untersuchende Grundgesamtheit umfasste Elemente, die zwei Ebenen angehörten. Es sollten Aussagen über die Klienten und Aussagen über Klienten nach Zugehörigkeit zu ihrer Pflegeperson gemacht werden. Im Idealfall sollte in solchen Fällen für beide Ebenen eine Zufallsstichprobe gezogen werden. Das heißt, zuerst müsste eine Zufallsauswahl aller in der ambulanten psychiatrischen Pflege tätigen Pflegepersonen gemacht und in weiterer Folge alle ihre Klienten befragt (Klumpenstichprobe) oder eine Stichprobe dieser untersucht werden (Friedrichs, 1980). Beide Varianten waren aufgrund der umfangreichen Fragebögen und der relativ kleinen Grundgesamtheit nicht möglich. Es mussten Einschränkungen vorgenommen werden, um den Zeitaufwand für die Beteiligten zu minimieren. Diese Einschränkungen haben einen Einfluss auf die Repräsentativität der Studie. Diese wird zudem auch von der Tatsache, dass der Zugang zu den Klienten von der Teilnahme der Pflegepersonen abhängig war, beeinflusst. Die Pflegepersonen mussten ihre Zustimmung für die Teilnahme geben. Aus diesem Grund können die Ergebnisse nur für jene Klienten gelten, deren Pflegepersonen jene Faktoren aufweisen, die die Bereitschaft zu einer Studienteilnahme begünstigen: zum Beispiel eine Bereitschaft zur Zusammenarbeit und die notwendigen (zeitlichen) Ressourcen.

Eine weitere Limitation der Methode stellt der Mangel an Kontrolle bei der Anfrage der Klienten dar. Die Pflegepersonen stellten den Kontakt zu ihren Klienten her und das Studienteam hatte keinerlei Kontrolle darüber, wie und ob die Klienten tatsächlich angefragt worden sind. Es sind mögliche Manipulationen seitens der Pflegekräfte denkbar: eine Nicht-Anfrage beispielsweise aufgrund eines schlechten Zustands der Klienten oder der Überzeugung der Pflegenden, dass ihr Klient ohnehin nicht zustimmen würde. Dieser Kontrollmangel wurde in Kauf genommen, da die Vermutung bestand, dass durch eine Anfrage von den Pflegepersonen die Klienten eher ihre Zustimmung zur Teilnahme geben, als bei einer Kontaktierung durch fremde Personen.

Der Kontrollmangel bei den Studienanfragen und die Annahme, dass Personen in einer psychischen Krise tendenziell häufiger einer Studienteilnahme ablehnen, lassen darauf schließen, dass die befragten Klienten zum Zeitpunkt der Befragung in einem verhältnismäßig guten psychischen Zustand waren. Aus diesem Grund besteht die Möglichkeit, dass die soziodemographischen Ergebnisse nicht ganz der tatsächlichen Verteilung der Merkmale in der Grundgesamtheit entsprechen. Auch die Ergebnisse des CANSAS wären möglicherweise etwas, wenn auch jene Klienten eingeschlossen worden wären, die einer Teilnahme nicht zustimmten. Solche Limitationen gibt es allerdings bei den meisten auf freiwilliger Zustimmung basierenden Studien.

Positiv wird die externe Validität der Studie durch die guten psychometrischen Eigenschaften des CANSAS beeinflusst. Sowohl die Validitäts- als auch Reliabilitätsanalyse ergaben zufriedenstellende Werte (siehe auch Kapitel 3.3.1.2 und 3.3.2.2).

Abschließend lässt sich sagen, dass aufgrund der Limitation, die bei der Stichprobenziehung und Studienanfrage aufgetreten sind, die Daten nur mit Vorsicht auf die Grundgesamtheit der Klienten der freiberuflichen Pflegenden im Kanton Bern verallgemeinert werden dürfen. Jedoch wurden erstmalig systematische, quantitative Daten erhoben, die einen Vergleich mit ähnlichen Populationen zulassen.

8. Schlussfolgerung und Ausblick

Aus den Resultaten der Studie werden folgende Schlussfolgerungen gezogen:

- Die methodische Vorgehensweise wurde unter Berücksichtigung der Anforderungen der Erhebung und des damit verbundenen Zeitaufwandes gewählt. Trotz der daraus resultierenden Limitationen bietet die durchgeführte Studie einen guten Überblick über die Charakteristika und den Versorgungsbedarf der Klienten. Aufgrund der relativ niedrigen Anzahl an Befragungen und den methodischen Limitationen bestehen gewisse Unsicherheiten im Hinblick auf die Repräsentativität der Studie.
- Das Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS) stellt ein angemessenes Instrument zur Erhebung des Versorgungsbedarfs dar. Aufgrund seiner einfachen, klaren Strukturierung und den kurzen benötigten Zeitaufwand könnte er auch in der Routinearbeit mit psychisch Kranken eingesetzt werden.
- Unterschiede zwischen den soziodemographischen Charakteristika der befragten Klienten aus dem Kanton Bern und den vergleichbaren Populationen aus dem Ausland zeigen sich in der Geschlechterverteilung und den Diagnosen. Im Kanton Bern wurden hauptsächlich Frauen befragt und die häufigsten Diagnosen waren affektive Störungen. In ausländischen Erhebungen war der Anteil an Männern höher beziehungsweise die Geschlechterverteilung ausgeglichen und es wurde zu einem großen Teil Klienten mit einer schizophrenen Erkrankung betreut. Aufgrund von mangelnden systematisch erhobenen Daten aus der Schweiz und deutschsprachigen Ländern konnten keine weiteren Vergleiche gemacht werden.
- In Anbetracht der kleinen Stichprobe konnten keine relevanten Unterschiede zwischen den soziodemographischen Charakteristika und dem Versorgungsbedarf gefunden werden.
- Die Klienten der Freiberuflichen weisen vor allem in den Bereichen *seelischer Druck*, *soziale Kontakte* und *Partnerschaft* ernste Probleme auf. In diesen Bereichen sollte die Pflege mit der Pflegeplanung und Zielsetzung ansetzen, um eine etwaige Unterversorgung der Klienten zu vermeiden oder ihr entgegenzuwirken.
- In mehreren Bereichen konnten nur geringe bis mittlere Übereinstimmungen zwischen den Bewertungen der Pflegenden und der Klienten gefunden werden. Die Berücksichtigung der Betroffenenperspektive und deren Einbezug in die therapeutische Planung sind erforderlich.

