



Liebe Leserinnen und Leser

Die integrierte Versorgung als Paradigma für die Organisation des Gesundheitswesens ist in aller Munde. Obwohl in unterschiedlichen Zusammenhängen verwendet, meint der Begriff in der Regel die sektor- und settingübergreifend koordinierte und vernetzte Gesundheitsversorgung. Ambulante, intermediäre und stationäre Behandlungsangebote greifen nahtlos ineinander. Fachpersonen verschiedener Disziplinen und Professionen arbeiten Hand in Hand, um eine konsistente Behandlung zum Wohle der Patientinnen und Patienten zu erreichen.

Der Blick auf die realen Strukturen und Prozesse offenbart im klinischen Alltag aber rasch die Herausforderungen, wenn es um die Umsetzung geht. Ein fragmentiertes Finanzierungssystem, heterogene Zugangswege und eine unzureichende Koordination der zahlreichen Leistungserbringer können das Ziel einer integrierten Gesundheitsversorgung erschweren. Zentrale Problemfelder sind die Kommunikation an den Schnittstellen zwischen den Versorgungspartnern sowie ein unzureichender Informationsfluss und damit verbundene Doppelspurigkeiten, besonders in der Diagnostik; aber auch Behandlungskomplikationen oder -abbrüche an den Übergängen zwischen verschiedenen Leistungserbringern.

Versorgungsnetzwerke, regelmässige Austauschplattformen, zentrale Triage, Behandlungspfade, Case-Management und Versorgungsleitlinien sind nur einige Beispiele für Instrumente, die zur Förderung integrierter Versorgung eingesetzt werden können. In der Psychiatrie ist insbesondere die Kontinuität der therapeutischen Beziehung ein Hauptziel integrierter Versorgungsmodelle.

Poststationäre Übergangsbehandlung und tagesklinische Fortsetzung der Behandlung nach oder als Alternative zu stationären Aufenthalten gehören daher vielerorts – auch in der PBL – zum Standardangebot. Darüber hinaus sind settingübergreifende Fallführung sowie gemeinsame Behandlungsplanung und Koordination zwischen verschiedenen Behandlern weiterhin auf gute Kommunikation der Beteiligten angewiesen. Dieser ist sowohl in der Versorgungsplanung als auch im täglichen klinischen Alltag höchste Priorität einzuräumen.

Herzliche Grüsse

Matthias Jäger
Direktor Erwachsenenpsychiatrie
Chefarzt Privatklinik

Agenda

Öffentliche Vorträge 2019

[Details letzte Seite](#)

12. Juni bis 10. Juli 2019

Kurse zur Fort- und Weiterbildung

[Details letzte Seite](#)

16. Oktober 2019

1. Psychosestag der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Psychiatrie Baselland in Liestal

14. November 2019 (Nachmittag)

**Abschieds-Symposium Dr. med. Andreas Frei
Leitender Arzt Forensik**



Inhalt

Wie die Patienten in die Behandlung einbezogen werden	2
Trauer birgt einige Risiken für die Gesundheit	3
Kursangebote	4

Wie die Patienten in die Behandlung einbezogen werden

Das Wissen, die Vorstellungen und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten abzuholen, kann für die Therapie hilfreich sein. Die Psychiatrie Baselland bezieht ihre Patienten mit verschiedenen Angeboten und Massnahmen in die Behandlung ein.

Das blosses Zusammentreffen von Patient und Arzt macht noch keine Therapie. Das gilt in der Psychiatrie und Psychotherapie vielleicht noch stärker als in den somatischen Fächern. Denn in unserem Gebiet hat sich eine tragfähige (Arbeits-)Beziehung zwischen Behandler und Behandeltem als entscheidender therapeutischer Wirkfaktor erwiesen. Psychiatrisches Expertenwissen nutzt wenig, wenn es nicht gelingt, auf Patientenseite bestehende Annahmen über das zur Vorstellung führende Problem adressatengerecht abzuholen und in die Therapieplanung und -durchführung einzubeziehen.

Können Patientinnen und Patienten ihre Sicht einbringen, fühlen sie sich ernst genommen. Sie sind dann vielleicht eher bereit, allfällige dysfunktionale Gedanken und Überzeugungen während der Therapie zu hinterfragen oder zu verändern. Aus diesem Verständnis heraus versuchen wir in der Psychiatrie Baselland, die Patientenperspektive stets im Fokus zu behalten. Dies geschieht auf ganz verschiedenen Ebenen.

Behandlungskonferenzen

Wöchentliche Behandlungskonferenzen bieten ein zusätzliches Austauschgefäss zu den regelmässigen Gesprächen mit den primär zuständigen Bezugspersonen. Patientinnen und Patienten sowie Behandelnde haben hier Gelegenheit, einen Soll-Ist-Vergleich vorzunehmen, ob die im Vorfeld vereinbarten Behandlungsziele erreicht worden sind. Gleichzeitig kann der bisherige Behandlungsverlauf reflektiert werden.

