

# UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN (UPD) Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

## Logisches Modell einer Advanced Practice Nurse (APN)-Rolle mit Fokus auf schwere Verläufe einer schizophrenen Erkrankung

### Charakteristiken

#### «schwerer Verläufe»<sup>1-3</sup>

- Häufigere und schnellere Re-Hospitalisierungen (≥ 3 innerhalb 12 Monaten)
- Wiederholte Zuweisungen (inkl. fürsorglicher Unterbringungen [FU]) aufgrund Selbst- und Fremdgefährdung
- Häufigere Zwangsmassnahmen (Isolation, Zwangsmedikation)
- Längere Behandlungsdauer
- Stärkere Ausprägung und grössere Anzahl Funktionseinschränkungen
- Geringeres Krankheitsverständnis
- Ausgeprägte soziale Isolation

### Ziel

Betroffene von schweren Verläufen einer schizophrenen Erkrankung erhalten hochstehende und spezialisierte Versorgung durch eine kontinuierliche, fallübergreifende Ansprechperson.

### Input

APN als Fallführung in der Behandlung von Patient\*innen mit schweren Verläufen einer schizophrenen Erkrankung und als Ansprechperson für die Betroffenen, deren Bezugspersonen sowie externen Versorgungsstrukturen (soziales Netzwerk) nach Austritt.

### Annahmen

- Das Behandlungsteam nutzt und schätzt das Angebot der APN
- Patient\*innen und Bezugspersonen schätzen die kontinuierliche und kompetente Betreuung durch die APN
- Das Angebot der APN wird durch externe Versorgungsstrukturen genutzt

### Externe Faktoren

- Finanzierung und Umsetzung der APN-Rolle
- Nutzung und Akzeptanz der APN durch Bezugspersonen und externe Versorgungsstrukturen der Betroffenen

### Impact

- APN-Rolle weitet sich in ambulante psychiatrische Versorgung aus und externe Stakeholder anerkennen APN als kompetente Fachperson
- Fallübergreifende kontinuierliche Betreuung und Behandlung von Patient\*innen durch APN etabliert sich in psychiatrischer Versorgung und wird durch Krankenkassen finanziert