Aus den erhobenen Daten ist in verschiedener Hinsicht ein Nutzen zu erwarten:

- Durch diese Studie konnten erstmals Informationen über die Klienten der freiberuflich tätigen ambulanten psychiatrischen Pflegekräfte gewonnen werden. Auf Basis dieser Ergebnisse können weiter quantitative und qualitative Untersuchungen initiiert werden. Die Resultate können als Grundlage zur Entwicklung spezialisierter Ausbildungsprogramme für die freiberuflichen Pflegenden dienen. Die Pflegepraxis könnte dadurch verbessert und die Arbeit der Freiberuflichen transparenter gemacht werden.
- Die durchgeführte Studie stellt für der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung in sofern einen Nutzen dar, da die praktische Anwendung eines im englischsprachigen Raum häufig verwendeten Instruments aufgezeigt wurde. Das verwendete CANSAS erwies sich als geeignet für die Bedarfserhebung im ambulanten Bereich in der Deutschschweiz.

Aufgrund der im Rahmen dieser Untersuchung gewonnen Informationen und Erkenntnisse können folgende Empfehlungen gemacht werden:

- Das CANSAS sollte routinemäßig im Alltag der ambulanten psychiatrischen Pflege gebraucht werden, um Veränderungen in den Bedarfsbereichen wahrzunehmen und dementsprechend Zielsetzungen zu formulieren.
- Die identifizierten Bedarfsbereiche in Zusammenarbeit mit dem Klienten sind nach Prioritäten ordnen, um qualitative Unterschiede zwischen den Bereichen zu erfassen.
- Der Einbezug der Betroffenen in die Pflege ist durch die Erfassung des Bedarfs aus seiner Sichtweise zu stärken.
- Die Entwicklung von an die diagnostischen und altersbezogenen Merkmale der Klienten angepassten Aus- und Weiterbildungsprogrammen ist ratsam.
- Weitere Studien mit dem CANSAS aus anderen Regionen der Schweiz sind nötig, um Daten für Vergleiche zu erhalten.
- Ein Vergleich der Ergebnisse der Bedarfserhebung mit anderen psychiatrischen Diensten erscheint sinnvoll, um die Qualität und Wirksamkeit der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege festzustellen.

Literaturverzeichnis

- Abderhalden, C., Hahn, S., Hantikainen, V., Rabenschlag, F., & Sprenger, R. (2008). Forschungsprioritäten für die Pflege in der Psychiatrie. *Pflege*, 21(6), 453-477.
- Abderhalden, C., Hegedüs, A., & Schmidinger, S. (2009). *Auswertung der Befragung über die freiberufliche psychiatrische Pflege im Kanton Bern. Unveröffentlichtes Manuskript*. Bern: Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. G. (2000). Interrater reliability of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule. *Aust N Z J Psychiatry*, 34(5), 856-861.
- Arvidsson, H. (2001). Needs assessed by patients and staff in a Swedish sample of severely mentally ill subjects. *Nord J Psychiatry*, 55(5), 311-317.
- Arvidsson, H. (2003). Test-retest reliability of the Camberwell Assessment of Need (CAN). *Nord J Psychiatry*, 57(4), 279-283.
- BAPP. (2003). Tätigkeitsinhalte der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP). Retrieved 24.07.2009, from <http://www.bapp.info/texte/taetigkeiten.pdf>
- BAPP. (2008). Was ist psychiatrische Pflege, was APP? Retrieved 07.08.2009, from <http://www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf>
- Barr, W. (2000). Characteristics of severely mentally ill patients in and out of contact with community mental health services. *J Adv Nurs*, 31(5), 1189-1198.
- Becker, T. (1998). *Gemeindepsychiatrie: Entwicklungsstand in England und Implikationen für Deutschland*. Stuttgart: Thieme.
- Becker, T., Knapp, M., Chisholm, D., McCrone, P., Knudsen, H. C., Schene, A., et al. (2002). Die EPSILON-Studie: Versorgung von Patienten mit Schizophrenie in fünf europäischen Zentren *Journal of Public Health*, 10(1), 72-94.
- Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus. (2005-2009). Brockhaus Enzyklopädie Online. Retrieved 30.4.2009, from <http://www.brockhaus-encyklopaedie.de/>
- Bosshart, R. (2009). Ambulante psychiatrische Pflege - was ist das? Retrieved 12.3.2009, from <http://www.vapp.ch/>
- Bradshaw, J. (1972). A taxonomy of social need. In G. McLachlan (Ed.), *Problems and progress in medical care. Essays on current Research* (pp. 71-82). London: Oxford University Press.
- Ciampi, L. (1995). Sozialpsychiatrie heute - was ist das? Versuch einer Klärung. In A. Finzen & U. Hoffmann-Richter (Eds.), *Was ist Sozialpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Cleary, M., Freeman, A., Hunt, G. E., & Walter, G. (2006). Patient and carer perceptions of need and associations with care-giving burden in an integrated adult mental health service. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(3), 208-214.
- Foldemo, A., & Bogren, L. (2002). Need assessment and quality of life in outpatients with schizophrenia: a 5-year follow-up study. *Scand J Caring Sci*, 16(4), 393-398.
- Foldemo, A., Ek, A. C., & Bogren, L. (2004). Needs in outpatients with schizophrenia, assessed by the patients themselves and their parents and staff. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(5), 381-385.
- Friedrichs, J. (1980). *Methoden empirischer Sozialforschung* (14 ed.). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gesundheitsgesetz des Kantons Bern. (2001). Bern: Bernische Gesetzessammlung.
- Gwet, K. (2002). Kappa Statistic is not Satisfactory for Assessing the Extent of Agreement Between Raters [Electronic Version]. *Statistical Methods For Inter-Rater Reliability Assessment*. Retrieved 15.07.2009, from http://www.stataxis.com/files/articles/kappa_statistic_is_not_satisfactory.pdf
- Häcker, H., & Stapf, K.-H. (Eds.). (2004). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (Vol. 14). Bern: Hans Huber.
- Hansson, L., Vinding, H. R., Mackeprang, T., Sourander, A., Werdelin, G., Bengtsson-Tops, A., et al. (2001). Comparison of key worker and patient assessment of needs in schizophrenic patients living in the community: a Nordic multicentre study. *Acta Psychiatr Scand*, 103(1), 45-51.
- Heinze, M., & Priebe, S. (1995). Zum Bedürfnisbegriff in der psychiatrischen Forschung. *Fundamenta Psychiatrica*, 9, 52-60.
- Holzkamp-Osterkamp, U. (1976). *Grundlagen der psychologischen Motivationsforschung 2. die Besonderheit menschlicher Bedürfnisse - Problematik und Erkenntnisgehalt der Psychoanalyse*. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (Bogen D1). Leitfaden zur Erhebung der sozialen und beruflichen Situation und Biographie. (2005). In Aktion Psychisch Kranke (Ed.), *Der Personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Issakidis, C., & Teesson, M. (1999). Measurement of need for care: a trial of the Camberwell Assessment of Need and the Health of the Nation Outcome Scales. *Aust N Z J Psychiatry*, 33(5), 754-759.

