

Vorüberlegungen zum Psychiatrische Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen ¹

Lesehilfen für die Stellenberechnungs-Tabellen ²

von Andreas Manz

Die Zielvorgabe aus der Folgeplanung ist, den Anteil der durch die Alkoholberatungen erfassten Alkoholkranken deutlich zu steigern. Dies soll vor allem durch eine verstärkte Anbindung der Alkoholberatung in die hausärztliche Grundversorgung geschehen. Eine zweite Quelle sollen die Kantonsspitäler darstellen, wo der Erfassungsgrad deutlich gesteigert werden soll. Dies war einer der Hauptgründe, weshalb die FP2 die Schaffung eines PZA unter ärztlicher Leitung und Integration in die KPD empfohlen hat.

In einem ersten Schritt soll die Zahl der durch Alkoholberatungsstellen erfassten A-Kranken zu verdoppelt werden.

Ein Ansatz zur Bestimmung der Sollwerte einer Beratungs- und Therapieversorgung ist, Erfassungsziele zu definieren. Die FP2 ³ hat die Alkoholkranken in drei Kategorien gemäss deren Grad der sozialen Integration eingeteilt. Es ist besonders lohnend, wenn die therapeutische Intervention besonders früh einsetzen kann, also in einem Stadium, wo der Betroffene noch sozial integriert ist. Es ist Teil dieses Aktionsplanes, diesem Ziel wenigstens einen kleinen Schritt näher zu kommen.

Die angestrengte Berechnung soll aufzeigen, welche personelle Ressourcen dazu notwendig sind. Wenn 15% der sozial integrierten, 30% der nur noch teilweisen integrierten und 60% der desintegrierten Personen erfasst werden sollen, so müssen die ambulanten Suchtberatungsstellen jährlich 4'200 Personen beraten und behandeln können. Je nach angenommener Produktivität der BeraterInnen sind dazu 35 bis 45 Vollzeitstellen notwendig. Um diesem Schritt ein Jahr nach Schaffung des PZA näher zu kommen, müssen vom PZA 16 Vollzeitstellen alleine für die Alkoholberatung bereitgestellt werden. Dies gilt unter der Annahme, dass auch das Blaue Kreuz und die MUSUB einen Beitrag zur verbesserten Behandlung der Alkoholkranken leisten. Auch diesen ist dazu der entsprechende Stellenausbau zu ermöglichen.

Für die Berechnung der dazu personellen Ressourcen sind nun verschiedene Parameter zu variieren. Es sind dies:

- Erfassungsziel
- Steigerung der Erfassung per 2009
- Betreuungsziele für die drei Beratungsstellen
- Produktivitätsziele 2008 pro BeraterInnen-Stelle

Diese können in der Tabelle (in der Excel-Version) entsprechend angepasst werden. Das Spiel mit

¹ Diesen Artikel schrieb ich im 6. Mai 2007. Ursprünglich bestand er aus zwei verschiedenen Papieren, die ich in den Planungsprozess der zuständigen Arbeitsgruppe eingespielen habe.

² Das Tabellenmaterial ist in einer Excel-Tabelle enthalten, die als Andreas Manz 2007: PZA-Entwicklung inkl Kosten.pdf auf dieser Homepage ebenfalls eingesehen werden kann. Die Excel-Tabelle ist dynamisch aufgebaut. Das heisst, dass durch die Veränderung gewisser Variablen die Auswirkung auf andere Werte nachgesehen werden kann. Auf Anfrage sende ich Ihnen die Excel-Tabelle gerne elektronisch zu.

