

UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN (UPD)
ZENTRUM PSYCHIATRISCHE REHABILITATION

Forschung und Entwicklung



Chance für eine unterstützte Inklusion von Obdachlosen oder von Obdachlosigkeit bedrohten Menschen mit psychischen Erkrankungen

Dirk Richter

Was erwartet Sie in den nächsten 45 (+ 30) Minuten?



- UN-Behindertenrechtskonvention und psychiatrische Rehabilitation
- Grundsätze der Unterstützten Inklusion
- Aktuelle Forschungsergebnisse: Wohnpräferenzen und Effekte von Wohnsettings
- Neue Studie: Vergleich Wohn-Coaching und Heimsettings
- Schlussfolgerungen: Perspektiven für die sozialpsychiatrische Versorgung
- Diskussion: Umsetzung der Unterstützten Inklusion

Hintergrund



- Wohnversorgung und Wohnrehabilitation sind zentrale Bestandteile der psychiatrischen Versorgung nach der Deinstitutionalisierung
- die Wohnrehabilitation für Menschen mit psychischen Behinderungen ist ein bis anhin nur rudimentär untersuchtes Themenfeld
- z.T. drastische Eingriffe in die Lebensplanung von Menschen mit Behinderungen und hohe Kosten
- die Folgen und Auswirkungen der Wohnversorgung sind kaum untersucht
- konzeptionelle Ausrichtung verharret auf Erkenntnissen der 1980er/1990er Jahre

Psychiatrische Rehabilitation



- Hauptziel der Psychiatrischen Rehabilitation: psychosoziale Gesundheit
 - wechselseitige Adaption einer Person mit ihren individuellen Erfahrungen, Ressourcen, Perspektiven und Präferenzen und der sozialen Umwelt, so dass weder die Person noch die sozialen Umwelt leiden
- Intervention an der Person: Befähigung der Person, sich an die soziale Umwelt anzupassen → Integration
- Intervention in der sozialen Umwelt: Anpassung der sozialen Umwelt, dass sich die Person adaptieren kann → Inklusion

UN-Behindertenrechtskonvention – Artikel 1



- Soziales Modell der Behinderung
 - „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige und Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

Soziales Modell der Behinderung



Medizinisches Modell	Soziales Modell
Grund der Behinderung liegt in der Person	Grund der Behinderung liegt im sozialen Umfeld, das nicht flexibel genug auf die Bedürfnisse der betroffenen Person reagiert
Anpassung der betroffenen Person an die Umwelt bzw. Versorgung in einer Sonder-Institution	Primär Anpassung der Umwelt an die Bedürfnisse der betroffenen Person; keine Versorgung in einer Sonder-Institution

UN-BRK Art. 19 - Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft



- Die Vertragsstaaten sollen sicherstellen, dass...
 - «...Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;
 - Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist...»

Wahlfreiheit: Choose – Get – Keep – Framework in der Rehabilitation



Auswählen	Erhalten	Behalten
Beteiligen	Verbindung mit vorhandenen Arbeits-, Ausbildungs-, Bewohner- und anderen sozialen Rollen	Überprüfung kritischer Skills und/oder Stärken bzw. Defiziten der sozialen Unterstützung
Bereitschaft überprüfen und entwickeln	Schaffung von neuen Arbeits-, Ausbildungs-, Bewohner- und anderer sozialer Rollen	Personenzentrierte Planung
Ein übergeordnetes Ziel setzen		Skills-Entwicklung für den Erfolg in der gewünschten Rolle
		Unterstützung suchen für den Erfolg in der gewünschten Rolle

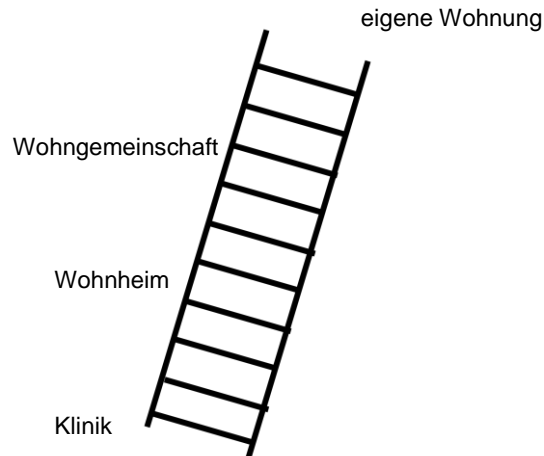
Farkas M, Anthony WA: Psychiatric rehabilitation interventions: A review. International Review of Psychiatry, 2010; 22(2): 114–129 (modifiziert, meine Übersetzung)