- Kallert, T. W. (2000). *Versorgungsbedarf und subjektive Sichtweisen schizophrener Patienten in gemeindepsychiatrischer Betreuung - Evaluationsstudie im Jahr nach Klinikentlassung in der Region Dresden*. Darmstadt: Steinkopff.
- Kaplenig, H., & Gruber, C. (2008). Zwanzig Jahre Psychosozialer Pflegedienst - Von einer Idee zur flächendeckenden extramuralen Versorgung. 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. 158-164): IBICURA.
- Katschnig, H., Ladinser, E., Scherer, M., Sonneck, G., & Wancata, J. (2001). Österreichischer Psychiatriebericht – Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung, Teil 1 (Publication. Retrieved 24.07.2009, from Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie: http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/8/5/0/CH0963/CMS1038920009809/psychiatriebericht_teil_11.pdf)
- Kilian, R. (2009a). Persönliche Mitteilung; E-Mail vom 11.05.2009 an A. Hegedüs.
- Kilian, R. (2009b). Persönliche Mitteilung; E-Mail vom 16.09.2009 an A. Hegedüs.
- Kilian, R., Bernert, S., Matschinger, H., Mory, C., Roick, C., & Angermeyer, M. C. (2001). Die standardisierte Erfassung des Behandlungs- und Unterstützungsbedarfs bei schweren psychischen Erkrankungen. Entwicklung und Erprobung der deutschsprachigen Version des Camberwell Assessment of Need-EU. *Psychiatr Prax*, 28 Suppl 2, S79-83.
- Kilian, R., Matschinger, H., Bernert, S., Mory, C., Roick, C., & Angermeyer, M. C. (2000). *Manual zum Camberwell Assessment of Need- European Version (CAN-EU)*: Universität Leipzig.
- King's College London Institute of Psychiatry (2008). Camberwell Assessment of Need (CAN). Retrieved 08.05.2009, from <http://www.iop.kcl.ac.uk/virtual/?path=hsr/prism/can/>
- Korkeila, J., Heikkilä, J., Hansson, L., Sorgaard, K. W., Vahlberg, T., & Karlsson, H. (2005). Structure of needs among persons with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40(3), 233-239.
- Kühne-Ponesch, S. (2004). *Modelle und Theorien in der Pflege*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.

- Langenscheidt. (2005). *Handwörterbuch Englisch*. Berlin, München.
- Lasalvia, A., Ruggeri, M., Mazzi, M. A., & Dall'Agnola, R. B. (2000). The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 3. *Acta Psychiatr Scand*, 102(5), 366-375.
- Lockwood, A., & Marshall, M. (1999). Can a standardized needs assessment be used to improve the care of people with severe mental disorders? A pilot study of 'needs feedback'. *Journal of Advances Nursing*, 30(6), 1408-1415.
- Lüthi, U. (2008). Die Zukunft gehört der ambulanten Psychiatriepflege. *Krankenpflege*(4), 10-13.
- MacPherson, R., Gregory, N., Slade, M., & Foy, C. (2007). Factors associated with changing patient needs in an assertive outreach team. *Int J Soc Psychiatry*, 53(5), 389-396.
- Macpherson, R., Varah, M., Summerfield, L., Foy, C., & Slade, M. (2003). Staff and patient assessments of need in an epidemiologically representative sample of patients with psychosis--staff and patient assessments of need. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38(11), 662-667.
- Mayer, H., Nonn, C., Osterbrink, J., & Evers, G. C. (2004). [Quality criteria of assessment scales--Cohen's kappa as measure of interrator reliability (1)]. *Pflege*, 17(1), 36-46.
- McCardle, J., Parahoo, K., & McKenna, H. (2007). A national survey of community psychiatric nurses and their client care activities in Ireland. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(2), 179-188.
- McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A., Knudsen, H. C., Vazquez-Barquero, J. L., et al. (2001). A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON Study. *Acta Psychiatr Scand*, 103(5), 370-379.
- Middelboe, T., Mackeprang, T., Hansson, L., Werdelin, G., Karlsson, H., Bjarnason, O., et al. (2001). The Nordic Study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help. *Eur Psychiatry*, 16(4), 207-214.
- Mossig, I. (1996). *Stichproben, Stichprobenauswahlverfahren und Berechnung des minimal erforderlichen Stichprobenumfangs*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Najim, H., & McCrone, P. (2005). The Camberwell Assessment of Need: comparison of assessments by staff and patients in an inner-city and a semi-rural community area. *Psychiatric Bulletin*(29), 13-17.
- Ochoa, S., Haro, J. M., Usall, J., Autonell, J., Vicens, E., & Asensio, F. (2005). Needs and its relation to symptom dimensions in a sample of outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 75(1), 129-134.

