

UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN (UPD) AG  
ZENTRUM PSYCHIATRISCHE REHABILITATION

Forschung und Entwicklung



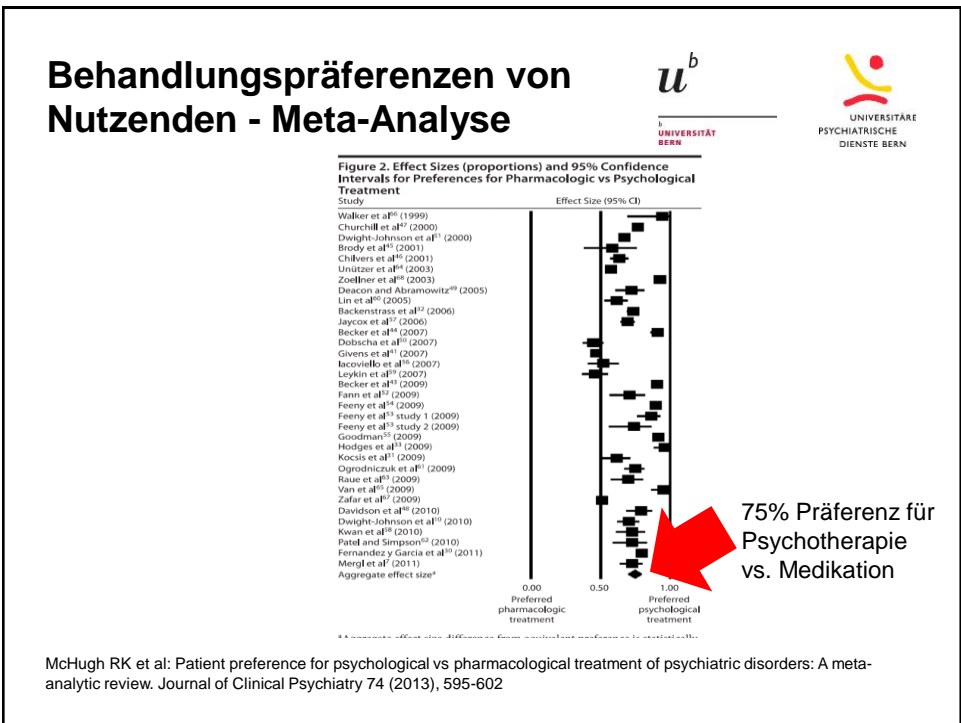
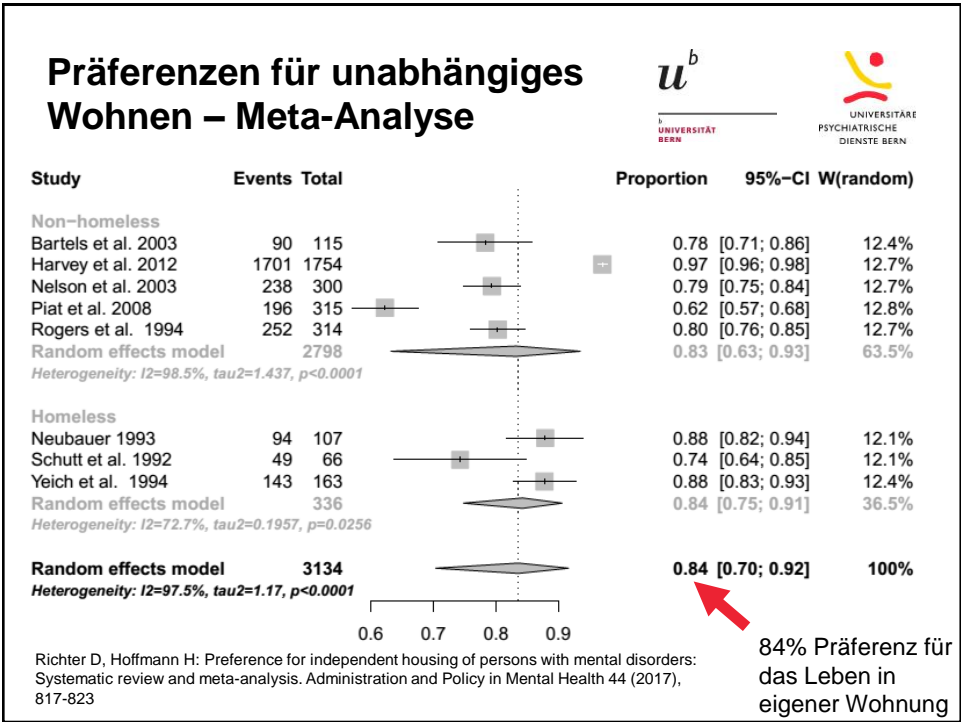
## Von der personenzentrierten zur personengesteuerten Versorgung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Dirk Richter