Traditionelle Rehabilitationsleiter

u^b

UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Psychiatrische Rehabilitation – von der Stufenleiter zur unterstützten Inklusion

Psychiatric Rehabilitation – From the Linear Continuum Approach Towards
Supported Inclusion

Autoren

Dirk Richter^{1,2}, Res Hertig¹, Holger Hoffmann^{1,3}

Institute

¹ Direktion Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Schweiz

² Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule, Schweiz

³ Soteria Bern, Schweiz

Schlüsselwörter

- psychiatrische Rehabilitation
- Inklusion
- UN-Behindertenrechtskonvention
- Wahlfreiheit

Keywords

- psychiatric rehabilitation
- inclusion
- UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities

Zusammenfassung

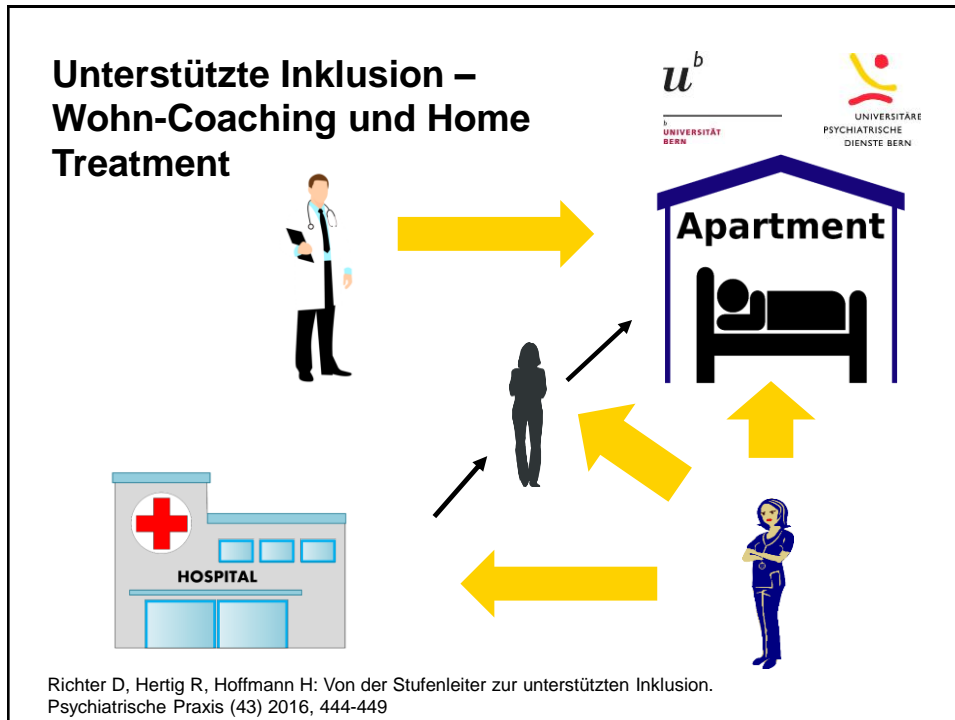
Hintergrund: Die psychiatrische Rehabilitation folgt seit längerer Zeit zu weiten Teilen einem Stufenleiterprinzip.

Methode: Aktuelle Entwicklungen aus dem Umfeld der Rehabilitation (UN-Behindertenrechtskonvention, Theorie der Rehabilitation, Rehabilitationsforschung) werden beschrieben.

Ergebnisse: Den aktuellen Entwicklungen gemeinsam sind die Prinzipien der Wahlfreiheit und Autonomie für die Klienten sowie die soziale Inklusion, welche dem Stufenleiterprinzip widersprechen.

Schlussfolgerungen: Das Stufenleiterprinzip der Rehabilitation sollte durch die unterstützte Inklusion ersetzt werden.