- Peukert, R. (2005). Einführung in die Gemeindepsychiatrie. In Aktion Psychisch Kranke (Ed.), *Der Personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem* (Vol. 5). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., et al. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry*, 167(5), 589-595.
- Powers, P. (1999). Bedürfnis/Bedarf. In I. Kollak & S. K. Hesook (Eds.), *Pflegetheoretische Grundbegriffe* (pp. 35-54). Bern: Huber.
- Richter, D., & Hahn, S. (2009). [Formal and informal tasks of community psychiatric nursing: A meta-synthesis]. *Pflege*, 22(2), 129-142.
- Sauter, D. (2006). Geschichte. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Eds.), *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (pp. 142-164): Verlag Hans Huber.
- SBK - ASI. (2008a). Qualitätsprogramm für freiberuflich tätige Pflegefachpersonen. Retrieved 31.07.2009, from <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/4pflege/PDF/Qualit%C3%A4tsvertrag%20Freib.pdf>
- SBK - ASI. (2008b). Wegleitung zur freiberuflichen Tätigkeit als Pflegefachfrau / Pflegefachmann nach KVG. Retrieved 22.07.2009, from <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/8dokumente/freiberufliche/Wegleitung-d.pdf>
- Schaeffer, D., Moers, M., & Steppe, H. (1997). Pflegewissenschaft - Entwicklungsstand und Perspektiven einer neuen Disziplin. In D. Schaeffer, M. Moers, H. Steppe & A. Meleis (Eds.), *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern: Hans Huber.
- Schori, E., Kersten, B., & Abderhalden, C. (2006). Wie reliabel ist der Fragebogen zur Analyse der Pflegedokumentation (IzEP-Dok©) im Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP©? Unveröffentlichtes Manuskript.
- Schulz, M., & Behrens, J. (2005). Die Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Pflege in Grossbritannien. *PRINTERNET*, 07-08.
- Schweizerische Eidgenossenschaft. Kennzahlen. Retrieved 19.06.2009, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/regionalportraits/bern/blank/kennzahlen.html>
- Slade, M. (1994). Needs assessment. Involvement of staff and users will help to meet needs. *Br J Psychiatry*, 165(3), 293-296.

- Slade, M., Phelan, M., & Thornicroft, G. (1998). A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Psychol Med*, 28(3), 543-550.
- Slade, M., Phelan, M., Thornicroft, G., & Parkman, S. (1996). The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 31(3-4), 109-113.
- Spitex Bern. Mind Care - eine verlässliche Stütze in schwierigen Zeiten. Retrieved 22.07.2009, from <http://www.spitex-bern.ch/angebote/mindcare.html>
- Spitex Verband Schweiz. Das ist Spitex. Retrieved 25.07.2009, from <http://www.spitex.ch/index.cfm/CFAD1211-C8F4-6C92-5B52FD8119D11097&cfid=1547156&cftxt=314049bbec4e75-B2C86870-C1FE-565C-A3708134159BA051/>
- Stevens, A., & Gabbay, J. (1991). Needs assessment needs assessment. *Health Trends*, 23(1), 20-23.
- 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.
- Thornicroft, G., Phelan, M., & Strathdee, G. (1996). Needs Assessment. In H. C. Knudsen & G. Thornicroft (Eds.), *Mental health service evaluation* (pp. 317-340). Cambridge: Ambridge University Press.
- Weltgesundheitsorganisation. (2006). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10* (Vol. 3). Bern: Hans Huber.
- White, E. (1999). The 4th quinquennial national community mental health nursing census of England and Wales. *Aust N Z J Ment Health Nurs*, 8(3), 86-92.
- Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Giel, R., & Sloof, C. J. (1998). Stability and change in needs of patients with schizophrenic disorders: a 15- and 17-year follow-up from first onset of psychosis, and a comparison between 'objective' and 'subjective' assessments of needs for care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 49-56.
- Wingenfeld, K. (2003). Pflegebedarf, Pflegebedürftigkeit und pflegerische Leistungen in einzelnen Handlungsfeldern. In B. Rennen-Allhoff & D. Schaeffer (Eds.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (pp. 339-362). Weinheim, München: Juventa.