Behandlungsziele können im Bedarfsfall neu abgestimmt und priorisiert werden. Entsprechende Veränderungen finden Eingang in den Behandlungsplan, dem die Funktion einer (meist) konsentierten Fassung des therapeutischen Gesamtkonzeptes zukommt. Die jeweilige Mitpräsenz des zuständigen Oberarztes gewährleistet ein hohes Mass an Beziehungskonstanz und kontinuierlichem Informationsfluss.

Gruppenangebote sind mehr als Therapie

Regelmässige Gruppenangebote auf allen Abteilungen, ein «Kernfeature» der Psychiatrie Baselland, haben nicht ausschliesslich therapeutischen Charakter. Vielmehr «messen» sie unserem therapeutischen

Abläufen und Prozessen den «Puls» und sind damit ein beständiger Quell an Optimierungspotenzial. Hier erfahren wir aus erster Hand und ganz direkt, was unsere Patientinnen und Patienten bewegt, was sie von uns wünschen; aber auch, was gut gelaufen ist. Sie sind Anlass, Bestehendes aus der Patientenperspektive zu hinterfragen und da, wo es angebracht ist, zu verändern. Manche «Abteilungsregel» ist auf diesem Weg schon hinterfragt und modifiziert worden.

Genesungsbegleiter hören zu und motivieren

Nicht zuletzt leisten unsere derzeit vier Genesungsbegleiterinnen und -begleiter (Peers) einen wertvollen Beitrag für eine patientenorientierte Behandlung. Sie hören zu, motivieren und geben ihre praxiserprobten Bewältigungsstrategien mit spürbarer Begeisterung weiter. Vor allem aber setzen sie sich dafür ein, dass wir die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten stets im Fokus behalten. Ergebnisse können mitunter auch einmal Lösungsansätze sein, die auf den ersten Blick – aus formaler, medizinisch-theoretischer Sicht – nicht gänzlich lehrbuchkonform anmuten mögen, die für den Betroffenen aber in seiner Lebenssituation trotzdem «das Beste» sind.

Patientenrolle weiter stärken

Schliesslich sehen wir aber auch noch einiges Potenzial, die Patientenrolle im therapeutischen Prozess zu stärken. So scheint etwa recht wenig bekannt zu sein, dass Patienten eine Patientenverfügung verfassen können. Da wir von diesem Instrument der Mitsprache überzeugt sind, regen wir zunehmend an, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Gern stehen wir bei der Ausarbeitung unterstützend zur Seite. Bereits bei Eintritt erfassen wir zudem systematisch, ob eine allfällige Verfügung formuliert wurde. Wir würden es begrüessen, wäre das bald immer häufiger der Fall.

Dr. med. Lienhard Maeck
Chefarzt Zentrum für Krisenintervention
und Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen



Behandlungskonferenzen und Gruppengespräche sind zwei von diversen Angeboten und Massnahmen, um die Patientinnen und Patienten stärker in die Therapie miteinzubeziehen. Foto: iStock.

Trauer birgt einige Risiken für die Gesundheit

Depressionen, Angstzustände, erhöhte Suizidalität: Wer trauert, kann in ein tiefes Loch fallen. Dauert die Trauerphase besonders lange, erhöhen sich die Risiken für psychische Probleme. Die Folgen von Trauer sind aber behandelbar.

Trauer ist ein emotionaler Zustand. Es ist ein meistens tiefer seelischer Schmerz, verursacht durch den Verlust einer subjektiv wichtigen Bezugsperson. Trauer ist auch ein sozialer Prozess, strukturiert durch gesellschaftliche Normen und ritualisiert im Ausdruck von Leid und Beileid. Häufig begünstigt Trauer eine Verhaltenstendenz zu sozialem Rückzug. Trauer kann auch ein Risikofaktor für die Auslösung einer klinisch relevanten Depression sein. Aber Trauer ist nicht Depression. Wie unterscheiden sie sich? Wie hängen sie zusammen? Was ist abzuklären? Wie können Trauernde unterstützt werden?

Unterschiedliche Trauerphasen

In den letzten Jahrzehnten wurden verschiedene Konzepte zum Trauerprozess entwickelt. Alle unterscheiden mehrere Trauerphasen, die jedoch individuell in Dauer und Ausprägung, manchmal auch in der Reihenfolge variieren können: Erstarrung/Nicht-Wahrhaben-Wollen, chaotische Gefühle/Suchen, Depressivität, Akzeptanz/Loslassen und Neuausrichtung. Menschen verarbeiten Trauer unterschiedlich.