Psychiatrische Praxis 2016



Unterstützte Inklusion

The slide lists the components of supported inclusion. In the top right corner, there are logos for 'u^b UNIVERSITÄT BERN' and 'UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN'.

- Arbeitsrehabilitation
 - Supported Employment
- Wohnrehabilitation
 - Supported Housing
- Ausbildung
 - Supported Education
- Klinische/therapeutische Entscheidungsfindung
 - Supported Decision-making

UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN (UPD)

Selbstständiges Wohnen mit Unterstützung

Independent Housing and Support



Idealerweise sind nachfolgende Kriterien erfüllt:

- Wohnung und Betreuung sind getrennt
- die Wohnung wird vom Nutzer (mit) ausgesucht
- die Wohnung ist in 'normalen' Quartieren angesiedelt, eine Ghettobildung wird vermieden
- der Mietvertrag ist unbefristet
- das Mietverhältnis bleibt auch nach Klinikaufenthalten bestehen
- die Unterstützung erfolgt nach Bedarf und ist flexibel

Prototypisch sind die nordamerikanischen 'Housing First'-Programme, bei den die Klienten direkt von der Strasse bzw. prekären Unterbringungen in eigene Wohnungen gebracht werden (vs. 'Residential Treatment First')

Obdachlosigkeit in San Francisco



Housing First-Prinzipien



- Unmittelbarer Zugang zur Wohnung ohne Vorbedingungen (auch: keine Therapie, keine Abstinenz)
- Wahlfreiheit und Selbstbestimmung der Klientinnen/Klienten
- Recovery-Orientierung
- Individualisierte und personenzentrierte Unterstützungsleistungen
- Soziale Inklusion

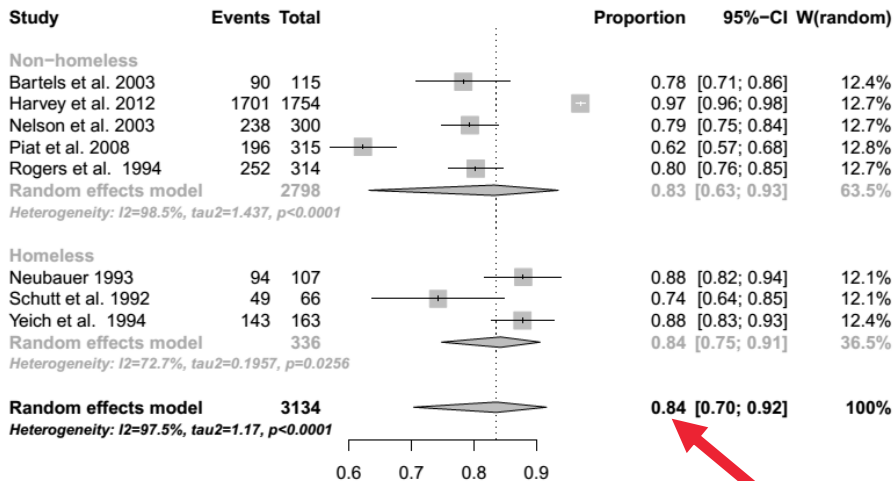
Forschungsprojekt 1 Präferenz für unabhängiges Wohnen



- trotz der zunehmend geforderten Wahlfreiheit für KlientInnen ist bis anhin nicht klar, wie viele Personen tatsächlich unabhängig von Institutionen leben wollen
- Systematische Übersicht und Meta-Analyse (statistische Berechnung von Studienergebnissen, nicht Originaldaten der Studien) über alle Publikationen, die jemals zu diesem Thema erstellt wurden
- Qualitätsbewertung der Studien nach eigenem Kriterienkatalog
- Einschluss von 3 Studien mit Obdachlosen-Populationen und 5 Studien mit Nicht-Obdachlosen-Populationen

Richter D, Hoffmann H: Preference for independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. Administration and Policy in Mental Health 44 (2017), 817-823

Präferenzen für unabhängiges Wohnen – Meta-Analyse



Forschungsprojekt 2 Effekte von Selbstständigen Wohnen mit Unterstützung

- Erste systematische Studien wurden im Rahmen der Deinstitutionalisierung in den 1980er-Jahren durchgeführt.
- Qualitativ hochstehende Untersuchungen sind erst Anfang des letzten Jahrzehnts gestartet worden
- gute Evidenzlage bei der Versorgung von ehemals obdachlosen Personen
- Ziel: systematische Übersicht über kontrollierte Längsschnittstudien, die selbständiges Wohnen mit Unterstützung gegen andere Settings vergleichen.