- 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.
- Zechmeister, I. (2002). Perspektiven für eine ‚dynamische Versorgungsplanung‘ für den ausserstationären psychiatrischen Bereich in Oberösterreich. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Zechmeister, I., & Osterle, A. (2004). ["Suddenly, no more money was left". The role of financing in the Austrian mental health care reform]. *Psychiatr Prax*, 31(4), 184-191.
- Zinkler, M. (2006). Psychiatrische Fachpflege und gemeindepsychiatrische Versorgung am Beispiel London. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 156(03-04), 118-121.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ambulante psychiatrische Versorgung im Kanton Bern	13
Abbildung 2: Zuweisende der APP (Abderhalden et al., 2009).....	15
Abbildung 3: Bedarf, Angebot und Nachfrage: Einflüsse und Überlappungen (Stevens & Gabbay, 1991, S.21)	21
Abbildung 4: Lebensform	53
Abbildung 5: Bedeutsame soziale Kontakte (Mehrfachantworten).....	54
Abbildung 6: Hauptdiagnose nach ICD-10.....	56

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Durchschnittlicher Versorgungsbedarf in Maidstone und Camberwell (Najim & McCrone, 2005).....	34
Tabelle 2: Adjustierter durchschnittlicher Versorgungsbedarf in den Zentren (McCrone et al., 2001).....	36
Tabelle 3: Durchschnittlicher Versorgungsbedarf aus Sicht der Benutzer und Mitarbeiter.....	38
Tabelle 4: Schichtungsgruppen.....	46
Tabelle 5: Verlauf der Studienanfrage.....	51
Tabelle 6: Schichtungsgruppen der Befragung	52
Tabelle 7: Altersgruppen.....	52
Tabelle 8: Zusammenfassung psychiatrische Krankengeschichte.....	57
Tabelle 9: Betreuungsintensität durch die freiberufliche psychiatrische Pflege	58
Tabelle 10: Betreuungsintensität in Gruppen.....	58
Tabelle 11: (durchschnittliche) Anzahl der Bedarfsbereiche.....	59
Tabelle 12: Pflegende: Bereiche und Versorgungsbedarf	60
Tabelle 13: Klienten: Bereiche und Versorgungsbedarf	61
Tabelle 14: Verhältnis von ungedecktem zu Gesamtbedarf, Angaben in %	62
Tabelle 15: Klient: Ungedeckter Bedarf nach Geschlecht.....	64
Tabelle 16: Übereinstimmung der Einschätzungen von Klienten und Pflegenden	66
Tabelle 17: Interpretation der AC1-Werte (Schori, Kersten, & Abderhalden, 2006)	67

Anhang A: ICD-10-Klassifikation Kapitel V

(Weltgesundheitsorganisation, 2006)

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F00	Demenz bei Alzheimer-Krankheit
F01	Vaskuläre Demenz
F02	Demenz bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt
F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F09	Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung

F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F10	Störungen durch Alkohol
F11	Störungen durch Opioide
F12	Störungen durch Cannabinoide
F13	Störungen durch Sedativa oder Hypnotika
F14	Störungen durch Kokain
F15	Störungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
F16	Störungen durch Halluzinogene
F17	Störungen durch Tabak
F18	Störungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F20	Schizophrenie
F21	Schizotype Störung
F22	Anhaltende wahnhaftige Störungen
F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen
F24	Induzierte wahnhaftige Störung
F25	Schizoaffektive Störungen
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

F3	Affektive Störungen
F30	Manische Episode
F31	Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störung
F34	Anhaltende affektive Störungen
F38	Andere affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F40	Phobische Störungen
F41	Andere Angststörungen
F42	Zwangsstörung
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F44	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
F45	Somatoforme Störungen
F48	Andere neurotische Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F50	Essstörungen
F51	Nichtorganische Schlafstörungen
F52	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
F53	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
F54	Psychische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten
F55	Schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F62	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F64	Störungen der Geschlechtsidentität
F65	Störungen der Sexualpräferenz
F66	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F68	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung bei Erwachsenen
F7	Intelligenzminderung

- F70 Leichte Intelligenzminderung
- F71 Mittelgradige Intelligenzminderung
- F72 Schwere Intelligenzminderung
- F73 Schwerste Intelligenzminderung
- F74 Dissoziierte Intelligenz
- F78 Sonstige Intelligenzminderung
- F79 Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung

F8 Entwicklungsstörungen

- F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
- F81 Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
- F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
- F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- F88 Sonstige Entwicklungsstörungen
- F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung

F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

- F90 Hyperkinetische Störungen
- F91 Störungen des Sozialverhaltens
- F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- F93 Emotionale Störungen des Kindesalters
- F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F95 Ticstörungen
- F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Anhang B: Fragebogenkatalog

FREIBERUFLICHE AMBULANTE PSYCHIATRISCHE PFLEGE

ERHEBUNG DER SOZIALEN SITUATION UND DER BIOGRAFIE

Studiennummer: _____

Initialen KlientIn: _____

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

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)

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 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

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 (Monat)
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Tranquilizer (z.B. Temesta)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Stimmungsstabilisatoren (z.B. Lithium)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
komplementärmedizinische Medikamente (z.B. homöopathische, pflanzliche)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

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 Hämö- 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: _____

Versorgungsbedarf (Instrument: CANSAS)

Der Bewertungszeitraum bezieht sich auf die letzten 4 Wochen der Behandlung.

1. Wohnsituation

HAT DIE PERSON GEGENWÄRTIG KEINE WOHNUNG/UNTERKUNFT?

(Bitte kreuzen sie das zutreffende Kästchen an (nur eine Auswahl pro Frage))

- 0 kein Problem z.B. die Person hat ein angemessenes Zuhause (auch wenn z. Zt. im Spital)
- 1 kein/geringes Problem, z.B. die Person lebt in einer leicht betreuten Wohneinrichtung
weil Hilfe geleistet
wird
- 2 ernstes Problem z.B. die Person hat keine Unterkunft, lebt unter unzumutbaren
Bedingungen oder in der Wohnung fehlt es am nötigsten Komfort (kein
Wasser, Strom,...)
- 9 unbekannt

2. Ernährung

HAT DIE PERSON PROBLEME SICH AUSREICHEND ZU ERNÄHREN?

