

Diagnostik in der Sozialen Arbeit

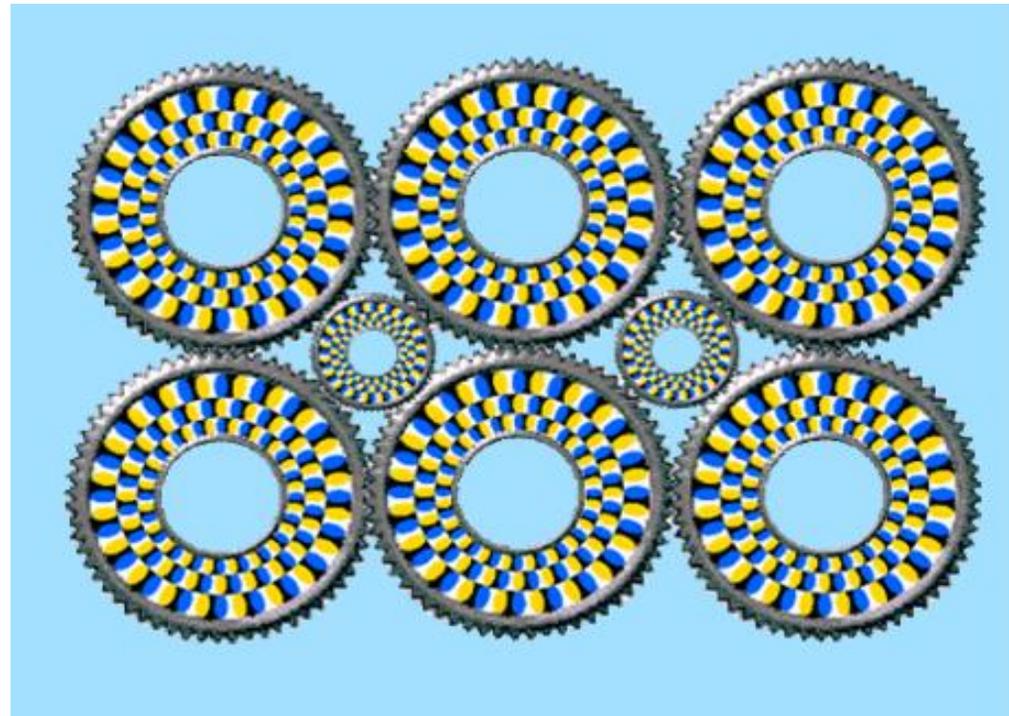
Wissenschaft trifft Praxis

17./18. Oktober 2014, Olten

Integrierte Sozialdiagnose im interprofessionellen Patientendossier

Stationäre Psychiatrie & Soziale Arbeit in der klinischen Behandlung von erkrankten Menschen

Eingereicht bei
Herrn Prof. Dr. Günther Wüsten
Fachhochschule
Nordwestschweiz, Olten
Hochschule für Soziale Arbeit
Olten im April 2013



MAS Thesis Psychosoziale Beratung
Paulo Rotzer

Fachkonferenz Sozialdienste Psychiatrie

Die Fachkonferenz Sozialdienste Psychiatrie (FKSP) ist ein Zusammenschluss der Sozialdienste psychiatrischer Kliniken und Dienste in der Deutschschweiz.

Sie vertritt die Interessen der Sozialen Arbeit punkto psychiatrischer Versorgung und setzt sich namentlich für eine qualitativ hochstehende und evidenzbasierte Sozialarbeit, die adäquate Integration der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Behandlungsprozess sowie einen konstruktiven Informations- und Wissensaustausch zwischen den Mitgliedern ein.

Innerhalb der psychiatrischen Grundversorgung leistet die Sozialarbeit nebst den anderen beteiligten Professionen Medizin, Psychologie, Pflege sowie Spezialtherapien einen bedeutenden Beitrag im Rahmen des biopsychosozialen Modells. Gleichzeitig besteht infolge der knappen zeitlichen und personellen Ressourcen sowie der ökonomischen Entwicklungen im Gesundheitswesen der Bedarf bzw. die Erfordernis, die Soziale Arbeit in den Kliniken effizient und effektiv zu gestalten.

FK S P
Fachkonferenz Sozialdienste
Psychiatrie

CLINICAL SOCIAL WORK SWITZERLAND
KLINISCHE SOZIALARBEIT SCHWEIZ
TRAVAIL SOCIAL CLINIQUE SUISSE
LAVORO SOCIALE CLINICO SVIZZERA

Der gesamtschweizerische Verein CSWS wurde am 23. September 2009 gegründet. Er hat seinen Sitz in Zug.

Klinische Sozialarbeit versteht sich als Teildisziplin der Sozialen Arbeit, die sich mit psycho-sozialen Störungen und den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Störungen / Erkrankungen und Behinderungen befasst.

An der Schnittstelle zur Medizin, Psychologie und Soziologie werden auf der Basis aktueller Forschungsergebnisse der Sozialen Arbeit und verschiedener Nachbardisziplinen eigene methodische Ansätze und Interventionsstrategien der sozialen Beratung und Behandlung gestaltet und erweitert.

In Planung:

Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

Institut Professionsforschung und
kooperative Wissensbildung

Zusammenarbeit FHNW 2015

**Interessensbekundung zur Mitarbeit im Projekt
'Entwicklung einer innovativen Diagnostik für die Soziale Arbeit mit komplexen Fällen'**

Kurze Beschreibung der Klinik Zugersee; Zentrum für Psychiatrie & Psychotherapie:

Als eine führende Klinik bieten wir umfassende Abklärungen und Behandlungen für den gesamten Bereich der Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie.

Menschen mit unter anderem folgenden Schwierigkeiten finden bei uns Unterstützung:

- > Depressionen und affektive Störungen
- > Störungen des Icherlebens
- > schwere Beziehungsstörungen
- > Suchterkrankungen
- > Angsterkrankungen
- > Zwangsstörungen
- > Psychisch bedingte körperliche Beschwerden
- > Psychische Störungen im höheren Alter

Wir bieten sowohl kurze Kriseninterventionen als auch längere stationäre Behandlungen an.

Motivation zur Mitarbeit im Projekt:

Vor einem Jahr erwarb Paulo Rotzer an der FHNW Olten den MAS Psychosoziale Beratung. Klinikintern überarbeiten wir in der interprofessionellen Zusammenarbeit den Bereich Soziale Arbeit (Sozialdiagnose). Paulo Rotzer ist Leiter Sozialdienst in der Klinik Zugersee. Er ist Vorstandsmitglied & Geschäftsstellenleiter im Verein 'Klinische Sozialarbeit Schweiz' & Mitglied der Fachkonferenz Sozialdienste Psychiatrie.

Die Mitarbeit im Projekt ist für den Sozialdienst der Klinik eine Chance, durch Kooperation mit der Fachhochschule zur Entwicklung wichtiger Innovationen für die Praxis beizutragen (Entwicklung diagnostischer Verfahren/Instrumente & Kompetenzaufbau im Team).

Transfermöglichkeiten in die Praxis:

Die Konkordatskantone Uri, Schwyz und Zug planen eine integrierte Psychiatrie, sie streben an, die stationären; teilstationären & ambulanten Angebote unter dem gleichen Träger zu vereinen, im Sinne eine integrierten Psychiatrierversorgung für ca. 300'000 Einwohner.

Bereitschaft an der Mitarbeit im Projekt:

Wir sehen das Potenzial des kooperativen Entwicklungsprojektes im Sinne des Praxistransfers von Innovationen im Bereich der sozialen Arbeit in die Klinik Zugersee. Deshalb unterstützen wir grundsätzlich die Teilnahme des Leiters Sozialdienst Paulo Rotzer am Projekt. Dabei gilt das Weiterbildungsreglement der Klinik Zugersee.

Art/Umfang und allfällige Kosten der gesamten Projekteinahme müssen vorab beantragt und bewilligt werden.

Anm.: sinnvoll sind Blockzeiten Ende Woche (DO; FR; SA).

Oberwil-Zug, 29.07.2014



Paulo Rotzer
Leiter Sozialdienst



Dr. Magdalena Maria Beckhoff
Chefarztin

Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie
Eine Institution der Barmherzigen Brüder von Maria-Hilf
Konkordatsklinik der Kantone Uri, Schwyz und Zug

Evidenzbasierte Praxis in der Medizin betrifft entweder einzelne Behandlungsmassnahmen oder strukturierte Behandlungsprogramme.

Mit ihnen soll genau (treffend) das Geeignete getan werden, wenn ein definierter Fall vorliegt. Es muss klinisch ausgemacht sein, um dann angemessen zu verfahren. Darauf sind die Umstände der stationären und der ambulanten medizinischen Versorgung eingerichtet.

Auch Medizinern ist klar, dass eine gesundheitliche Problematik häufig weit über eine gerade zu diagnostizierende und zu behandelnde Krankheit (Sepisode) hinausreicht. Sie gehen einer Fallgeschichte nach, statt sich auf die Evidenz, was vorliegt und was angebracht ist zu beschränken (Williams/Garner 2002).

Soziale Arbeit im klinischen Setting orientiert sich am Alltag der KlientInnen. Ausserhalb dieser medizinischen Behandlungspraxis verläuft eine Lebenspraxis in der sich Situationen ständig verändern.

Der Alltag, für den sozial rehabilitiert und befähigt wird, unterscheidet sich von dem Setting einer Therapie und Sozialarbeit ist gerade nachgefragt, um dieses Setting zu verlassen.