Aktivitäten	Outputs	Kurzfristige Ergebnisse	Mittelfristige Ergebnisse	Langfristige Ergebnisse
<b>Direkte klinische Tätigkeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein- und Austrittsmanagement</li> <li>• Assessment (u. a. Schlaf, NRS<sup>4</sup>, Sexualität, Geno-Ökogramm<sup>5</sup>, Psycho- und Somatostatus)</li> <li>• Suizidalitäts- und Gewalttrisikoeinschätzung</li> <li>• Erstellung/Anpassung Behandlungsplan</li> <li>• Verordnung Pharmakotherapie und Monitoring von Nebenwirkungen</li> <li>• Behandlung von Komorbiditäten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li># Fallführungen, Ein-/Austritte</li> <li># Assessments und Untersuchungen</li> <li>• Veränderung BSCL<sup>6</sup> Ein- und Austritt</li> <li>• Score PANSS<sup>7</sup></li> <li># PRISM-S<sup>8</sup>, SSFII<sup>9</sup>, BVC<sup>10</sup></li> <li># umfassender, personenzentrierter<sup>11</sup> Behandlungspläne</li> <li># Anordnungen Vital- und Laborkontrollen</li> <li>• Score GASS<sup>12</sup>, AIMS<sup>13</sup></li> <li># Entweichungen, Nichtrückkehr, polizeilicher Ausschreibungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hochstehende und spezialisierte Behandlung der Patient*innengruppe</li> <li>• Geistigeres Vertrauen der Patient*innen in die Behandlung</li> <li>• Gesteigertes Behandlungszufriedenheit der Patient*innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion Symptomlast und Funktionseinschränkungen der Patient*innen</li> <li>• Weniger Behandlungsabbrüche durch Patient*innen</li> <li>• Gesteigerte Behandlungsbereitschaft der Patient*innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserte Funktionsfähigkeit/Recovery der Betroffenen</li> <li>• Gesteigerte Behandlungsdhärenz der Betroffenen</li> <li>• Reduktion von Zwangsmassnahmen in der Behandlung</li> </ul>
<b>Beratung und Konsultation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung von Recovery, Adhärenz und Krankheitsgefühl der Patient*innen</li> <li>• Netzwerkgespräche (Bezugspersonen, externe Versorgungsstrukturen); Open Dialogue<sup>14</sup></li> <li>• Krisen-/Notfallgespräche nach Austritt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Score WHOQOL-BREF<sup>15</sup>, MARS-D<sup>16</sup></li> <li># WRAP<sup>17</sup>, Notfall-/Krisenpläne, Voraussetzungen</li> <li># Netzwerkgespräche und Teilnehmende</li> <li># Kontakte nach Austritt</li> <li># Re-Hospitalisierungen &amp; Datum</li> <li># Re-Hospitalisierungen mit FU &amp; Datum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesteigertes Wissen der Patient*innen über die Erkrankung</li> <li>• Gesteigertes Wissen des sozialen Netzwerks im Umgang mit Patient*innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesteigertes Selbstmanagement der Patient*innen</li> <li>• Früherkennung von und Frühinterventionen in Krisen durch das soziale Netzwerk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grössere Behandlungs-Adhärenz/Lebensqualität der Betroffenen</li> <li>• Verlängerung der Zeit zwischen den Re-Hospitalisierungen</li> </ul>
<b>Coaching</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung und Coaching des Behandlungsteams bei herausfordernden Situationen</li> <li>• Coaching der Bezugspersonen und externen Versorgungsstrukturen nach Austritt im Notfall</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li># Coachings mit Behandlungsteam</li> <li># Coachings mit Bezugspersonen und externen Versorgungsstrukturen nach Austritt</li> <li>• Score IEQ-EU<sup>18</sup> der Bezugspersonen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesteigerte Sicherheit des Behandlungsteams sowie des sozialen Netzwerks im Umgang mit herausfordernden Situationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesteigertes Vertrauen der Patient*innen in Fähigkeiten des Behandlungsteams</li> <li>• Partizipative Zusammenarbeit durch «Shared decision making»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion von Aggression, Gewalt und Zwang in der Behandlung</li> <li>• Reduktion der Re-Hospitalisierungen und Zuweisungen mit FU</li> </ul>
<b>Leadership</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervision und Fallbesprechungen des Behandlungsteams bzgl. der Patient*innengruppe mit Fokus auf «Haltung von Hoffnung»</li> <li>• Theoretische Inputs im Behandlungsteam bzgl. spezifischer Bedürfnisse der Patient*innengruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li># Supervisionen</li> <li># Fallbesprechungen</li> <li># theoretischer Inputs und Inhalt</li> <li>• Score SUMD<sup>19</sup>, ISMI<sup>20</sup>, DISC<sup>21</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesteigertes Wissen bei Patient*innen und Behandlungsteam</li> <li>• Gesteigerte Qualität in der Behandlung der Patient*innengruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesteigerte Haltung von «Hoffnung» im Behandlungsteam</li> <li>• Empowerment/gestärkte Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Patient*innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entstigmatisierung und grösseres Selbstwertgefühl der Betroffenen</li> <li>• Grösseres Krankheitsverständnis der Patient*innen und weniger Re-Hospitalisierungen</li> </ul>
<b>Zusammenarbeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordination der interprofessionellen Zusammenarbeit</li> <li>• Konsequente Kommunikation, Informationsweitergabe und Dokumentation</li> <li>• Ansprechperson für das soziale Netzwerk der Patient*innen auch nach Austritt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li># Gespräche mit multiprofessionellem Team und sozialen Netzwerken</li> <li># Konfliktgespräche mit Patient*innen aufgrund von Missverständnissen</li> <li>• Grad der Umsetzung getroffener Absprachen (Bsp. Behandlungsplan, Vorausverfügung)</li> <li>• Score CSQ<sup>22</sup></li> <li>• Behandlungsdauer in Tagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klare und verständliche Kommunikation und Einhalten getroffener Abmachungen</li> <li>• Koordination des Informationsflusses und Minderung von Doppelpurigkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weniger Missverständnisse und Konflikte</li> <li>• Proaktive Haltung in der Behandlung</li> <li>• Konsequente Umsetzung von Behandlungsvereinbarungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesteigerte Behandlungszufriedenheit der Patient*innen sowie deren soziales Netzwerk</li> <li>• Reduktion der Behandlungsdauer und Behandlungskosten</li> </ul>
<b>Ethische Entscheidungsfindung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung und Teilhabe an ethischen Entscheidungsfindungen (v. a. bzgl. Anwendung von Zwang)</li> <li>• Advanced care planning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li># ethischer Entscheidungsfindungsprozesse</li> <li># gesundheitlicher Vorausplanungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebenswelten/Bedürfnisse der Patient*innen werden berücksichtigt und so Widerstände und Gewaltanwendungen abgebaut</li> <li>• Ziele und Wünsche für zukünftige Behandlungen werden erfasst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion von Zwangsmassnahmen (Intensivzimmerbetreuung, Zwangsmedikationen)</li> <li>• Gesteigerte Selbstbestimmung und Lebensqualität der Betroffenen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personenzentrierte Behandlung, Betreuung und Pflege</li> </ul>

<sup>1</sup> Kaiser S, Berger G, Conus P, Kawohl W, Müller TJ, Schimmelmann BG, et al. (2016). SGPP Behandlungsempfehlungen Schizophrenie. Schweiz: Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)  
<sup>2</sup> Rössler W. (2011). Epidemiologie der Schizophrenie. Swiss Medical Forum  
<sup>3</sup> Roick C, Heider D, Kilian R, Matschinger H, Toumi M, & Angermeyer M. C. (2004). Factors contributing to frequent

use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39(9), 744-751  
<sup>4</sup> Nutritional Risk Screening Tool (NRS)  
<sup>5</sup> Wright, L. M., & Leahy, M. (2005). Nurses and families: A guide to family assessment and intervention. FA Davis  
<sup>6</sup> Brief-Symptom-Checklist (BSCL)  
<sup>7</sup> Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

<sup>8</sup> Pictorial Representation of Illness and Self Measure-Suicide (PRISM-S)  
<sup>9</sup> Suicide Status Form-II (SSF-II)  
<sup>10</sup> Brøset Violence Checklist (BVC)  
<sup>11</sup> McCormack, B., & McCance, T. (2011). Person-centred nursing: theory and practice. John Wiley & Sons  
<sup>12</sup> Glasgow Antipsychotic Side-effect Scale (GASS)  
<sup>13</sup> Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS)

<sup>14</sup> Pavlovic, R. Y., Pavlovic, A., & Donaldson, S. (2016). Open Dialogue for psychosis or severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews  
<sup>15</sup> WHO Quality Of Life-BREF (WHOQOL-BREF)  
<sup>16</sup> Medication Adherence Report Scale- Deutsch (MARS-D)  
<sup>17</sup> Wellness Recovery Action Plan (WRAP)  
<sup>18</sup> Involvement Evaluation Questionnaire - European Version (IEQ-EU)

<sup>19</sup> Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)  
<sup>20</sup> Internalised Stigma of Mental Illness scale (ISMI)  
<sup>21</sup> Discrimination and Stigma Scale (DISC)  
<sup>22</sup> Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)