- 0 kein Problem
- 1 kein/geringes Problem, z.B. nicht in der Lage Nahrungsmittel zuzubereiten, wird mit Essen
weil Hilfe geleistet versorgt
wird
- 2 ernstes Problem sehr eingeschränkte Ernährung, kulturell unpassende Nahrungsmittel
- 9 unbekannt

3. Haushalt

HAT DIE PERSON PROBLEME, SICH UM DEN HAUSHALT ZU KÜMMERN?

- 0 kein Problem z.B. die Wohnung ist möglicherweise unordentlich, aber ist sauber
gehalten
- 1 kein/geringes Problem, z.B. nicht in der Lage sich um Haushalt zu kümmern, hat regelmäßig
weil Hilfe geleistet eine Haushaltshilfe
wird
- 2 ernstes Problem Wohnung schmutzig und potentiell Gefahr für die Gesundheit
- 9 unbekannt

4. Persönliche Körperpflege

HAT DIE PERSON PROBLEME MIT DER KÖRPERPFLEGE?

- 0 kein Problem z.B. eventuell ausgefallene oder unordentliche Kleidung, aber sauber
1 kein/geringes Problem, z.B. benötigt und erhält Hilfe bei der Körperpflege
weil Hilfe geleistet wird
2 ernstes Problem schlechte Körperpflege
9 unbekannt

5. Tägliche Aktivitäten

HAT DIE PERSON PROBLEME MIT DEN TÄGLICHEN AKTIVITÄTEN?

- 0 kein Problem Vollzeitarbeit oder angemessen beschäftigt mit Hausarbeit, sozialen Aktivitäten
1 kein/geringes Problem, nicht in der Lage sich selbst zu beschäftigen, Besuch einer Tagesstätte
weil Hilfe geleistet wird
2 ernstes Problem überhaupt keine berufliche Beschäftigung oder angemessene Aktivität
9 unbekannt

6. Körperliche Gesundheit

HAT DIE PERSON EINE KÖRPERLICHE KRANKHEIT ODER BEHINDERUNG?

- 0 kein Problem körperlich gesund
1 kein/geringes Problem, körperliches Leiden wie hoher Blutdruck, erhält angemessene
weil Hilfe geleistet wird Behandlung
2 ernstes Problem unbehandeltes körperliches Leiden, einschließlich Nebenwirkung d.
Medikamente
9 unbekannt

7. Psychotische Symptome

HAT DIE PERSON PROBLEME MIT PSYCHOTISCHEN SYMPTOMEN?

- 0 kein Problem keine positiven Symptome, nicht gefährdet, keine Medikamente
1 kein/geringes Problem, weil Hilfe geleistet wird Symptome werden mit Medikamenten oder anderen Methoden behandelt
2 ernstes Problem hat gegenwärtig Symptome oder ist diesbezüglich gefährdet
9 unbekannt

8. Informationen über Krankheit und Behandlung

HAT DIE PERSON KLARE SCHRIFTLICHE ODER MÜNDLICHE INFORMATIONEN ÜBER IHRE PSYCHISCHE ERKRANKUNG UND DIE NOTWENDIGE BEHANDLUNG ERHALTEN?

- 0 kein Problem hat angemessene Informationen erhalten und diese verstanden
1 kein/geringes Problem, hat nicht alle Informationen erhalten oder verstanden
weil Hilfe geleistet wird
2 ernstes Problem hat keine Informationen erhalten
9 unbekannt

9. Seelischer Druck

LEIDET DIE PERSON GEGENWÄRTIG UNTER SEELISCHEM DRUCK?

- 0 kein Problem z.B. gelegentliche oder geringe Belastung
1 kein/geringes Problem, z. B. benötigt und erhält kontinuierliche Unterstützung
weil Hilfe geleistet wird
2 ernstes Problem Belastungen beeinflussen das Leben erheblich, geht z.B. nicht aus dem Haus
9 unbekannt

10. Selbstgefährdung

IST DIE PERSON EINE GEFAHR FÜR SICH SELBST?

- 0 kein Problem z.B. keine Selbstmordgedanken
1 kein/geringes Problem, z. B. Selbstmordgefährdung wird angenommen, erhält Behandlung
weil Hilfe geleistet wird
2 ernstes Problem z.B. hat im letzten Monat Suizidgedanken geäußert oder sich in ernsthafte Gefahr gebracht
9 unbekannt

11. Fremdgefährdung

IST DIE PERSON TATSÄCHLICH ODER POTENTIELL EINE GEFAHR FÜR ANDERE MENSCHEN?

- 0 kein Problem z.B. keine Vorfälle von Gewalt oder bedrohlichem Verhalten
1 kein/geringes Problem, z.B. Hilfe wegen aggressivem Verhalten mehrmals wöchentlich
weil Hilfe geleistet wird
2 ernstes Problem z.B. fast laufend Hilfe wegen ständigem aggressivem Verhalten
9 unbekannt

12. Alkohol

HAT DIE PERSON PROBLEME IHREN ALKOHOLKONSUM ZU KONTROLLIEREN?

- 0 kein Problem z.B. kein Problem mit kontrolliertem Alkoholkonsum
1 kein/geringes Problem, z.B. Gefahr des Alkoholmissbrauchs besteht, erhält deswegen Hilfe
weil Hilfe geleistet wird
2 ernstes Problem z.B. gegenwärtiges Trinkverhalten ist unkontrolliert und schädlich
9 unbekannt

13. Illegale Drogen

LIEGT BEI DER PERSON EIN DROGENPROBLEM VOR?

- 0 kein Problem z.B. keine Drogenabhängigkeit oder Missbrauch
1 kein/geringes Problem, weil Hilfe geleistet wird z.B. erhält Hilfe wegen Abhängigkeit oder Missbrauch
2 ernstes Problem Abhängigkeit/Missbrauch von verschriebenen/nicht verschriebenen Medikamenten oder illegalen Drogen
9 unbekannt

14. Soziale Kontakte

BRAUCHT DIE PERSON UNTERSTÜTZUNG BEI SOZIALEN KONTAKTEN?