Als allgemeinsten Auftrag der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie lässt sich das Erkennen der oft bescheidenen Ressourcen der PatientInnen/KlientInnen im Rahmen einer sozialen Diagnose und Behandlungsplanung bezeichnen, die ihrerseits in die interprofessionelle Zusammenarbeit eingebunden sein muss.

Die Verfeinerung dieser Aufgabe besteht u.a. in der Begrenzung nachteiliger Folgen einer psychischen Erkrankung (Exklusionsvermeidung in wichtigen Lebensbereichen wie Arbeit, Wohnen, materieller Sicherung).

Unterstützung bei der Korrektur eingetretener nachteiliger Folgen (Integrationsförderung) durch Mitarbeit bei der Planung von Massnahmen der zumindest teilweisen Reintegration während der Behandlungsphase (Anbahnen von Vermittlungen in Tätigkeiten, Ausbildungen, Wohn- und Freizeitbeziehungen).

Kompensation von Exklusionseffekten, d.h. dem Offenhalten von möglichst vielen Integrationsoptionen in Form des Auffindens oder Mitgestaltens von „geschützten Lebensverhältnissen“, besonders im Bereich des betreuten Wohnens und Arbeitens.

Beratung und Aufklärung des interprofessionellen Teams über die soziale Situation (soziale Diagnose) der PatientInnen und den in deren Lebenswelt erkannten erschliessbaren Ressourcen.

Vernetzung von Reintegrationsmassnahmen und prinzipielle Koordination von Hilfeleistungen in der Austritts- und Abschlussphase der Behandlung.

“ Eine psychosoziale Beratung als Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Handlungshilfe kann daher nur unter Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte psychischer und somatischer Krankheiten gelingen.

Sie ist Haltefunktion, die häufig mit sozial- und psychotherapeutischen Anteilen auf Klärung von Konflikten und Ressourcenaktivierung zielt (vgl. Geissler-Piltz et al., 2005: 107).

Erst durch die Erkenntnisse dieser Beratung können weitere Methoden klinischer Sozialarbeit zur Lebensbewältigung angewandt werden, die eine angestrebte Veränderung des Verhaltens der KlientInnen bewirken.

Die Kernkompetenz klinischer Beratung ist gemäss Geissler-Piltz et al. (2005: 107) die psychosoziale Beratung, da sie als „primärer Interventionsansatz“ für die Problem- und Konfliktlösung gesehen werden kann.

Nach Wendt (2002: 42) handelt es sich bei der psychosozialen Beratung um eine spezielle, gesundheitsbezogene Beratung, die dann als klinisch bezeichnet werden kann, wenn in der Beratung direkt auf den somatischen, psychischen bzw. psychosozialen Gesundheitszustand Einfluss genommen wird.

Im Unterschied zu sozialer Beratung ohne klinische Aufgabenstellung, zeigt sich der psychosoziale Charakter, wenn innere und äussere Belastungen das Leben der Klientel erschweren und Krisen oder Konflikte auslösen und wenn „in die Beratung Umstände in Betracht gezogen werden, die „kränken“, krank gemacht haben oder krank machen können.

Die Wiedererlangung von Gesundheit durch die Psychiatrie einerseits und die Steigerung von Autonomie und Teilhabe durch die Soziale Arbeit andererseits erzwingt eine interprofessionelle Zusammenarbeit, die ständig weiter entwickelt werden muss.

Die zentrale berufspsychologische Fähigkeit der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie erfordert so etwas wie die

„Kompetenz in der Bewältigung von Ungewissheit“

und das kreative Finden von Gestaltungsmöglichkeiten.

Aufgrund der bio-medizinischen Fundierung der ärztlichen Tätigkeit kann „das Soziale“ zwar als wünschbare, aber nicht notwendige Ergänzung der Gesamtbehandlung wahrgenommen aber nicht zwingend integriert werden.

Der rechtlich und sozial höhere Status des Systems Medizin führt in seiner konkreten Asymmetrie in der klinischen Alltagsarbeit zwar zur in der Regel erwünschten Mitsprache in Behandlungsfragen, nicht aber zur Entscheidungsbefugnis für die Soziale Arbeit.

Die Zielsetzungen klinischer Sozialer Arbeit sollen sich in der Fallarbeit an der sozialen Reintegration und einer gelingenderen Lebensführung orientieren.

Dieses Ziel der sozialen Reintegration ist erreicht, wenn

die im Fall relevanten Merkmale auf der Ebene des Individuums verbessert sind,

die Merkmale der sozialen Systeme verbessert sind und

den KlientInnen ist es möglich in ihrer Lebensführung Sinnhaftigkeit, Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit zu erleben,

das eigene Lebensführungssystem zu verstehen und

ein überwiegendes Gefühl der eigenen Handhabbarkeit der Lebensführung hat sich eingestellt.

Die klinische Soziale Arbeit soll gemeinsam mit den KlientInnen in einem Lebensführungssystem Bedingungen schaffen, die eine nachhaltige Veränderung der neuronalen Schaltkreise ermöglichen, welche Grundlage der psychischen Krankheit sind.

Bei der Wiederherstellung psychischer Gesundheit geht es um die Konsistenzverbesserung als übergreifendes Ziel.

„Eine gute Befriedigung der Grundbedürfnisse kann nur erreicht werden, wenn das Individuum flexible, erfolgreiche Mechanismen der Konsistenzregulation entwickelt“ (Vgl. Grawe 2004: 191).

Sind diese ungünstigen Lebensbedingungen sehr ausgeprägt, wird man den Zustand des Patienten alleine mit Psychotherapie kaum nachhaltig verändern (Vgl. Grawe 2004: 412) und mit einer ausschliesslich medikamentösen Behandlung auch nicht heilen können.

In Bezug auf die „ungünstigen Beziehungen“ formuliert er: „(...) sie sind oft vom Patienten alleine nicht zu verändern, sondern erfordern eine überindividuelle Intervention in das Beziehungssystem (...).

Auch beim Vorliegen solcher Bedingungen dürfte es kaum möglich sein, nachhaltige Veränderungen mit Psychotherapie zu bewirken, ohne diese Bedingungen selbst zu verändern.“

Grawe postuliert als zentrale psychische Grundbedürfnisse diejenigen nach Orientierung/Kontrolle und Kohärenz, Lustgewinn und Unlustvermeidung, Bindung und Selbstwerterhöhung.

Die klinische Sozialarbeit bietet eine spezifische Beratung und ist ein Teilbereich der Sozialen Arbeit.

Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie ist zuständig für die Bearbeitung der sozialen Dimension der psychischen Krankheit und somit auch für die Begleitung und Reintegration der psychisch kranken Menschen in ihre Lebenswelt.

Sie bearbeitet problematisch gewordene Lebensführungssysteme und fördert die Wiederherstellung von Integration.

Es geht um eine langfristige (Wieder-) Herstellung der Integrationsbedingungen und somit um eine Veränderung der damit einhergehenden psychosozialen Problemdynamik.

Ziel ist es, das Lebensführungssystem eines Individuums so zu gestalten, dass ein befriedigendes Leben in angemessenen sozialen Beziehungen realisiert werden kann.

Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, besitzt die Soziale Arbeit spezifische Instrumente und Verfahren für die Fallarbeit und deren Koordination mit der therapeutisch-medizinischen Behandlung.

Durch ein Screening eine Indikation für die Soziale Arbeit feststellen.

Ist diese ausgewiesen, wird eine differenzierte Falleinschätzung erarbeitet.

Zur Diagnose werden personenbezogene Ausstattungs- und Recoverydimensionen erfasst.

Mit orientierungsleitenden Fragen wird das Lebensführungssystem erforscht und die Perspektive vorrangig auf das Netzwerk gerichtet.

Kurzassessment zur Indikation der Sozialen Arbeit – Erwachsenenpsychiatrie

ALLGEMEINE FRAGEN					Bemerkungen
1	Sind Sie für die Betreuung von Kindern, Angehörigen, anderen Personen oder Tieren zuständig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			Wer?
2	Haben Sie eine Beiständin / einen Beistand?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			Wer?
3	Gibt es andere professionelle oder nichtprofessionelle Helfer, die Sie unterstützen (z.B. Spitex, Psychiater, Sozialberatung, Angehörige)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			Wer?
4	Welche Nationalität haben Sie?			
5	Wenn Sie nicht Schweizer/Schweizerin sind, welchen Aufenthaltsstatus haben Sie (B, C, F, N ¹ , weitere) oder sind Sie Sans Papier?				
WOHNEN					Bemerkungen
6	Wie wohnen Sie?	Eigene Wohnung / Haus	Wohnung / Haus zur Miete	Betreute Wohnsituation (Wohnheim, -gruppe)	Ohne festen Wohnsitz (bei Freunden, Bekannten)
7	Ist Ihre Wohnsituation gefährdet und / oder belastet?	Nein	Etwas gefährdet	Stark gefährdet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Habe Mietrückstände ▪ Es droht Kündigung
8	Wie sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
ARBEIT / AUSBILDUNG / ALLTAG					Bemerkungen
9	Haben Sie eine feste Arbeitsstelle, einen geschützten Arbeitsplatz oder sind Sie in Ausbildung?	Nein → Weiter zu Frage 11		Ja, es gibt aber Probleme	Ja
10	Sind Sie von Kündigung Ihrer Arbeitsstelle bzw. Auflösung des Ausbildungsverhältnisses bedroht?	Nein	Ich kann es nicht ausschliessen	Ja, Kündigung droht, es gibt Anzeichen dafür	Ja, ich wurde/habe gekündigt per:

¹ Ausländerausweis B (Aufenthaltsbewilligung), C (Niederlassungsbewilligung), F (vorläufig aufgenommene Flüchtlinge), N (Asylsuchende)