## Psychiatrische Versorgung und Rehabilitation im Wandel

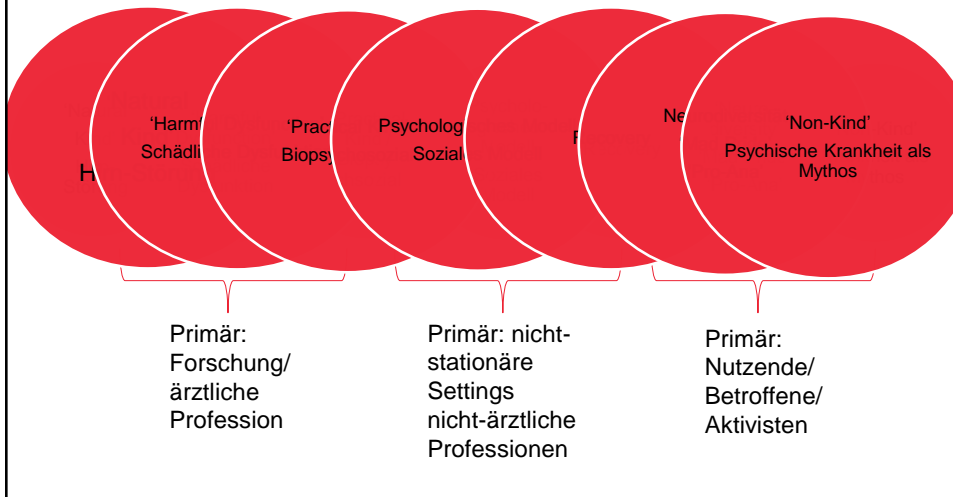


- Psychiatriereformen ab den 1960er-Jahren
- De-Institutionalisierung und Enthospitalisierung ab den 1980er-Jahren
- Personenzentrierte Versorgung ab den 1990er-Jahren
  - Kern: Geteilte Entscheidungsfindung (Asmus Finzen: «Verhandeln statt Behandeln»)
- Recovery-Ansatz ab den 2000er-Jahren
  - Relativierung des medizinischen Krankheitskonzepts
  - Einbezug von Nutzenden in die Versorgung
- UN-Behindertenrechtskonvention 2007 (Ratifizierung in der Schweiz 2014)
  - Stärkung der rechtlichen Position von Menschen mit (psychischen) Behinderungen
  - Primat der Wahlfreiheit



## Auswahl aktueller psychiatrischer Krankheitsmodelle <sup>u<sup>b</sup></sup>

UNIVERSITÄT  
BERN



## Probleme des Ansatzes der Personenzentrierten Versorgung <sup>u<sup>b</sup></sup>

UNIVERSITÄT  
BERN



- Kernbereich der Personenzentrierung funktioniert empirisch nicht
  - Geteilte Entscheidungsfindung ist grosse Ausnahme
  - Nutzende erleben nach wie vor Machtlosigkeit bei zentralen Fragen; Präferenzen werden unzureichend berücksichtigt
  - Professionelle priorisieren Evidenzbasierung gegenüber Nutzendenpräferenzen (z.B. bei der Medikation)
  - Professionelle und Nutzende haben teils unterschiedliche Krankheitsmodelle mit therapeutischen Konsequenzen
- Nutzende werden nicht hinreichend als autonom Handelnde mit Wahlfreiheit wahrgenommen
- Wahlfreiheit impliziert Personensteuerung anstelle von Personenzentrierung

## Personengesteuerte Versorgung Allgemeines



 UNIVERSITÄT  
BERN

 UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

	Personen- zentriert	Personen- gesteuert
<b>Hauptansatz</b>	Gemeindepsychiatrie	Recovery-Psychiatrie
<b>Krankheitsmodell</b>	Biopsychosozial	Pluralität von Modellen
<b>Gesundheits- Modell</b>	Abwesenheit von Symptomen	Psychosoziale Gesundheit
<b>Soziales Ziel</b>	Integration	Inklusion
<b>Menschenrechte</b>	Medizinisch gerechtfertigte MR- Verletzungen	Prioritäre Perspektive

## Personengesteuerte Versorgung Organisation



 UNIVERSITÄT  
BERN

 UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

	Personen- zentriert	Personen- gesteuert
<b>Örtlichkeit</b>	Klinik und Gemeinde	Gemäss Präferenz der Nutzenden (auch Home Treatment)
<b>Professionelle Führung</b>	Multiprofessionelle Teams unter medizinischer Leitung	Multiprofessionelle Teams ohne professionelle Dominanz (mit Peer- Mitarbeitenden)
<b>Professionelle Entscheidungen</b>	Evidenzbasierte Entscheidung	Erweiterte Entscheidungsfindung (v.a. Nutzerpräferenzen)