Richter D, Hoffmann H: Independent Housing and Support for People with Severe Mental Illness: Systematic Review. Acta Psychiatrica Scandinavica 136 (2017), 269-279

Outcome-Indikatoren



- Soziale Integration (subjektiv/objektiv)
 - Lebensqualität
 - Lebenszufriedenheit
 - Wohnzufriedenheit
 - Psychopathologie
 - Suchtmittelkonsum
 - Soziale/ Life-Skills
 - Met/Unmet Needs
 - Inanspruchnahme Gesundheitsleistungen
 - Kosten (Wohnen/Total)
 - Wahlfreiheit (Perceived choice/coercion)
 - Obdachlose: Wohnstabilität
 - Obdachlose: Inhaftierung
 - Forensik: Neue Straftaten
- Meta-Analyse aufgrund von Indikatoren-Vielfalt und Setting-Vielfalt nicht möglich

Zusammenfassende Ergebnisse – Studien mit Obdachlosen (RCTs)



Indikator	Positiv	Ohne Unterschied	Negativ
Wohnen	7	2	1
Soziale Integration	3(+1)	6	0
Psychische/ körperliche Gesundheit	6(+2)	16	0
Subjektive Evaluation	6(+1)	8	0
Kosten	2	1	0

Zusammenfassende Ergebnisse – Studien mit Obdachlosen (Beobachtungsstudien)



Indikator	Positiv	Ohne Unterschied	Negativ
Wohnen	1	1	0
Soziale Integration	0	2	0
Psychische/ körperliche Gesundheit	3	2	0
Subjektive Evaluation	3	8	0
Kosten	--*	--*	--*

* keine Daten verfügbar

Zusammenfassende Ergebnisse – Studien mit Nicht-Obdachlosen (Beobachtungsstudien)



Indikator	Positiv	Ohne Unterschied	Negativ
Wohnen	--*	--*	--*
Soziale Integration	2	1	0
Psychische/ körperliche Gesundheit	1(+1)	2	2
Subjektive Evaluation	2	6	2
Kosten	--*	--*	--*

* keine Daten verfügbar

Kosteneffektivität von Housing First



Results: Twelve published studies (4 randomized studies and 8 quasi-experimental) and 22 unpublished studies were retained. Shelter and emergency department costs decreased with HF, while impacts on hospitalization and justice costs are more ambiguous. **Studies using a pre–post design reported a net decrease in overall costs with HF. In contrast, experimental studies reported a net increase in overall costs with HF.**

Conclusions: While our review casts doubt on whether HF programs can be expected to pay for themselves, the certainty of significant cost offsets, combined with their benefits for participants, means that **they represent a more efficient allocation of resources than traditional services.**

Can J Psychiatry 2015;60(11):475–487

In Review

**Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets:
A Review of the Literature**

Angela Ly, BCom, MHA¹; Eric Latimer, PhD²

Schlussfolgerungen



- Anzahl und Qualität der Studien bei Obdachlosen ist deutlich besser als bei Nicht-Obdachlosen
 - Studien zu Housing First-Programmen
 - Ethische Gründe
- *Selbständiges Wohnen mit Unterstützung* bei allen Outcome-Indikatoren anderen betreuten Wohnformen zumindest ebenbürtig ist.
- *Selbständiges Wohnen mit Unterstützung* ist nicht weniger kosteneffizient
- Eindeutige Nutzerpräferenz für Selbständiges Wohnen
- bei Entscheiden zur psychiatrischen Versorgung bzw. Allokationsentscheidungen sollte den Präferenzen der Nutzenden Priorität eingeräumt werden

DGPPN S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen – Update 2018 Empfehlungen zur Wohnversorgung



Empfehlung 16 (NEU):

Mit Zunahme des Institutionalierungsgrades nehmen unerwünschte Effekte zu. Deshalb soll eine Dauerinstitutionalisierung vermieden werden.