11	Haben Sie eine Tagesstruktur bzw. Alltagsbeschäftigung (z.B. Hausarbeit, Freiwilligenarbeit, Tagesklinik, Hobby)?	Ja	Nicht immer, aber regelmässig	Unregelmässig	Nein	Welche Tagesstruktur?
12	Fällt Ihnen die Bewältigung Ihrer alltäglichen Aufgaben wie Haushaltsführung, Körperpflege, Ernährung etc. schwer?	Nein	Manchmal	Oft	Immer	In welchem Bereich gibt es Schwierigkeiten?
13	Wie sind Sie mit Ihrer Beschäftigungssituation / Ihrem Alltag zufrieden?	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden	
FINANZEN / ADMINISTRATION / KURZFRISTIGE TERMINE UND VERPFLICHTUNGEN						Bemerkungen
14	Womit bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt?	Lohn	Taggelder (Arbeitslosen-, IV-Unfall- oder Krankentaggeld)	Rente (IV, Pensionskasse)	Sozialhilfe	Kein Einkommen
15	Haben Sie kurzfristige bzw. dringende Termine / Fristen, die finanzielle oder rechtliche Konsequenzen haben?	Nein		Ja		Um was für Termine und/oder Fristen handelt es sich?
16	Haben Sie nicht bezahlbare Rechnungen, Schulden, Kontakt mit dem Betreibungsamt?	Nein	Nein, nur nicht bezahlte Rechnungen	Ja, Schulden	Ja, Kontakt mit dem Betreibungsamt (Zahlungsbefehle, Verlustscheine, Pfändungen)	
17	Erledigen Sie Ihre administrativen und finanziellen Angelegenheiten selbständig?	Ja	Ja, mit etwas Unterstützung	Nein, aber ich habe Unterstützung	Es fällt mir schwer und ich habe keine Unterstützung	
18	Wie sind Sie mit Ihrer finanziellen Situation zufrieden?	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden	
SOZIALES NETZ (FAMILIE, FREUNDE UND FREUNDINNEN, BEZIEHUNGEN, BEKANNTE)						Bemerkungen
19	Haben Sie Kontakt zu Ihrer Familie?	Ja, häufig	Ab und zu	Selten	Nein, ich habe keinen Kontakt	
20	Haben Sie Kontakt zu Bekannten/Nachbarn und Freunden?	Ja, häufig	Ab und zu	Selten	Nein, ich habe keinen Kontakt	
21	Fühlen Sie sich durch Ihre Freunde und/oder Ihre Familie unterstützt?	Ja, immer	Meistens	Selten	Nein	
22	Wie sind Sie im Allgemeinen mit Ihren sozialen Beziehungen zufrieden?	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden	

Struktur der Prozesselemente

Die nachfolgenden Prozesselemente sollen die Behandlungsplanung strukturieren.

Ein klar vorgesehener und transparenter Prozess hilft Unsicherheiten abzubauen.

Der ritualisierte Ablauf erlaubt ein gewisses Mass an Überschaubarkeit in der Dynamik der Klinik.

Gleichzeitig wirken die 7 Prozesselemente unterstützend für das Gelingen der Kommunikation innerhalb des interprofessionellen Teams, weil sie durch das klinikinterne Kommunikationssystem für alle im Behandlungsteam zugänglich sind.

1. Prozesselement:
Die Auftragserteilung / Auftragsaneignung

Dieser erste Prozessschritt wirkt sich sehr entscheidend auf die Arbeitsgestaltung und der Arbeitsvolumen der Sozialarbeitenden aus.

Deshalb ist hier im Ablauf der Auftragserteilung bei allen Beteiligten mit Sorgfalt zu arbeiten.

Behandlungsvereinbarung vom-{Datum}¶

(Patient), -(Geburtsdatum)¶

Grund für den Klinikaufenthalt-(ggf. Diagnose)¶

¶

Geplante Dauer des Aufenthaltes¶

¶

Behandlungsziel/e¶

¶

Wie soll das/die Ziel/e erreicht werden?¶

¶

Besonderes/Anmerkungen¶

¶

Über die verordneten Medikamente wurde angemessen informiert (Wirkung, Nebenwirkung)¶

¶

⇒→siehe ggf. Anhang/Details¶

¶

Bezüglich Fahreignung wurde aufgeklärt. ¶

In der Regel besteht während des Klinikaufenthaltes keine Fahreignung. Über Ausnahmen entscheidet der Oberarzt.¶

¶

Oberwil, -(Datum)_____¶

¶

Unterschrift (Patient)¶

¶

Unterschrift (Arzt/Psy)¶

¶

Grundsätzlich gilt es bei der Auftragserteilung oder Auftragsaneignung Weichen zu stellen, d.h. zu unterscheiden, ob es sich um einen kurzen Auftrag, (z.B. Sachhilfe) handelt, der mit wenig Aufwand erledigt werden kann

oder

ob es sich um eine umfassende, sozialdienstliche Abklärung handelt.

Letztere, die umfassende Auftragserteilung macht die Soziale Diagnostik als Fachinstrument sinnvoll und nötig.

3. Prozesselement:

Sozialanamnese zur Bestimmung des sozialen Wohlbefindens

Dieses Prozesselement dient einer ausführlichen Sozialanamnese, die ohne PatientInnen vorgenommen wird.

Die Erfassung der Sozialanamnese zur Bestimmung des sozialen Wohlbefindens ist inhaltlich wie folgt gegliedert:

Erfassung der sozialen Ressourcen und sozialen Probleme

Auf der Basis des Auftrages und dem Erstgespräch mit der PatientIn Sozialanamnese.

Erfassung von Ressourcen und Problembereichen.

Sie sind mit Nummern codiert, die im Bewertungsmanual differenzierter beschrieben und mit einem Bewertungssystem gekoppelt sind.

Definitorisches

„Als Ressource kann jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden, also z. B. motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Geschmack, Einstellungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Interaktionsstile, physische Merkmale wie Aussehen, Kraft, Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten und das gesamte Potential der zwischenmenschlichen Beziehungen eines Menschen...“ (Grawe, 1998, S. 34)

Ressourcenorientierte Diagnostik

1. Ressourcenorientierte Heuristiken und Gesprächsführung
2. Ressourcenorientierte Prozessgestaltung
3. Checklisten/ Fragebögen
4. Testdiagnostische ressourcenorientierte Verfahren
5. Ressourcenorientierte Einzelfalldiagnostik

Ressourcenorientierte Heuristiken

- Exploration
- Erkunden von Ausnahmen
- Erkunden gesunder Lebensbereiche- und -welten
- Nonverbaler Bereich ressourcenorientierter Wahrnehmung aufgreifen

Ressourcenorientierte diagnostische Prozessgestaltung

1. Lebenspanorama, biografischer Zeitbalken
1. Zielvisionen
3. Ecomaps
4. Netzwerkkarten
5. Grafische, gestalterische Methoden, Collagen, Poster etc.

Checklisten

- Ressourcencheckliste (Andreas, Dick, 2003)
- Liste angenehmer Tätigkeiten (Martin, Hautzinger, 1997)
- Ressourcenselbsteinschätzung RES, (Anne, Trösken, 2002)
- Ressourcenfremdeinschätzung REF, (Anne, Trösken, 2002)
- Values in Action Inventory of Strengths VIA-IS (Christopher, Peterson und Martin, Seligmann, 2004)

Testdiagnostische, ressourcenorientierte Verfahren Beispiele

- Fragebogen Motivationaler Ziele, FAMOS Grosse Holtforth, 2001
- Inkongruenzfragebogen, INK Grosse Holtforth, 2004

Ressourcenorientierte Einzelfalldiagnostik

- Erkunden der Lebenswelten, Geschichten, Ereignisse und Dramen einer Biografie
- Soziale Beziehungen und Bindungserleben
- Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle
- Sinnkonstruktionen
- Bewältigungsressourcen
- Herstellen bildlicher, auditiver, kinästhetischer Wahrnehmungen subjektiver Ressourcen

Nr.	Lebensbereiche	Ressourcen- und Problembeschreibung	Zeit
2	Beziehungen		
2.1.a	Partnerin	Partnerin vorhanden, engagiert und unterstützend	4
2.1.b	Partnerin	Engagiert, belastbar und unterstützend, gut informiert	4
2.1.c	Partnerschaft	Funktionierende Partnerschaft, aber belastet	
2.1.d	Partnerschaft	Krise/Trennung der Partnerschaft	
2.2.a	Ehepartner/In	Engagiert, belastbar und unterstützend, gut informiert	
2.2.b	Ehepartner/In	nicht mehr unterstützend, distanziert	
2.2.c	Ehepartner/In	Trennungsthema / Timeout	
2.2.d	Ehepartner/In	Trennungsabsicht / Scheidung	
2.3.a	Familie / Angehörige Erwachsene Kinder	unterstützend, nehmen für sich selbst Hilfe in Anspruch	
2.3.b	Familie / Angehörige Erwachsene Kinder	abwesend / überbehütend, übergriffig im Engagement	
2.3.c	Familie / Angehörige Erwachsene Kinder	Desinteressiert / dysfunktional Kinder ziehen aus	8
2.3.d	Familie / Angehörige Erwachsene Kinder	Familie will gar keinen Kontakt mehr Verlust der Kinder durch Tod	8-12
2.4.a	FreundInnen und KollegInnen	unterstützend, sind engagiert und halten den Kontakt	
2.4.b	FreundInnen und KollegInnen	Fehlt, nur sehr wenig vorhanden	6
2.4.c	FreundInnen und KollegInnen	haben sich distanziert	
2.4.d	FreundInnen und KollegInnen	Beziehungen wurden abgebrochen	
2.5.a	Kontaktfähigkeit / Soziales Netz	Gute Kontaktmöglichkeiten und Kontaktfähigkeiten	
2.5.b	Kontaktfähigkeit / Soziales Netz	Kontaktscheu, aber Kontaktfreundlich	
2.5.c	Kontaktfähigkeit / Soziales Netz	Fehlt, nur sehr wenig vorhanden	6-8
2.5.c	Kontaktfähigkeit / Soziales Netz	Soziale Phobie und sozialer Rückzug	8-12