## Personengesteuerte Versorgung Versorgung I



 UNIVERSITÄT  
BERN

 UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

	Personen- zentriert	Personen- gesteuert
<b>Hauptfokus</b>	Symptom- management	Entpathologisierte individuelle Probleme/ Persönliche Ziele
<b>Professioneller Ansatz</b>	Behandlung/ Pflege	Coaching
<b>Zwang</b>	Soziale Kontrolle in der Gemeinde	Normalitätsprinzip
<b>Therapie</b>	Medikation, Psychotherapie für ausgewählte Indikationen	Gemäss Präferenz: Priorität für Rehabilitation und Psychotherapie; Medikation ist zweitrangig

## Personengesteuerte Versorgung Versorgung II



 UNIVERSITÄT  
BERN

 UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

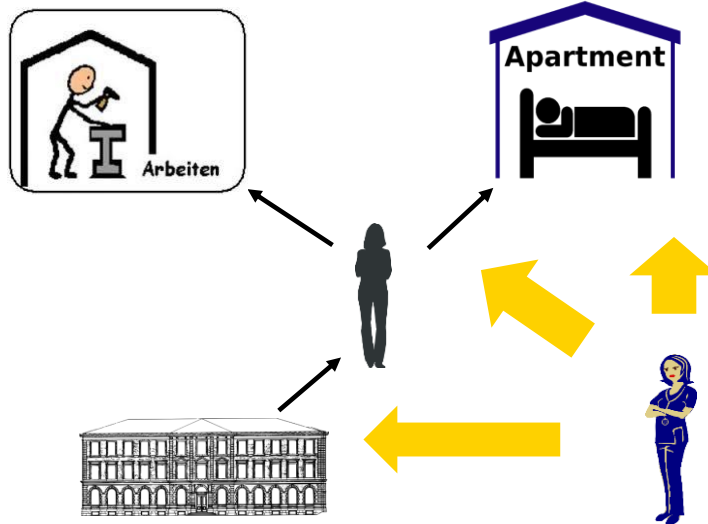
	Personen- zentriert	Personen- gesteuert
<b>Medikation</b>	Freiwillige Adhärenz, informeller Zwang	Professionell unterstützte, selbstbestimmte Einnahme
<b>Rehabilitation</b>	Stufenleiter	Unterstützte Inklusion
<b>Bedarfs-/ Bedürfnis- orientierung</b>	'Objektive' psychosoziale Bedarfe (z.B. Lebensqualität)	Subjektive Bedürfnisse
<b>Symptome</b>	Behandelt	Teils positiv gewürdigt (abhängig von individueller Perspektive und Biografie)
<b>Defizite/ Stärken</b>	Balance von Defiziten und Stärken	Stärkenorientierung
<b>Umgang mit Risiken</b>	Überwiegend Risikovermeidung	'Positive Risk-taking'

## Personengesteuerte Versorgung Professionelle Beziehung



	Personen-zentriert	Personen-gesteuert
A-/Symmetrie	Intendierte (aber nicht realisierte) Symmetrie	Zugunsten der Nutzenden
Präferenzen der Nutzenden	In Teilen berücksichtigt	Priorisiert
Erfahrungen der Nutzenden	In Teilen berücksichtigt	Priorisiert
Autonomie der Nutzenden	Semi-Autonomie	Volle Autonomie
Entscheidungsfindung	Intendierte (aber nicht realisierte) gemeinsame Entscheidungsfindung	Unterstützte Entscheidungsfindung

## Job- und Wohn-Coaching als Unterstützte Inklusion



Richter D, Hertig R, Hoffmann H: Von der Stufenleiter zur unterstützten Inklusion. Psychiatrische Praxis (43) 2016, 444-449

## Zukünftige psychiatrische Rehabilitation



Arbeit	Wohnen
Auswahl von Rehabilitationszielen durch Nutzende	
Unterstützung bei kognitiven, sozialen, alltagspraktischen oder motivationalen Schwierigkeiten	
Erster Arbeitsmarkt (Supported Employment)	Unabhängiges Wohnen (Independent Housing and Support)
Erster Arbeitsmarkt ohne Unterstützung	Eigene Wohnung ohne Unterstützung



kompensatorische Unterstützung in geschützten Wohn- und Arbeitsplätzen

## Schlussfolgerungen



- Der gesellschaftliche Wandel geht in Richtung Individualisierung mit starken sozial- und gesellschaftspolitischen Implikationen für Präferenzen und Wahlfreiheit in der psychiatrischen Versorgung
- Elemente einer personengesteuerten Versorgung haben sich schon entwickelt, es bedarf der konsequenten Ausrichtung
- Dieser Wandel ist ohne eine programmatische Neu-Orientierung (plurale Krankheitsmodelle, positive Risiken, Coaching etc.) und ohne erhebliche finanzielle Unterstützung (z.B. Assistenz) nicht zu erreichen
- Positive Auswirkungen für die Psychiatrie: mehr gesellschaftliche Akzeptanz, weniger Konflikte zwischen Nutzenden und Professionellen, bessere Kooperation aller Beteiligten

**Merci für's Zuhören**



[dirk.richter@upd.unibe.ch](mailto:dirk.richter@upd.unibe.ch)