- 0 kein Problem z.B. kann genügend soziale Kontakte organisieren, hat genügend Freunde
1 kein/geringes Problem, z.B. besucht geeignete Kontaktstätten oder Tageszentrum
weil Hilfe geleistet wird
2 ernstes Problem z.B. fühlt sich häufig einsam und isoliert
9 unbekannt

15. Partnerschaft

HAT DIE PERSON PROBLEME EINEN PARTNER ZU FINDEN ODER EINE ENGE BEZIEHUNG AUFRECHTZUERHALTEN?

- 0 kein Problem z.B. befriedigende Partnerschaft oder alleine glücklich
1 kein/geringes Problem, z.B. erhält Unterstützung durch Beratung/Partherapie
weil Hilfe geleistet wird
2 ernstes Problem z. B. Gewalt zuhause; wünscht sich Partner
9 unbekannt

16. Sexualität

HAT DIE PERSON PROBLEME MIT IHREM SEXUALLEBEN?

- 0 kein Problem z. B. zufrieden mit dem momentanen Sexualleben
1 kein/geringes Problem, z. B. erhält Unterstützung im Rahmen der Therapie/spezifische
weil Hilfe geleistet wird Therapie
2 ernstes Problem z. B. ernsthafte sexuelle Probleme, wie etwa Impotenz
9 unbekannt

17. Versorgung und Betreuung von Kindern

HAT DIE PERSON PROBLEME, SICH UM IHRE KINDER ZU KÜMMERN?

- 0 kein Problem z.B. keine Kinder < 18 J oder keine Probleme sich um Kinder zu kümmern
1 kein/geringes Problem, z.B. Probleme mit der Elternrolle, erhält deshalb Hilfe
weil Hilfe geleistet wird
2 ernstes Problem z.B. ernsthafte Probleme sich um Kinder zu kümmern
9 unbekannt

18. Grundkenntnisse Lesen, Schreiben, Rechnen

MANGELT ES DER PERSON AN DEN ENTSPRECHENDEN GRUNDKENNTNISSEN?

- 0 kein Problem z.B. kann lesen, schreiben und Formulare in einer Landessprache verstehen
1 kein/geringes Problem, z.B. Probleme mit lesen und schreiben, erhält Unterstützung von
weil Hilfe geleistet wird Angehörigen
2 ernstes Problem z.B. hat Probleme mit grundlegenden Fertigkeiten, Mangel an Sprachgewandtheit
9 unbekannt

19. Telefonieren

HAT DIE PERSON PROBLEME ZUGANG ZU EINEM TELEFON ZU BEKOMMEN?

- 0 kein Problem z.B. hat Telefon zuhause oder leichten Zugang zu Münzfernsprecher
1 kein/geringes Problem, z.B. muss ständig jemanden um Benutzung eines Telefons bitten
weil Hilfe geleistet wird
2 ernstes Problem z.B. keinen Zugang, oder nicht in der Lage ein Telefon zu benutzen
9 unbekannt

20. Verkehrsmittel

HAT DIE PERSON PROBLEME REGELMÄSSIG ÖFFENTLICHE VERKEHRSMITTEL ZU BENUTZEN?

- 0 kein Problem z.B. kann öff. Verkehrsmittel oder ein Auto benutzen
1 kein/geringes Problem, z.B. erhält Fahrscheine oder andere Hilfe bei Nutzung von
weil Hilfe geleistet Verkehrsmitteln
wird
2 ernstes Problem z.B. ist nicht in der Lage öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen
9 unbekannt

21. Geld

HAT DIE PERSON PROBLEME IM UMGANG ODER MIT DER EINTEILUNG VON GELD?

- 0 kein Problem z.B. kann lebensnotwendige Dinge kaufen und Rechnungen bezahlen
1 kein/geringes Problem, z.B. erhält Unterstützung bei Geldeinteilung
weil Hilfe geleistet
wird
2 ernstes Problem z.B. hat öfter kein Geld für lebensnotwendige Dinge oder offene
Rechnungen
9 unbekannt

22. Soziale Leistungen

HAT DIE PERSON PROBLEME ALLE IHR ZUSTEHENDEN SOZIALLEISTUNGEN ZU ERHALTEN?

- 0 kein Problem z.B. erhält alle ihm/ihr zustehenden Sozialleistungen
1 kein/geringes Problem, z.B. erhält angemessene Hilfe, die zustehenden Sozialleistungen
weil Hilfe geleistet einzufordern
wird
2 ernstes Problem z.B. nicht sicher/ erhält nicht alle ihm/ihr zustehenden Sozialleistungen
9 unbekannt

Zusammenfassung

Hintergrund: Mit der zunehmenden Verlagerung der psychiatrischen Versorgung in den ambulanten Bereich wird auch in der psychiatrischen Pflege die ambulante Arbeit immer wichtiger. Im Kanton Bern wird die ambulante psychiatrische Pflege zu einem großen Teil von freiberuflichen Pflegefachpersonen geleistet. Bisher gibt es keine systematisch erhobenen Daten über die allgemeinen Merkmale und den Versorgungsbedarf der Patientenpopulation, die von den freiberuflich tätigen Pflegenden ambulant psychiatrisch versorgt werden. Mit solchen Informationen könnten Versorgungsmängel oder Überversorgung aufgedeckt und die Ausbildung von ambulanten Pflegenden verbessert bzw. optimiert werden.

Ziel: Ziel ist es die soziodemographischen Charakteristika und den Versorgungsbedarf von Klienten aus der freiberuflichen ambulanten psychiatrischen Pflege zu erheben.