Nr.	Lebensbereiche	Ressourcen- und Problembeschreibung	Zeit
3	Wohnen und existentielle Sicherheit		
3.1.a	Aufenthaltsstatus	Wohnsitz geklärt	3-4
3.1.b	Aufenthaltsstatus	Nicht angemeldet, Wohnsitz ungeklärt	8-12
3.1.c	Aufenthaltsstatus	Asylverfahren hängig, aber Aufenthaltsrecht	6
3.1.d	Aufenthaltsstatus	Drohende Landerverweisung	6
3.2.a	Wohnung	Wohnung vorhanden	3-4
3.2.b	Wohnung	Gekündigt, muss geräumt werden Nicht vorhanden / gekündigt	6-8
3.2.c	Wohnung	Möglichkeit ev. zu Freunden/Verwandten zu ziehen	10
3.2.d	Wohnung	Wohnungsverlust	10
3.3.a	Wohnheim	Rückkehr ins Wohnheim ist möglich	4
3.3.b	Wohnheim	Kündigung des Wohnheimplatzes angedroht / ev. Verlust	6
3.3.c	Wohnheim	Platzierung/Anschlussprogramm blockiert, keinen Platz, Kostengutsprache hängig	12
3.3.d	Wohnheim	Kein adäquates Wohnheim zur Verfügung im Hinblick auf die persönlichen Fähigkeiten.	12
3.4.a	Spezifisches Wohnheim	Lange Wartezeiten, aber Anmeldung möglich	
3.4.b	Spezifisches Wohnheim	Ambivalenz bzgl. Aufnahme wegen Kantonszugehörigkeit Wartezeit	
3.4.c	Spezifisches Wohnheim	Anmeldung und Eintritt in absehbarer Zeit möglich, Finanzierung gesichert	12-16
3.4.d	Spezifisches Wohnheimangebot	Ist nicht existent.	52
3.5.a	Lebensumwelt	Unterstützende Nachbarschaft und Vermieter	4
3.5.b	Lebensumwelt	Vorurteile und Ausgrenzungen in der Nachbarschaft	
3.5.c	Lebensumwelt	Verbale Gewalt und Mobbingverhalten der sozialen Umwelt	
3.5.d	Lebensumwelt	Psychische/physische Gewalt im Lebensumfeld	

1. Beschreibungen in den Lebensbereichen und sozialen Faktoren

Nr.	Lebensbereiche	Ressourcen- und Problembeschreibung	Zeit
1	Gesundheit		Wochen
1.1.a	Ersterkrankung	Interesse an Behandlung u. Psychoedukation	3-4
1.1.b	Ersterkrankung	Verleugnung der Krankheit (will sich bzgl. sozialen Angelegenheiten nicht helfen lassen).	12
1.1.c	Erkrankung	Kooperativ und offen im Umgang Sucht mit SD Kontakt bzgl. Pers. Pflichten	6-8
1.1.d	FU	Selbst-- und fremdgefährdend gegenüber sich und anderen	12
1.1.d	FU	Aerztl. oder Behördlicher Zwangsaufenthalt	16
1.2.a	Krankheitsverständnis	Bereitschaft Medikamente zu nehmen	3-4
1.2.b	Krankheitsverständnis	Abwertung, Verdrängung, der Erkrankung	6-8
1.2.c	Krankheitsverständnis	Gute Medikamenten-Compliance	4-6
1.2.d	Krankheitsverständnis	Mediwechsel/ Unverträglichkeit	12
1.3.a	Biophysische Gesundheit	Körperliche Unversehrtheit	3-4
1.3.b	Biophysische Gesundheit	Mittel - schwere körperliche Schädigungen	6
1.3.c	Biophysische Gesundheit	Guter Umgang und Pflege des Körpers	3-4
1.3.d	Biophysische Gesundheit	Medikamente unklar/ starke Nebenwirkungen	16
1.4.a	Personale Fähigkeiten	Kooperativ und mitarbeitend	3-4
1.4.b	Personale Fähigkeiten	Kann sich wenig auf die Behandlung einlassen	6
1.4.c	Personale Fähigkeiten	"Gesunder" Umgang mit der Krankheit gefunden, starke Selbstbestimmung	4-6
1.4.d	Personale Fähigkeiten	Keine Krankheitsakzeptanz, sehr starker Rehabilitationsdruck	6
1.5.a	Krankheitsentwicklung		
1.5.b	Krankheitsentwicklung		

1.5.c	Krankheitsentwicklung	Längere Phase der Stabilität	3-4
1.5.d	Krankheitsentwicklung	Wiedererkrankung innert kurzer Zeit mit sozialen Stressfaktoren	8
Nr.	Lebensbereiche	Ressourcen- und Problembeschreibung	Zeit
1	Gesundheit		Wochen
1.6.a	Diagnose	Diagnose klar, die den Umgang mit der Krankheit und sozialen Themen fördert	
1.6.b	Diagnose	Diagnose unklar, die Reintegration bzgl. IV/ usw. verzögert sich	
1.6.c	Diagnose	Klare Diagnose wird aber nicht akzeptiert	
1.6.d	Diagnose	Längerbleibende Unklarheit bzgl. Diagnose und Behandlung	
1.7.a	Motivation		
1.7.b	Motivation	Klare Diagnose, die den Umgang mit der Krankheit und sozialen Themen und fördert	4-6
1.7.c	Motivation	Ungewisse Erkrankung, die sich auf die soziale Integration auswirkt.	8-12
1.7.d	Motivation		
1.8.a	Therapiemotivation	Engagiert sich für die Behandlung und nimmt teil	
1.8.b	Therapiemotivation	Scham und Ängste in einer Klinik zu sein	
1.8.c	Therapiemotivation	Rehabilitationswille, Selbstbestimmung	6
1.8.d	Therapiemotivation	Grosser Druck / starke Ängste bzgl. sozialer Rehabilitation	8
1.9.a	Therapiekontinuität	Keine Infragestellung	
1.9.b	Therapiekontinuität	Sehr kritisch gegenüber der Behandlung	
1.9.c	Therapiekontinuität	Erhöhte Gefahr eines Behandlungsabbruches	
1.9.d	Therapiekontinuität	Grosse Gefahr: Therapieabbruch	

Nr.	Lebensbereiche	Ressourcen- und Problembeschreibung	Zeit
4	Arbeit		
4.1.a	Arbeit	Sinnvolle Arbeitsstelle vorhanden	3-4
4.1.b	Arbeit	Drohende Kündigung der Arbeitsstelle	6
4.1.c	Arbeit	Verhandlungsbereiter Arbeitgeber	4-6
4.1.d	Arbeit	Kündigung der Arbeitsstelle	8
4.2.a	Arbeit	RAV/AL sind informiert und arbeiten mit	4
4.2.b	Arbeit	Probleme mit dem RAV/AL	6
4.2.c	Arbeit	Auszahlung von AL zu Gute	3-4
4.2.d	Arbeit	Streichung v. AL in Folge v. Selbstverschuldung	4-6
4.3.a	Tagesstruktur	Offenheit gegenüber Tagesstruktur	4-6
4.3.b	Tagesstruktur	Fehlende Angebote für ältere Personen oder fehlende Möglichkeiten für Migranten	6
4.3.c	Tagesstruktur	Warteliste bzgl. Beschäftigung und Arbeit für Personen mit Migrationshintergrund	6-8
4.3.d	Tagesstruktur	Isolation in Folge von Migrationshintergrund und Sprachproblemen	12-16
4.4.a	Arbeit /IV	Integrationsmassnahme bzgl. Tagesstruktur vorhanden / gesprochen	4
4.4.b	Arbeit /IV	Fehlende Integrationsangebote bzgl. Tagesstruktur	6-8
4.4.c	Arbeit /IV	Abklärung mit der IV bzgl. beruflicher Massnahme stockt, aber zugesagt	12
4.4.d	Arbeit /IV	Keinen Platz, keinen Platz in einer geschützten Werkstätte bzgl. Arbeitsmöglichkeit	12-16
	Freizeit		
5.1.a		Keine freie Zeitgestaltung möglich, infolge v. anderen soz. Problemen (Arbeit/keine Finanzen)	4-6
5.1.b			
5.1.c			
5.1.d		Kein Freizeitbewusstsein / Gestaltung	8