Das zeigt sich besonders an der Dauer der Trauerzeit. Es gibt keine klare Richtlinie, wie lange aus psychiatrischer Sicht eine Trauerzeit angemessen ist. Nicht selten ist sie länger als Aussenstehende erwarten würden. Allerdings: Wenn Trauernde spätestens nach einem halben Jahr noch nicht in der Lage sind, zu einer Alltagsroutine zurückzukehren oder weitere typische Symptome einer Depression bestehen, ist eine eingehende psychiatrische Untersuchung angezeigt.

Hinweise auf eine komplizierte Trauerreaktion

Abzuklären ist dann, ob eine komplizierte Trauerreaktion besteht, wie sie bei etwa vier Prozent aller Trauernden vorkommt oder ob eine klassische Depression vorliegt. Folgende Auswahl von Anhaltspunkten weisen auf eine komplizierte Trauerreaktion oder Depression hin: Lange und intensive Trauerzeit mit anhaltenden Gefühlen von Leere und Sinnlosigkeit, starker Leidensdruck, ständiges Wiederholen der Umstände, ausgeprägte Schuldgefühle, verbunden mit körperlichen Symptomen wie Schlafstörungen, Herz-Kreislaufproblemen, Schmerzen oder Appetitlosigkeit.

Risiken der verlängerten Trauerzeit

Risikofaktoren sind die Nähe und Bedeutung der verstorbenen Person, mehrfache Verluste, traumatisierende Umstände, psychiatrische Vorerkrankungen und sekundäre Verluste, wie etwa finanzielle Einbußen oder der Zusammenbruch des sozialen Netzes. Schützend hingegen ist die soziale Unterstützung, auf die Trauernde in besonderer Weise angewiesen sind. Angehörige sind sehr gefordert. Auch können eine Trauergruppe oder eine psychologische oder psychotherapeutische Begleitung entlastend sein.

Im Rahmen einer psychiatrischen Untersuchung sollten auch andere Störungen oder Erkrankungen abgeklärt werden. Dies gilt besonders bei Verlust des Lebenspartners. In der Regel sind Partner einander eine Stütze, und oft sind Paare auch eine verschworene Gemeinschaft. So bleibt unter Umständen anderen Angehörigen und Hausärzten eine beginnende Demenz oder eine andere psychische Störung eines Partners lange verborgen. Der Zustand dekompensiert erst bei Verlust des tragenden Partners.



Eine längere Trauerzeit kann zu psychischen Problemen führen wie einer Depression oder zu einer erhöhten Suizidalität. Foto: iStock.

Interessanterweise führt auch eine konfliktreiche oder eine durch Krankheit belastete Beziehung nach dem Tod des Partners häufig nicht zu einer Entlastung oder subjektiven Erleichterung. Schuldgefühle, lange verdrängte Wut und Enttäuschung oder auch der Verlust der Lebensaufgabe können den Trauerprozess erheblich erschweren.

Erhöhte Sterblichkeit der Hinterbliebenen

Die ersten Monate nach dem Verlust des Partners sind oft kritisch, und die Sterblichkeit der Hinterbliebenen ist erhöht. Bei Witwern ist das Risiko, in den ersten Trauermonaten zu sterben, um 21 Prozent erhöht, bei Witwen um 17 Prozent. Speziell bei Männern wurde eine dreifach höhere Suizidalität beobachtet. Begleitumstände wie vermehrter Alkohol- oder Tablettenkonsum sind oft behandelbar. Aber auch Erschöpfung, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen können psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt werden. Hier stehen ambulante und stationäre Angebote zur Auswahl.

In therapeutischen Gesprächen können der Verlust verarbeitet, neuer Sinn und Orientierung sowie eine neue Tagesstruktur aufgebaut werden. Manchen Trauernden helfen Medikamente gegen Depressionen, ausgeprägte Schlafstörungen oder Ängsten. Im stationären Rahmen kommen verschiedene Elemente wie Gruppen-, Bewegungs- und Kreativangebote hinzu.