Methode: Im Rahmen einer quantitativen Querschnittserhebung wurden 47 Klienten und ihre freiberuflichen Pflegepersonen befragt. Als Erhebungsinstrumente dienen ein soziodemographischer Fragebogen und das Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS). Mit dem CANSAS wird der Versorgungsbedarf in 22 Lebensbereichen aus Sicht der Klienten und ihrer Pflegepersonen erhoben.

Ergebnisse: Die Mehrzahl der Befragten waren Frauen (83%). Das Durchschnittsalter lag bei 48 Jahren. Die häufigsten Diagnosen stellten affektive Störungen (36%) und neurotische Belastungsstörung bzw. Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (32%) dar. Die befragten Klienten gaben im Schnitt in 5.9 Bereichen einen Bedarf an, während ihre Pflegepersonen durchschnittlich 8.3 Bedarfsbereiche identifizierten. Ungedeckt war der Bedarf jeweils in 2.9 Bereichen. In den Bereichen *soziale Kontakte*, *seelischer Druck* und *Partnerschaft* wurde am häufigsten ein ungedeckter Bedarf angegeben. Die Einschätzungen der Pflegenden und Klienten unterschied sich stark in den Bereichen *tägliche Aktivitäten* und *seelischer Druck*. Die Pflegenden identifizierten durchschnittlich häufiger einen gedeckten Bedarf, als die Klienten.

Schlussfolgerung: Das CANSAS stellt ein angemessenes Instrument zur Erhebung des Versorgungsbedarfs dar. Aufgrund seiner einfachen, klaren Strukturierung und dem kurzen benötigten Zeitaufwand könnte er auch in der Routinearbeit mit psychisch Kranken eingesetzt werden. Die Klienten der Freiberuflichen weisen vor allem in den Bereichen *seelischer Druck*, *soziale Kontakte* und *Partnerschaft* ernste Probleme auf. In diesen Bereichen sollte die Pflege mit der Pflegeplanung und Zielsetzung ansetzen, um eine etwaige Unterversorgung der

Klienten zu vermeiden oder ihr entgegenzuwirken. Aufgrund der Unterschiede in den Bewertungen ist es wichtig die Sichtweise der Klienten in die Bedarfserhebung einzubeziehen, um eine ganzheitliche Sicht über die Versorgungssituation zu erhalten.

Abstract

Background: Community care is getting more and more important in psychiatric health care and in mental health nursing. In the Canton of Berne a significant proportion of outpatient care is provided by freelance community mental health nurses. Until now there was no systematically retrieved data on the characteristics and needs of their clients. Such information would enable the detection of care deficiencies and an improvement respectively optimization of the outpatient professionals' formation.

Aim: This study assesses the sociodemographic characteristics and the met and unmet needs of clients cared for by freelance community mental health nurses.

Method: By means of a quantitative cross section survey, 47 clients and their freelance care professionals were questioned. A sociodemographic questionnaire and the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS) serve as survey instruments. Through the CANSAS, data is collected on the needs in 22 life areas from the patients' and their care professionals' viewpoint.

Results: Clients were mostly female (83%) and on average 48 years old. 36% suffered from affective disorders and 32% were diagnosed with neurotic stress disorder respectively personality and behavior disorder. Clients indicated a need for 5.9 areas on average, while their psychiatric nurses identified 8.3 areas of needs. Both, clients and care persons, identified an unmet need in 2.9 areas. Unmet need was rated most highly in the domains of *psychological distress*, *company of others* and *intimate relationships*. The evaluations of the mental health care professionals and the clients varied strongly in the areas of *daily activities* and *psychological distress* but the differences referred mostly to the met needs.

Conclusions: The CANSAS proved to be an adequate instrument for surveying needs in the Swiss community mental health care setting. Because of its simple, clear structure and the short time required to complete, it might well also be used in the routine care for the mentally ill. Needs of clients often tend to be not met in the areas of *psychological distress*, *company of others* and *intimate relationships*. Care planning and care targeting should respond to the unmet needs of the clients in order to prevent or counter care deficiencies. Due to the differences in the evaluations, it is important to include the viewpoints of the clients into the needs assessment in order to obtain a holistic view of the mental health care situations.

Lebenslauf

1) PERSÖNLICHE DATEN

- Name: Anna Hegedüs
- Geburtsdatum: 23.06.1987
- Geburtsort: Budapest (Ungarn)
- Staatsbürgerschaft: Ungarn

2) SPRACHKENNTNISSE

- Deutsch (Muttersprache)
- Ungarisch (Muttersprache)
- Englisch (sehr gute Kenntnisse)
- Französisch (gute Kenntnisse)
- Spanisch (Grundkenntnisse)

3) AUSBILDUNG

- Seit Sept. 2009: BA-Studium English Languages and Literature, Universität Bern
- 2005 - 2009: Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien
- Jan.-Juni 2008: Studienaufenthalt in Belgien, Université catholique de Louvain
- Okt. 2006: Beginn des Studiums Pädagogik an der Universität Wien
- Reifeprüfung Juni 2005
- 1997 - 2005 BG und BRG Mödling, Franz Keim-Gasse
- 1993-1997 Volksschule Mödling

4) BERUFSERHFAHRUNG/ PRAKTIKA

- Seit Sept. 2009 Mitarbeiterin in der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern
- Febr.- Aug. 2009 Praktikantin in der Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik der Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern unter Betreuung von Dr. Christoph Abderhalden
- 2006-2008: diverse Praktika im Bereich Pflege (Landespflegeheim Mödling, Behindertenpsychiatrischen Station (Neurologischen Zentrum Rosenhügel), Kinder- und Jugendpsychiatrie (AKH Wien)) und Betreuung von Kinderferienlagern (Kinderfreunde NÖ)