Nr.	Soziale Faktoren	Ressourcen – und Problembeschreibung	Betroffenheit in %
6	Finanzen und mat. Sicherheit		
6.1.a	Einkommen	Gesichert durch Lohn Gesichert durch Krankentaggeldversicherung	3-4
6.1.b	Einkommen	Kein Einkommen mehr, Liquiditätsprobleme	4-6
6.2.a	Lohn	Einkommen gesichert trotz Krankheit	3-4
6.2.b	Lohn	Einkommen unter dem Existenzminimum	4-6
6.3.a	Sozialhilfe	Erfolgt regelmässig	3-4
6.3.b	Sozialhilfe	Sozialhilfeanmeldung nötig	4-6
6.4.a	Schulden	Keine Übersicht bzgl. Rechnungen usw.	6-8
6.4.b	Schulden	Betreibungen / Pfändung stehen ins Haus	8
6.5.a	Schulden-sanierung	Schuldensanierungsstelle bekannt, angemeldet und vorbereitet für Ersttermin	8-12
6.5.b	Schulden-sanierung	Lange Wartezeiten, bis Ersttermin möglich ist.	12
7	Recht		
7.1.a	Rechtsanwalt/In	Vorhanden	3-4
7.1.b	Rechtsanwalt/In	Muss gefunden werden, für die fachspez. Problemstellung	4-6
7.2.a	Rechtsberatung	Gegeben	3-4
7.2.b	Rechtsberatung	Muss gefunden, telefoniert, angemeldet und vorbeigegangen werden.	4-6
7.3.a	Bewährungshilfe	Aktiv engagiert	4-6
7.3.b	Bewährungshilfe	Wird erst ins Amt gesetzt	8-12

Nr.	Lebensbereiche	Ressourcen- und Problembeschreibung	Zeit
	Rechtliche Verfahren		
7.4.a	Zivilrechtliche Verfahren	Eheschutzverfahren muss erklärt, vorbereitet und eingereicht werden.	6-8
7.4.b	Zivilrechtliche Verfahren	Ambivalenz bzgl. Eheschutzverfahren, das weiter erklärt, vorbereitet und eingereicht werden muss.	8-12
7.5.a	Strafverfahren Betrug	Strafverfahren wegen Betrugsdelikten	6-8
7.5.b	Strafverfahren Betäubung	Strafverfahren wegen Übertretung des Betäubungsmittelgesetzes	6
7.6.a	Strafverfahren	Strafverfahren hängig wegen Androhung von Gewalt gegen Leib und Leben.	4-6
7.6.b	Andere Strafverfahren	Verurteilung wegen Gewalt gegen Leib und Leben	3-4
7.7.a	Asylrechtsverfahren	Hängiges Asylrechtsverfahren	8-12
7.7.b	Asylrechtsverfahren	Negativ entschiedenes Asylrechtsverfahren: Ausreise oder Ausschaffungstermin gesetzt.	8-12
8	Versicherungen		
8.1.b	ALV	Probleme mit der ALV / RAV Abzüge, Einstelltage	6
8.2.b	IV	Früherfassungsanmeldung nötig, da Arbeitsverhältnis noch vorhanden.	6
8.3.b		Krankheitsentwicklung fortgeschritten, umfassende Anmeldung für IV-Leistungen sind nötig.	8-12
8.4.b	EL / HIV /	Sind nicht aktiviert	6
8.5.b	BV	Sind nicht aktiviert	6
8.6.b	Krankentaggeld-versicherung	Nicht aktiviert Nicht vorhanden	6
8.8. b	SUVA	Nicht aktiviert	6

8.9.b	Krankenkassenprämien	Leistungsaufschub / keine Kostengutsprache Keine Krankenkasse	6
Nr.	Lebensbereiche	Ressourcen- und Problembeschreibung	Zeit
	Beratung		
	Keine Beistandschaft	Mehrere Klinikaufenthalte mit wiederholter sozialer Verwahrlosung	8-12
		Ambivalenz gegenüber einer Beistandschaft	8
		Ablehnung einer Beistandschaft Schutzmassnahmen sind ungenügend	8-12
		Gutachtensauftrag nötig bzgl. Umfassender Beistandschaft	12-16
	Beziehungs-verhältnis zur/zum BeistandIn	Probleme mit dem Beistand/BeiständIn (hängige Beschwerde, Gesuch um Wechsel)	8-12
		Eingeschränkte Fähigkeit zur Kooperation und Vereinbarungen	8-12
		Erschwerte Zusammenarbeit mit Beistand	8-12
	Sozialberatung	Keine Beratung vorhanden	4-6
	Betreuung und Paramedizin. Angebote		
	Wohnbegleitung	Nicht aktiviert / keinen Platz	3-4
	Familienhilfe	Keinen Finanzierung	3-4
	Spitex	Nicht aktiviert	3-4
	Psychiatriespitex	Nicht aktiviert / wird abgelehnt	3-4
	Physiotherapeutin	Nicht aktiviert	3-4
	Andere Strafverfahren	Nicht bezahlbar	3-4
	Kunst/Ausdrucks-therapeutin	Nicht bezahlbar	3-4
	Migration		
	Migration	Ist gut integriert und hat sich ein soziales Netz aufgebaut	
	Migration	wenig Freund und soziales Netz,	

Erfassung der belastenden Stressfaktoren

Im Hinblick auf die Rehabilitation müssen verschiedenen belastenden Stressoren unbedingt Beachtung geschenkt werden, da bei den beteiligten Personen, PatientIn, Bezugssysteme und dem Helfersystem innerhalb der Klinik viel Druck entstehen kann.

z.B. nicht akzeptierte Erkrankung - Krankheit

„Alles muss gut werden und dies möglichst schnell.“

2. Arbeitsblatt: Soziale Lebensbereiche des Menschen: Ressourcen / Schwächen

Soziale Lebensbereiche	a = Ressourcen		b = Schwächen / Probleme	
	Nr.	Bemerkungen	Nr.	Bemerkungen
1. Gesundheit				
Ersterkrankung Krankheitseinsicht	1.1.a	<input type="checkbox"/> Interesse an Behandlung und Psychoedukation	1.1. b	<input type="checkbox"/> Verleugnung der Krankheit, will sich bzgl. soz. Angelegenheiten nicht helfen lassen
Krankheitsverständnis	1.2. a	<input type="checkbox"/> Bereitschaft Medikamente zu nehmen	1.2. b	<input type="checkbox"/> Abwertung/Verdrängung der Erkrankung
Bio-Physische Gesundheit	1.3. a	<input type="checkbox"/> Körperliche Unversehrtheit	1.3. b	<input type="checkbox"/> Mittelschwere körperliche Schädigung
Personale Fähigkeiten	1.4. a	<input type="checkbox"/> Kooperativ und mitarbeitend	1.4. b	<input type="checkbox"/> Kann sich wenig auf die Behandlung einlassen
Krankheitsentwicklung	1.5. a	<input type="checkbox"/>	1.5. b	<input type="checkbox"/>
Diagnose	1.6.a	<input type="checkbox"/> Diagnose klar, die den Umgang mit der Krankheit und sozialen Themen fördert	1.6.b	<input type="checkbox"/> Diagnose unklar, die Reintegration bzgl. IV verzögert sich deshalb
Motivation	1.7.a	<input type="checkbox"/> Engagiert sich für die Behandlung und nimmt teil	1.7.b	<input type="checkbox"/> Scham und Ängste in einer Klinik zu sein und gegenüber eines längeren Aufenthaltes
Therapiemotivation	1.8.a	<input type="checkbox"/> Gute Motivation	1.8.b	<input type="checkbox"/> Innerer Druck zur Anpassung
Therapiekontinuität	1.9.a	<input type="checkbox"/> Keine Infragestellung	1.9.b	<input type="checkbox"/> Sehr kritisch gegenüber der Behandlung
2. Beziehungen				
PartnerIn	2.1.a	<input type="checkbox"/> vorhanden, engagiert und unterstützend	2.1.b	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden / nicht unterstützend, distanziert
Ehepartnerin	2.2.a	<input type="checkbox"/> Engagiert, belastbar und unterstützend, gut informiert	2.2.b	<input type="checkbox"/> nicht unterstützend, fordernd, distanziert
Familie/Angehörige	2.3.a	<input type="checkbox"/> unterstützend, nehmen für sich selbst Hilfe in Anspruch	2.3.b	<input type="checkbox"/> abwesend / überbehütend / übergriffig im Engagement
Freund/Innen	2.4.a	<input type="checkbox"/> unterstützend, sind informiert und engagiert	2.4.b	<input type="checkbox"/> fehlt, nur wenig vorhanden
3. Wohnen				
Aufenthaltsstatus	3.1.a	<input type="checkbox"/> Wohnsitz geklärt	3.1.b	<input type="checkbox"/> Nicht angemeldet, Wohnsitz ungeklärt
Wohnung	3.2.a	<input type="checkbox"/> Wohnung da	3.2.b	<input type="checkbox"/> gekündigt, muss geräumt werden
Wohnheim	3.3.a	<input type="checkbox"/> Angebot da	3.3.b	<input type="checkbox"/> Platzierung/Anschlussprogramm blockiert, keinen Platz, Kostengutsprache hängig