Dr. med. Silvia Tenés Reino
Chefärztin Zentrum für Alterspsychiatrie
und der Zentralen Aufnahme

Erwachsenenpsychiatrie

- 12.06.2019* **Die Ärztesgesellschaft Baselland stellt sich vor. Gemeinsam sind wir stark** Dr. Conrad Müller, Münchenstein, Dr. Urs Buess, Füllinsdorf
- 13.+14.06.2019 **Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan – Kurs Basis-II (Voraussetzung Basis-I, Skills I+II)**, Dipl. Psych. Florian Leihener
- 19.06.2019* **«Hier startet die Selbsthilfe»: Fachstelle für Selbsthilfeförderung beider Basel stellt sich vor.** Stephanie Nabholz, Martina Heuer, Felix Betschart, Basel
- 28.06.2019 **Recovery und Peers** Dr. rer. medic. Gianfranco Zuaboni, Jan Curschellas
- 03.07.2019* **Non Profit Spitex im Kanton Baselland** Urs Roth, Liestal
- 10.07.2019* **HELP! For Families. Kinder psychisch kranker Eltern** Franza Flechl, Basel

*Fort- und Weiterbildung «Psychiatrie Baselland und Kooperationspartner», jeweils von 11.00 bis 12.15 Uhr im Kirchensaal, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Liestal

Kinder- und Jugendpsychiatrie

- 12.06.2019** **Eltern-Kind-Interventionen** Prof. Dr. rer. nat. Kerstin Konrad, Universitätsklinikum Aachen
- 19.06.2019** **Frühkindliche Ess- und Fütterstörungen – Behandlungskonzepte in Basel und Münster** Dr. Margarete Bolten, UPKKJ Basel, Dr. med. Martina Monninger, Universitätsklinikum Münster

** Kinder- und Jugendpsychiatrisches Kolloquium KJP BL und UPKKJ BS, jeweils von 10.45 bis 12.00 Uhr, UKBB Aula, Spitalstrasse 33, 4056 Basel

Öffentliche Vorträge mit Apéro der Psychiatrie Baselland

- 18.06.2019 **Von der Trauer zur Depression – Vorbeugung und Behandlung von Depressionen im Alter**
Referentin: Dr. med. Silvia Tenés Reino, Chefärztin Zentrum für Alterspsychiatrie und Zentrale Aufnahme
- 22.08.2019 **Leben mit psychischer Erkrankung – Herausforderungen für Betroffene und Angehörige**
Referentin: Elena Seidel, MScN, Pflegewissenschaftlerin, Direktorin Pflege der Psychiatrie Baselland
- 22.10.2019 **Das Messie-Syndrom – Sucht, Zwang, Krankheit?**
Referent: Matthias Wehrli, Oberarzt, Leiter Ambulatorium Bruderholz der Psychiatrie Baselland

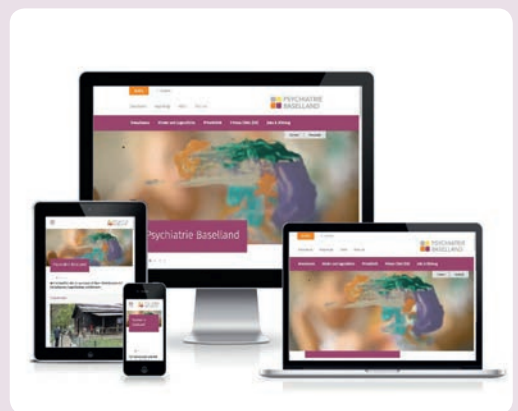
Ort: Restaurant Seegarten, Park im Grünen, Rainstrasse 6, Münchenstein – 18.30 Uhr, mit Apéro, Eintritt frei – www.pbl.ch/vortraege

Wir haben eine neue Homepage

Die Psychiatrie Baselland hat ihren Internetauftritt an das neue Zeitalter angepasst. Um den bestmöglichen Zugang zu ihren Angeboten zu bieten, haben wir die Inhalte für die Patientinnen und Patienten, die ärztlich-therapeutischen Fachpersonen, die Angehörigen sowie die potenziellen Bewerbenden aus der Sicht der Nutzerinnen und Nutzer dargestellt. Auch eine intuitive Navigation und Suche unterstützen diese beim Auffinden der gewünschten Informationen und Kontakte.

Mit der neuen Homepage haben wir einen ersten wichtigen Schritt hin zu einem konsequent nutzerzentrierten Internetauftritt gesetzt, den wir kontinuierlich weiterentwickeln möchten – ein bereits implementiertes Recruiting-Portal für potenziellen Bewerberinnen und Bewerber wird bereits seit einiger Zeit genutzt.

Uns interessiert Ihre Meinung zu unserer neuen Homepage. Was ist gut, wo gibt es etwas zu verbessern? Bitte senden Sie Ihr Feedback an info@pbl.ch. Wir freuen uns über Ihren Besuch auf www.pbl.ch



Impressum

Bei Fragen, Wünschen oder Anregungen zu unserem Newsletter wenden Sie sich bitte an Thomas Lüthi, Leiter Kommunikation, T 061 553 50 11, thomas.lueuthi@pbl.ch

Herausgeberin: Psychiatrie Baselland. Redaktion: Thomas Lüthi
Kontakt: info@pbl.ch. Das «direkt» erscheint sechsmal jährlich und kann auch elektronisch bezogen werden. www.pbl.ch