Empfehlungsgrad: A

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (April/Mai 2017)

Empfehlung 17 (NEU):

Schwer psychisch kranke Menschen sollen selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen mobil unterstützt werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene Ib

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (April/Mai 2017)

Ergänzende Hinweise (NEU):

Wichtige Ziele des unterstützten Wohnens sind die Teilhabe am sozialen Leben und die Selbstbestimmung der psychisch kranken Menschen. Die mobile Unterstützung in selbstbestimmten Wohnformen ist die erste Wahl, die Versorgung in teilweise selbstverantworteten oder stationären Wohngruppen bzw. -formen sollte immer mit dem Ziel der Rückkehr in eine selbstbestimmte Wohnform eingesetzt werden. Entscheidend hierbei sind die Präferenzen der Betroffenen; Betroffene sollten in ihrer Wahlfreiheit unterstützt werden.

UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN (UPD)
ZENTRUM FÜR PSYCHIATRISCHE REHABILITATION

Forschung und Entwicklung



Selbständiges Wohnen mit Unterstützung für Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen im Vergleich mit konventionellen Wohninstitutionen:

Randomisiert kontrollierte Studie vs. Beobachtungsstudie

Christine Adamus, Sonja Mötteli*,
Matthias Jäger**, Holger Hoffmann & Dirk Richter



*PUK Zürich, **PUK Zürich and Psychiatrie Baselland

Studienziele



Primär:

Evaluation der Wirksamkeit wohnrehabitativer Settings

- Direkter Vergleich von IHS und RCS für Menschen mit SMI in der Schweiz
- Hypothese: IHS ist nicht schlechter als RCS bezüglich Sozialer Inklusion, Wohlbefinden und Servicenutzung

Sekundär:

Methodologische Evaluation der Studiendesigns

- Direkter Vergleich von Ergebnissen einer randomisiert kontrollierten und einer Beobachtungsstudie
- Hypothese: Die Beobachtungsstudie liefert ähnliche Ergebnisse wie die RCT-Studie.

27

Studienziel II



Bern

- IHS seit 2012



- Beobachtungsstudie (OSD) mit Propensity Scoring (Matching Methode) zum Vergleich der Wirksamkeit von IHS und RCS

Zürich

- Einführung von IHS in 2019



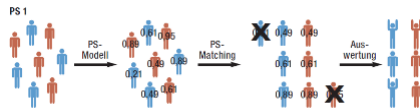
- Möglichkeit zur Durchführung der ersten randomisiert kontrollierten Studie (RCT) zur Untersuchung von IHS bei nicht-wohnungslosen Personen mit SMI

28

Berechnung der Stichprobengröße

OSD

- Basierend auf der Berechnung der Stichprobengröße in der RCT-Studie
- Propensity Scoring: Matching



- IHS: $n = 28$
- RCS: $n = 84 (3 \times 28)$

RCT

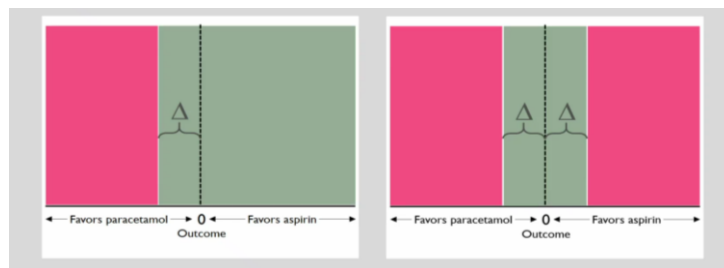
- Basierend auf der *Social Functioning Scale (SFS)*
- Power Analyse mit der Android App 'SampSize'

- IHS: $n = 28$
- RCS: $n = 28$

Statistische Analysen

Primäres Studienziel:

- Nicht-Unterlegenheits Hypothesentest (Non-Inferiorität) mit 95%-KI (separate Auswertung von RCT und Beobachtungsstudie)



Statistische Analysen

Primäres Studienziel:

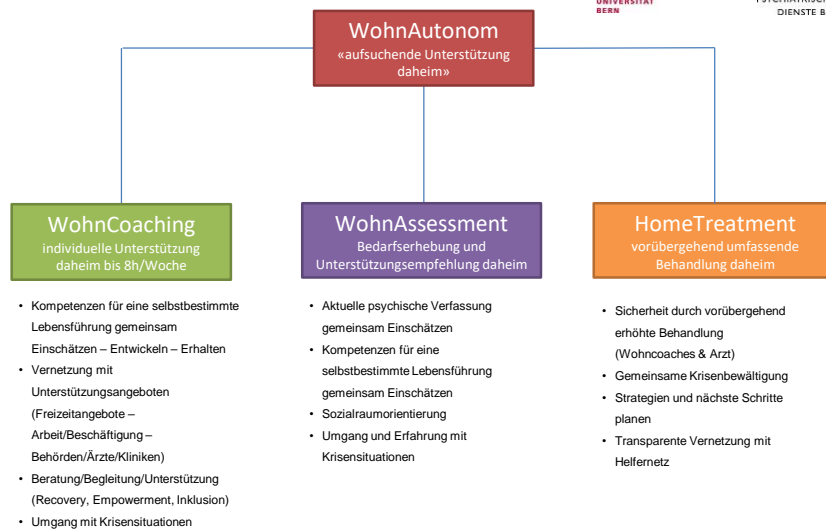
- Nicht-Unterlegenheits Hypothesentest (Non-Inferiorität) mit 95%-KI (separate Auswertung von RCT und Beobachtungsstudie)

Sekundäres Studienziel:

- Deskriptiver Homogenitätstest um zu prüfen, ob RCT- und OSD-Daten gepoolt werden können, um sie anschließend gemeinsam zu analysieren.

31

WohnAutonom UPD Bern



32

Wohn-Coaching in den UPD Bern



- Theorie: *First place, then train* (unterstützte Inklusion)
- Nutzerin/Nutzer ist auftragserteilende Instanz
- Psychosoziale Begleitung im persönlichen Lebensraum (Hilfe zur Selbsthilfe), Einbezug des sozialen Umfeldes, Unterstützung im Alltag, Vernetzung der Angebote im Lebensraum der Nutzerin / des Nutzers (Ambulatorium, Klinik, Behörden, Tagesstätten, Freizeitangebote usw.), Peer-Coaching
- Wohn-Coaching bis 8h/Woche (Finanzierung durch kantonale Normkosten und TARMED)
- Interdisziplinäres Behandlungsteam mit Fachausbildungen im gesundheits- und/oder sozialmedizinischen Bereich

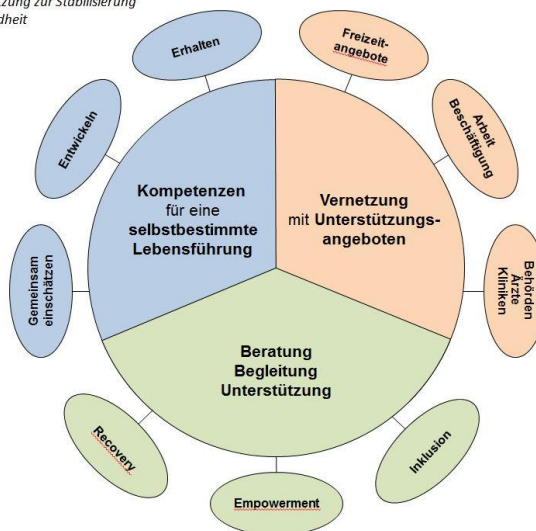
33

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
DIREKTION PSYCHIATRISCHE REHABILITATION



Wohn-Coaching – Independent Housing and Support

Behandlung und Unterstützung zur Stabilisierung
der psychosozialen Gesundheit



UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN (UPD) AG

Entwicklung Wohn-Coaching UPD



	31.12.2012	15.02.2019
Nutzende	8	132
Stellenprozente	60	870
Mitarbeitende	1	13

Professionen: Sozialpädagogik, Pflege, Sozialarbeit, (Medizin Home Treatment)

35

Unterstützte Inklusion – Praktische Umsetzung



	Arbeit	Wohnen
Choose Get Keep Leave	Auswahl von Rehabilitationszielen durch Klienten	
	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

Merci vielmals



dirk.richter@upd.unibe.ch