Spezifisches Wohnheim	3.4.a	<input type="checkbox"/>	Angebot da	3.4.b	<input type="checkbox"/>	Platzierung/Anschlussprogramm blockiert, keinen Platz, Kostengutsprache hängig
Lebensumwelt	3.5.a	<input type="checkbox"/>	wenig unterstützend	3.5.b	<input type="checkbox"/>	Keine Unterstützung und Ausgrenzung und psychische Gewalt in der Nachbarschaft
4. Arbeit/ Tagesstruktur						
Arbeit	4.1.a	<input type="checkbox"/>	Sinnvolle Arbeit vorhanden	4.1.b	<input type="checkbox"/>	Drohende Kündigung der Arbeitsstelle
	4.2.a	<input type="checkbox"/>	Arbeitgeber Verhandlungs-bereit	4.2.b	<input type="checkbox"/>	Kündigung der Arbeitsstelle
	4.3.a	<input type="checkbox"/>	RAV unterstützend	4.3.b	<input type="checkbox"/>	Probleme mit RAV: Kürzungsandrohung/ Altersbarriere und schwer vermittelbar
Arbeit und IV	4.4.a	<input type="checkbox"/>	Integrationsmassnahmen	4.4.b	<input type="checkbox"/>	keine Integrationsangebote bzgl. Tagesstruktur
	4.5.a	<input type="checkbox"/>	Berufliche Massnahmen zugesagt	4.5.b	<input type="checkbox"/>	Keinen Ausbildungs- oder Trainingsplatz bzgl. beruflicher Massnahme/ lange Wartezeiten
Tagesstruktur	4.6.a	<input type="checkbox"/>	Offenheit bzgl. Teilnahme an Angebot	4.6.b	<input type="checkbox"/>	Fehlende Angebote für ältere Personen sowie fehlende Tagesstrukturangebote für MigrantInnen
Soziale Lebensbereiche		a = Ressourcen		b = Schwächen / Probleme		
	Nr.		Bemerkungen	Nr.		Bemerkungen
5. Freizeit						
Interessen	5.1.a	<input type="checkbox"/>	Interessen da	5.1.b	<input type="checkbox"/>	Schwer motivierbar und fast keine Interessen
Finanzielle Mittel	5.2.a	<input type="checkbox"/>	vorhanden	5.2.b	<input type="checkbox"/>	Armutsgrenze erlaubt keine Teilhabe am sozialen Freizeitleben, Kursen, Vereinen usw.
Gestaltungsfähigkeit	5.3.a	<input type="checkbox"/>	Vielfältige Teilnahmefähigkeiten	5.3.b	<input type="checkbox"/>	Eingeschränkte Interessen und Teilnahmefähigkeiten in Folge der Krankheit und Sozialen Kompetenz
Soziale Faktoren		a = Ressourcen		b = Schwächen / Probleme		
	Nr.		Bemerkungen	Nr.		Bemerkungen
6. Finanzen						

	6.1.a	<input type="checkbox"/>	Lohn	6.1.b	<input type="checkbox"/>	Finanzielle Notlage
	6.2.a	<input type="checkbox"/>	Einkommen	6.2.b	<input type="checkbox"/>	Unter dem Existenzminimum, finanz. Liquidität
	6.3.a	<input type="checkbox"/>	Sozialhilfe	6.3.b	<input type="checkbox"/>	Sozialhilfearmeldung nötig
	6.4.a	<input type="checkbox"/>	Schulden	6.4.b	<input type="checkbox"/>	Keine Übersicht über Rechnungen und Schulden
	6.5.a	<input type="checkbox"/>	Schuldensanierung aktiviert	6.5.b	<input type="checkbox"/>	Betreib. / Pfändungen
7. Recht						
	7.1.a	<input type="checkbox"/>	Rechtsanwalt	7.1.b	<input type="checkbox"/>	Nicht vorhanden
	7.2.a	<input type="checkbox"/>	Rechtsberatung	7.2.b	<input type="checkbox"/>	Nicht aktiviert
	7.3.a	<input type="checkbox"/>	Bewährungshilfe	7.3.b	<input type="checkbox"/>	Verhältnis belastet
8. Versicherungen						
	8.1.a	<input type="checkbox"/>	AHV/IV/EL/HE/BV	8.1.b	<input type="checkbox"/>	nicht aktiviert
	8.2.a	<input type="checkbox"/>	KTGV	8.2.b	<input type="checkbox"/>	keine
	8.3.a	<input type="checkbox"/>	Krankenkasse	8.3.b	<input type="checkbox"/>	nicht vorhanden/ keine Kostengutsprache
	8.4.a	<input type="checkbox"/>	ALV	8.4.b	<input type="checkbox"/>	nicht aktiviert
9. Beratung						
	9.1.a	<input type="checkbox"/>	Beistand/In	9.1.b	<input type="checkbox"/>	keine vorhanden, Antrag stellen
	9.2.a	<input type="checkbox"/>	Beistand/In	9.2.b	<input type="checkbox"/>	Ambivalenz/Ablehnung bzgl. Beistandschaft
	9.3.a	<input type="checkbox"/>	Beistand/In	9.3.b	<input type="checkbox"/>	Gutachtensauftrag für umfassend. Beistandschaft
	9.4.a	<input type="checkbox"/>	Beistand/In	9.4.b	<input type="checkbox"/>	Probleme mit/dem Beistand/In
	9.5.a	<input type="checkbox"/>	Beistand/In	9.5.b	<input type="checkbox"/>	Hängige Beschwerde gegenüber Beistand/In
	9.6.a	<input type="checkbox"/>	Beistand/In	9.6.b	<input type="checkbox"/>	Erschwerte Zusammenarbeit und eingeschränkte Fähigkeiten zur Kooperation.
	9.7.a	<input type="checkbox"/>	Sozialberatung	9.7.b	<input type="checkbox"/>	Sozialberatung nicht aktiviert

- Die verschiedenen Erhebungen der einzelnen Berufsgruppen (ÄrztInnen; PsychologInnen; SozialarbeiterInnen) sind frei zugänglich
- Ergänzende Informationen können von allen vorgenommen werden (Vgl. Wikipedia)
- Das System verknüpft die Daten im Hintergrund mit den entsprechenden Algorithmen und generiert entsprechende Textbausteine für die verschiedenen Berichte (Zwischenberichte; Kurzaustrittsberichte etc.)

Beschreibungen der Skalenwerte 0-100 Soziale Situation

Beurteilungsaspekte der sozialen Lebenswelt: Gesundheit, Beziehungen, Wohnen, Arbeit, Freizeit - sowie den sozialen Faktoren: Recht, Finanzen, Versicherungen, Recht, Beratung und Medizinische Versorgung und Belastungsstressoren

90 -100 %	Ausgezeichnete soziale Lebenswelt	Unterstützende, nährnde und motivierende Lebenswelt , die auch in Phasen des Krankseins sehr gut funktioniert.
85 %	Leichte Probleme in der Lebenssituation	Intakte Lebenswelt und Zugang zu den sozialen Ressourcen, die eine selbstständige Bewältigung der Krankheitssituation erlauben.
80 %	Vorübergehende Probleme bei den sozialen Faktoren	Gelegentliche Probleme bei der Wahrnehmung von Pflichten, z.B. Bezahlen von Rechnungen, wiederholte Mahnungen, Versäumte Termine beim Arzt usw..
75 %	Vorübergehende Probleme in den sozialen Lebensbereichen	Beziehungen: Gelegentliche Probleme in der Partnerschaft Arbeit: Andauernder Druck bei der Arbeit Freizeit: Mittlere Erholungs- u. Freizeitfähigkeiten
70 %	Mittlere Schwierigkeiten bei den sozialen Faktoren	Z.B. Finanzen: Wiederholte finanzielle Probleme, Schulden bei versch. Personen, Rückstände bei Krankenkassenprämien Steuerbehörden .. Arbeit: Gelegentliche Arbeitskonflikte.
65 %	Moderate Probleme in den Lebensbereichen	Gesundheit: Medi.-Compliance ambivalent, Erneute Suchterkrankung Beziehungen: Partnerschafts- und Beziehungsprobleme. Arbeit: Androhung von Kündigung beim Arbeitsplatz. Wohnen: Wohnung zu klein oder dauerhaft zu teuer. Finanzen: Sehr eingeschränktes Budget für die Lebenskosten
60 %	Ernsthafte Schwierigkeiten in den Lebensbereichen und bei Lebensfaktoren	Finanzen: Zahlungsunfähigkeit. Gesetzeskonflikte: Parkbussen, Schwarzfahren. Beziehungen: Schwerwiegende Partnerschafts- und Ehekrisen, Verluste durch Umzug oder Tod Arbeit: Eingetretene Arbeitslosigkeit, unklare Rechtslage
55 %	Ernsthafte Problem in den Sozialen Lebensbereichen wie auch bei den sozialen Faktoren	Beziehungen: Schwere Partnerschafts- und Ehekrisen mit Trennungs- oder Scheidungsabsichten, hängige Eheschutz- und Scheidungsverfahren und unklare Unterstützungsverhältnisse. Finanzen/AL: Sperrfrist bzgl. Selbstverschuldung, Einleiten von Sozialhilfe, Schuldensanierung Gesetz: Diebstahl
50 %	Schwere gesundheitliche Probleme, bei den sozialen Lebensbereichen, sozialen Faktoren und Belastungsstressoren.	Schwere psychische Erkrankung: Anmeldung IV Wohnen: Beginnende Verwahrlosung, Wohnungskündigung Arbeitslosigkeit bei Risiko-Altersgruppe (ab 40) oder Suchthematik Tendenz zur Isolation: Trennung / Migrationshintergrund Finanzielle Not: Anmeldung bei Sozialamt
45 %	Andauernde soziale Probleme und Konflikte mit dem Gesetz	Keine Medi-Compliance Wohnen: Mieslie, Gekündigte Wohnung mit Räumungstermin Arbeit: IV-Rente hängig, nicht mehr vermittelbar, Beziehungen:
35 %	Die Lebenssituation ist beträchtlich eingeschränkt durch die massiven sozialen Probleme auf allen Ebenen	Finanzen: Einleiten von Konkurs Wohnen: Obdachlosigkeit, kein adäquates Wohnheim zur Verfügung Beziehungen: Keine verbindlichen/verwandtschaftlichen Bezüge oder Freunde da Arbeit: Nicht mehr vermittelbar, keine IV, Sozialhilfe o. Kooperation
30 %	Gelegentlich bedrohliche Lebenssituation durch Gewalt	Beziehungen: Gewalt im Beziehungsumfeld Wohnen: Mögliche Gewalt durch Obdachlosigkeit Finanzen: Kleinkriminalität, Recht: Bedingte Haftstrafe
25 %	Andauernde bedrohliche Lebenssituation	Gesundheit: Gesundheitliche Verwahrlosung, Unterernährung usw. Wohnen: Ausgesetzt einer feindlichen Lebenswelt mit regelmässigen Übergriffen der Gewalt Recht: vorbestraft, ausstehende Verurteilung wegen einem Kapitalverbrechen, Körperverletzungen usw.
10 - 20 %	Unzureichende Informationen zur gesamten Lebenssituation	Ist nicht einschätzbar , weil keine zuverlässige Aktenlage. Es muss die gesamte, soziale Situation recherchiert und aufgearbeitet werden.

Skalen zur Bewertung für das soziale Wohlbefinden



1. Lebenswelt

Gesundheit



Aufenthaltsstatus /Wohnen



Beziehungen



Arbeit / Tagesstruktur



Freizeitgestaltung



2. Soziale Faktoren

Finanzen



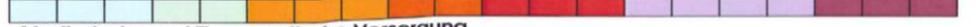
Versicherungen



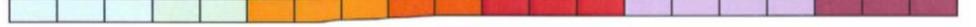
Recht



Beratung



Medizinische und Therapeutische Versorgung



3. Belastende Stressfaktoren



Die beschriebenen Ressourcen, sozialen Probleme und Stressfaktoren erlauben ein strukturiertes Wahrnehmen der aktuellen Lebenswelt und der Situation des/der PatientIn.

Diese Strukturierung ermöglicht, da sie mit dem Bewertungssystem gekoppelt ist, eine Erstbeurteilung der sozialen Gesundheit der PatientInnen.

Diese basiert auf festen Werten und ermöglicht eine Weiterbearbeitung der sozialen Diagnose

4. Prozesselement: Soziale Diagnose

Die Soziale Diagnose beinhaltet eine professionelle Einschätzung der sozialen Gesundheit und der damit verbundenen sozialen Gefährdung.

Viele Fakten, soziale Faktoren und deren möglichen Wirkweisen sind systematisch erhoben, einbezogen und bewertet worden, jedoch sind Wissen und Erfahrung von Sozialarbeitenden subjektiv und unterschiedlich.

Dem Anspruch der Wissenschaftlichkeit einer Sozialdiagnose kann daher nur teilweise entsprochen werden.

Es stehen differenzierte Beschreibungen und diagnostische Verfahren zur Verfügung. Doch die Gewichtung geschieht auf der Basis von Erfahrung und Sorgfalt, also subjektiv.

Es gibt den durchschnittlichen Schweizer mit einem durchschnittlichen Einkommen, einer durchschnittlichen Depression oder Persönlichkeitsstruktur nicht.

Die interindividuelle Vielfalt ist enorm und kann erst durch die graphische Darstellung des Behandlungsverlaufs der einzelnen Person erfasst werden.

Die einzelne Person ist nicht der Durchschnitt vieler Menschen, sondern eine unteilbare Person mit seiner Selbstorganisation. Was an einer Gruppe von Menschen methodisch perfekt erkannt wird, kann nicht auf das einzelne Individuum übertragen werden. Es ermöglicht nur die Rückschlüsse auf die untersuchte Population.

Die klinische Relevanz einer statistischen Relevanz muss deshalb für jeden Fall gesondert betrachtet werden. Die evidenzbasierte Forschung hilft, zwischen relevanten und irrelevanten Befunden zu unterscheiden. Was statistisch relevant ist, muss klinisch nicht bedeutsam sein. Menschen treffen eigene Entscheidungen und verändern sich stetig.

Wer entscheidet, ob eine vorübergehende Verschlechterung zugunsten eines längerfristigen Behandlungserfolges in Kauf genommen werden darf? Wer bestimmt Qualitätsanforderungen an die Beratungsbeziehung oder an zwischenmenschliche Betreuungsformen? Wer misst Trauer gegen Depression?

Statistische Analysen schaffen keine reale bewohnbare, sondern eine virtuelle Welt. Randomisierte und kontrollierte Untersuchungen konfigurieren eine Datenmenge.

Behandeln in der Praxis bedeutet immer den Schritt aus dieser virtuellen Welt in die existenzielle Wirklichkeit. (Hell 2006)

Die verschiedenen Arten von Depressionen haben aber nicht nur verschiedene Gesichter, sondern sie sind auch keine natürlichen Krankheitseinheiten.

So können depressive Symptommuster zum Beispiel nicht scharf von gesunder Trauer oder von normalen Verstimmungen abgegrenzt werden. Sie wachsen aus dem Gesunden heraus und gehen in andere Störungen über.

Diese Uneinheitlichkeit des depressiven Bildes (des sogenannten Phänotyps) kann teilweise erklären, dass bisher keine einheitliche organische Veränderung (etwa ein Genotyp oder ein biologischer Marker) gefunden werden konnte.

Die heutigen Klassifikationssysteme in der Psychiatrie beruhen auf klinischen Beobachtungen. Sie stellen ein Verständigungsmittel dar, das nicht nur Ärzte, sondern auch das Gesundheitswesen und eine weitere Öffentlichkeit benötigen.

Und auch wenn diese hauptsächlich psychologischen beziehungsweise psychopathologischen Beschreibungen entsprechen, bringen sie doch bestimmte Leidensformen zum Ausdruck, die genau so gravierend sein können wie organische Defizite.

Ein Symptom oder eine Störung kann in seiner Bedeutung für das Überleben in einem bestimmten Kontext gewürdigt werden.

Es wird versucht, im Dialog wertschätzende Beschreibungen für Störungen und Symptome zu finden, Blockaden bei der Nutzung bereits vorhandener Lösungsressourcen zu überwinden und diese Ressource (wieder) neu zu entdecken und zu nutzen.

Die praktischen Konsequenzen einer solchen Perspektive sind erheblich, denn die Frage von Autonomie und Kontrolle stellt sich anders als gewohnt:

Autonomie ist der Ausgangspunkt therapeutischer Bemühungen nicht (zwangsläufig) ihr Ziel

Dies bedeutet den Verzicht auf jegliche manipulative oder autoritäre Einflussnahme – auch den Verzicht, KlientInnen „autonom machen“ zu wollen. Das systemische Selbstverständnis besteht darin, professionell angemessene Rahmenbedingungen für konstruktive Veränderungen bereitzustellen und zugleich auf die Idee gezielter und geplanter Veränderung zu verzichten.

(Arist von Schlippe/Jochen Schweitzer 2012)

Erläuterungen zur Struktur

Auf der Basis der Bewertungen, die eine Einschätzung zur sozialen Gesundheit ergeben, werden Behandlungsinterventionen und Zielsetzungen von den SozialarbeiterInnen definiert.

- Gespräch mit PatientIn

In weiteren Gesprächen mit dem/der PatientIn wird in einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit die Sozialdiagnose besprochen.

- Zielsetzung

Die Zieldefinition sollen in einer Ich-Definition von seitens des Patienten definiert werden, damit Verbindlichkeit und Selbstverantwortung gefördert wird.

Es soll klar werden, wer welche Ziele hat oder ob unterschiedliche Ziele bestehen, damit diese transparent werden können.

- Zeit und Zusammenarbeit

Mit den Zielklärungen kann die dafür nötige Zeit eingegrenzt und in die Arbeitsweise definiert werden.

5. Prozesselement:

Interventionen und Interprofessionelle Zusammenarbeit

Entsprechend der sozialen Diagnose und den mit den PatientInnen besprochenen Zielsetzungen, gilt es bei umfassenden Sozialabklärungen, die mehrere Lebensbereiche oder Faktoren betreffen, mit dem Behandlungsteam zusammen zu arbeiten.

Dafür muss die Sozialarbeitende eine Planung vornehmen: Denn auf der sozialdiagnostischen Basis wird ein Zeitrahmen für die Behandlung festgelegt, der von allen gleichermassen bestimmt wird und bekannt ist.

Je nach gesundheitlicher Entwicklung, Veränderung der Situation, kann die Zeitdauer des Aufenthaltes und Behandlung angepasst werden.

Dieses Procedere besteht auf folgendem Grundsatz:

Grundsatz:

Wird ein umfassender sozialer Auftrag erteilt, gehört der/die SozialarbeiterIn zum Kernteam.

Aufgrund der koordinierenden und vermittelnden Informationsfunktionen nach aussen wie nach innen ist der/die Sozialarbeiterin bei der zeitlichen Planung des Aufenthaltes mitbestimmend.

Behandlungsteam

Kernteam

Vorbemerkung: Das Wort „Kernteam“ ist ein interner Begriff, der nicht in nach aussen gerichteten Dokumenten verwendet wird (z.B. Austrittsberichte).

Die wichtigste Person des Kernteams ist der/die PatientIn.

Aufgrund seiner Ressourcen, Beschwerden, Symptome und Ziele werden die Behandlungsziele formuliert.

Bei nicht urteilsfähigen Patienten muss anfänglich oft teilweise Verantwortung für den/die Betroffene übernommen werden.

Zum Kernteam gehören die Fallführenden und die Bezugspersonenpflege

Fallführende sind zuständig für die medizinisch-therapeutische Behandlung, einschliesslich Durchführung und Veranlassung der notwendigen Diagnostik und der Einzelpsychotherapie.

Die Bezugspflegeperson ist zuständig für die fachspezifische Pflege. Die Zusammenarbeit im Kernteam wird koordiniert.

Erweitertes Behandlungsteam

Zusätzlich:

TherapeutInnen (Musik-, Arbeits-, Kunst & Ausdruck, Körperorientierte),

Sozialdienst

zuständigen Kaderarzt

Der Kaderarzt ist grundsätzlich für die Supervision der Behandlung zuständig und trägt die Gesamtverantwortung.

Die Schritte im Behandlungsprozess sind direkt in der elektronischen Patientendokumentation integriert (Phönix).

Beispielsweise werden bei Anklicken von „Eintritt“ die zugehörigen Prozessschritte abgebildet, entlang dieser Vorgabe wird sowohl vorgegangen als auch direkt dokumentiert.

Ein Hin- und Herwechseln zwischen der Dokumentenverwaltung und der Abläufe im Phönix ist nicht erforderlich.

Die Daten der einzelnen Benutzergruppen werden miteinander verknüpft.

Arbeitsmittel

Hinweise zur Anamneseerhebung

Krankheitsentwicklung

- Vorgeschichte
- Jetzige Erkrankung, Beschwerden, Probleme, Ressourcen
- Beginn, Auslöser, Konflikte, Belastungen, Coping, Medikamente
- Frühere Hospitalisationen (wann, Grund, Diagnosen)
- Beginn (psychiatrische Vorbehandlung, wo, wann, bei wem?)
- Anamnestisch bekannte suizidale Tendenzen und Handlungen

Biographische Anamnese

- Kindheit, Schwangerschaft, Geburt
- Schulischer und beruflicher Werdegang:
Kindergarten, besuchte Schulen (Verlauf), Studium, Lehre (Verlauf, Abschlüsse),
Militär, Berufswahl (Verlauf, Abschlüsse), berufliche Tätigkeiten (Verlauf, Entwicklungen, Zusatzausbildungen)
- Beziehungen, Sexualität, sexuelle Entwicklung, Partnerschaft, Kinder/Stiefkinder, Sozialkontakte
- Vater/Mutter (Alter, Beruf), Elternehe (Dominanz, Rollenverhalten), Patient, Geschwisterstelle von Kindern

Sozialanamnese

- Soziale Aspekte: Arbeitslosigkeit, Wohnen (mit wem),
wirtschaftliche Verhältnisse (Schulden, Rente), Kriminalität (Gefängnis, Bewährung)

Somatische Anamnese

- Somatische Erkrankungen, inkl. Unfälle und chronische Erkrankungen inkl. Diabetes, Hypertonie, etc.

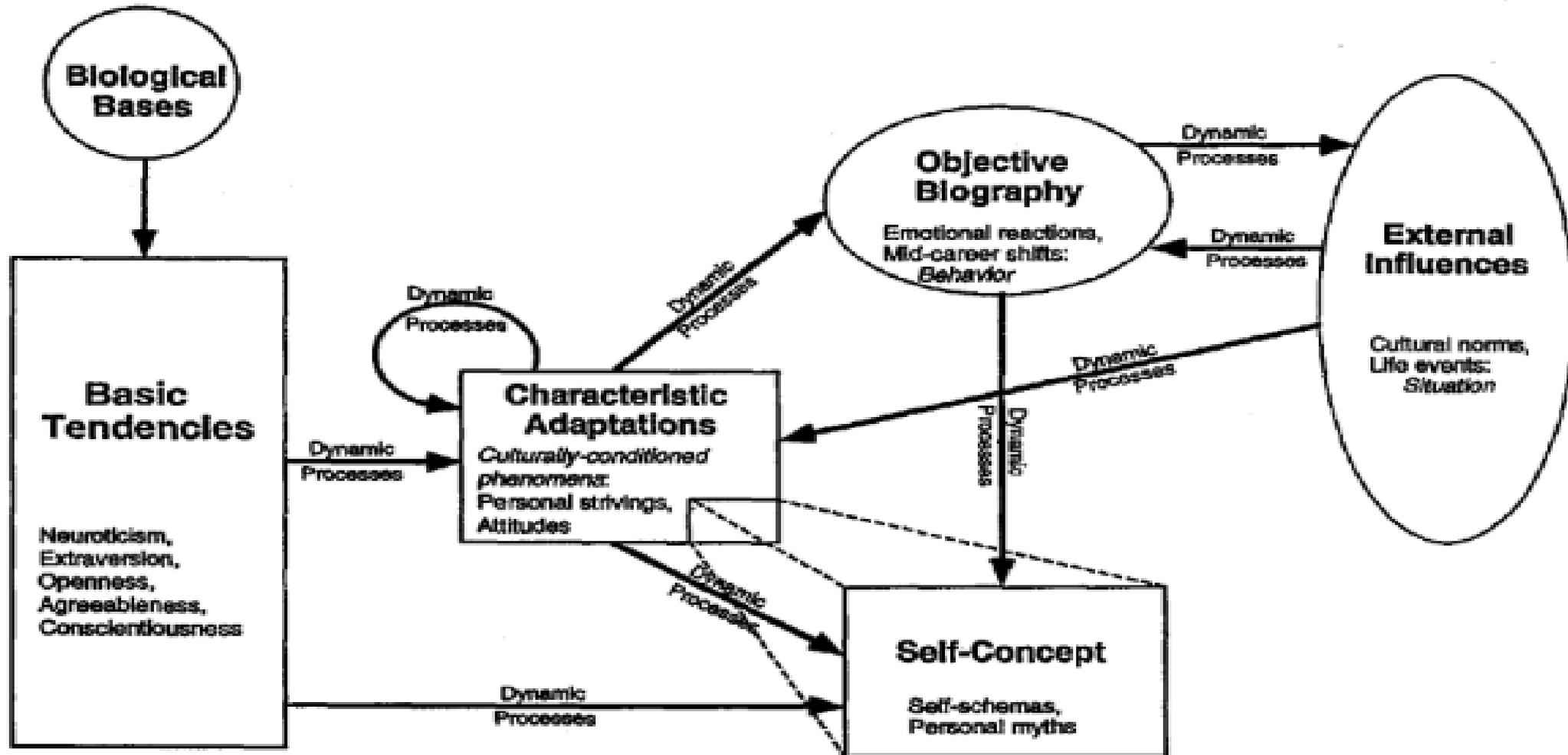
Suchtanamnese

- Substanzen: Umgang mit Suchtmitteln (Medikamente, Alkohol, Nikotin, Drogen, etc., Spiel) Subjektives Erleben
- Eigenes Krankheitsmodell
- Schemata: Lebenspläne, Selbst-Ideal (Erwartungen), Erwünschtheit, frühkindliche Entwicklung, Neurotizismen, Bezugspersonen (Beziehungsgestaltung), Erziehungsstil, Erleben von Zärtlichkeit, Pubertät, Freunde sekundäre Gruppen, Reaktionen auf Verluste/Kränkungen, Enttäuschungen, Umgang mit Besitz, allgemeines Lebensgefühl, religiöse und kulturelle Bindungen, Hobbys, Interessen, etc.

Psychiatrische Familienanamnese

- Psychiatrische Erkrankungen, Suizide, Sucht, psychische Belastungen, Kriminalität

Synopse McCrae et al. 2000 Five Factor Model



Interprofessionellen Zusammenarbeit

1. Schritt: Vorbereitung

Die vorbereitete Sozialdiagnose, priorisierte Themenbearbeitung, Zielsetzungen werden mit dem/der PatientIn vorbesprochen.

2. Schritt: Gespräch im interprofessionellen Behandlungsteam

Die verschiedenen Berufsgruppen, treffen sich beim erweiterten Rapport oder möglicherweise vor der Behandlungsvereinbarung mit dem Kernteam oder bilateral mit den Fallführenden. SozialarbeiterIn informiert über die Sozialdiagnose und die Ressourcen.

Folgende Punkte sind geklärt:

- Das Angebot des Sozialdienstes und ein nächstes Gespräch sowie ein Standortgespräch sind mit dem/der PatientIn festgesetzt.
- Weitere TeilnehmerInnen sind eingeladen.
- Informationen sind für die verschiedenen Professionen im klinikinternen Informationssystem dokumentiert.

3. Schritt: Behandlungsplanung

Zeitplan: Termine innerhalb der Klinik; mit dem Aussensystem; Standortbestimmung; Evaluation sind am Schluss des Gesprächs transparent und festgelegt

6.Prozesselement:

Dokumentation des Verlaufes sowie Standortgespräche

Die vorstrukturierten Verläufe zur sozialen Behandlung werden im allgemeine Informationssystem der Klinik dokumentiert.

Diese Dokumentation dient der Vorbereitung von Standortgesprächen oder dem Erstellen von Zwischenberichten oder Kurzaustrittsberichten.

7. Prozesselement:

Kurzaustrittsbericht

Idealerweise sollte der Kurzaustrittsbericht in zusammenfassendem Stil nur noch über die wesentlichen Themen berichten und die wichtigen Daten, ZusammenarbeitspartnerInnen usw. dokumentieren, damit Sozialarbeitende im ambulanten Bereich gezielt weiter arbeiten können.

Transparenz und Abschluss der Behandlung

Der Verlaufsbericht wird idealerweise gegenseitig von PatientIn & SozialarbeiterIn unterzeichnet.

Der/die PatientIn hat die Chance des Rückblicks und der Evaluation und die Zusammenarbeit kann offiziell zu einem Abschluss finden. Gleichzeitig wird transparent welche Informationen an wen weitergegeben werden.

merci – Fragen ?

Paulo Rotzer

Sozialarbeiter FH / Kaufmann EFZ

MAS FHNW Psychosoziale Beratung

Zentrum für Psychiatrie &
Psychotherapie

Klinik Zugersee 6317 Oberwil-Zug

041 726 3650

paulo.rotzer@pkzs.ch