³ FP2 = Folgeplanung 2 zum Psychiatriekonzept Baselland

den Parametern erlaubt, die Folgen, die augenblicklich nachgezeichnet werden, zu überblicken. Hier ist v.a. der Parameter der Produktivität des einzelnen Mitarbeiters genau zu diskutieren. Es gibt offenbar einen augenfälligen Unterschied zwischen BfA und MUSUB, die Aussagen zu dieser Thematik machen. Es wäre hilfreich, die entsprechenden Zahlen auch von der DBL und vom Blauen Kreuz zu kennen, um hier eine zuverlässigere Vorgabe machen zu können. Bei der Schaffung der MUSUB 1989 habe ich den Mitarbeitern eine Vorgabe von 60% der Arbeitszeit gemacht, die sie mit konkreten Klienten verbringen müssen, sei dies in der Beratung vis-à-vis, am Telefon oder in Gesprächen mit Angehörigen oder anderer sozialer Umgebung. Sitzungen, Supervisionen, Aktenführung und Vernetzungsarbeit sind zwar sehr wichtig. Es war mir aber ein grosses Anliegen, dass klar bleibt, wem unsere Arbeit in erster Linie gilt: den Betroffenen und deren Angehörigen. Dies umzusetzen ist den MUSUB-Mitarbeiterinnen gut gelungen. Wieso sieht dies bei der BfA derart anders aus? Wurde die Produktivität anders gemessen? 29% ist ein doch sehr tiefer Wert. Ich könnte meine Familie damit nicht ernähren. Welche Arbeiten werden in den restlichen 71% erledigt? Das sind im Jahr doch immerhin 1380 Stunden/Vollzeitstelle, die genauer umschrieben werden müssen. Eingeschüchtert vom Wert der BfA habe ich mir nur erlaubt, wenigstens eine Produktivität von 36% anzunehmen. Könnte ein Vollzeitmitarbeiter aber 900 Stunden pro Jahr mit seinen Klienten verbringen, so würde dies das Personalbudget enorm erleichtern. Hier bitte ich die BfA-Fachleute um Auskunft.

Gelb unterlegt sind vorerst noch die bestehenden Datenlücken, die v.a. die Leistungsdaten des Blauen Kreuzes betreffen (mit der Bitte, diese nachzuholen)

Zum Schluss noch etwas provokatives: ich habe in der letzten Sitzung behauptet, dass die Alkoholberatungsstellen bisher ihre Ziele selber torpediert habe. Ich glaube, dass die Berechnung des notwendigen Stellenplanes diese Behauptung eindrücklich bestätigt. Die Berechnung zeigt auf, dass ohne klaren politischen Willen, die entsprechenden personellen Ressourcen bereit zu stellen, auch die formulierten Ziele nicht ansatzweise zu realisieren sind.

Nun müssen solche Berechnungen auch für die anderen Substanzen angestrengt werden. Ich schlage vor, dass dies in analoger Weise für den Beratungsteil ‚Opiatabhängigkeit‘ gemacht wird, ausgehend von den Folgeplanungszahlen und den bestehenden DBL-Klienten-, Beratungsstunden- und Mitarbeiterzahlen. Dann kommt das schwierigere Gebiet der Cannabis-Konsumenten. Für die Kokain- und Party-drogen-konsumenten können wir wohl erst später unsere Phantasie schweifen lassen.

Überlegungen zum Vorgehen bei der Anbindung der Suchtberatung an die Primärversorger – Konsequenzen für die Stellenberechnung

Im Vordergrund stehen Überlegungen, wie die Suchtberatung mit der Arbeit der Hausärzte und der Spitäler besser verknüpft werden kann.

Hausärzte

Es liegen uns lediglich Schätzungen zur Lebensprävalenz der Alkoholkranken und deren Erfassung während eines ganzen Lebens durch die Hausärzte vor. Diese sind aber sehr eindrücklich und besagen, dass 75% aller Personen, die Probleme mit dem Alkohol haben, irgendwann vom Hausarzt erfasst werden. Das sind im Kanton Baselland immerhin über 14'000 Personen. Fast keiner davon findet aber den Weg in eine spezialisierte Suchtberatungsstelle (2006 waren es total 25, das sind weniger als 1%!!!). Der Hauptausbau des Erfassungsgrades soll durch Anbindung an die hausärztliche Primärversorgung geschehen. Die heutigen 25 Zuweisungen sollen 2009 auf 800 und 2013 auf 1'600 gesteigert werden. Nur so lassen sich die formulierten Erfassungsziele von 16% resp. 26% erreichen.

Wie wollen wir das aber konzeptionell umsetzen, vorausgesetzt, wir haben die personellen Ressourcen?

Hier einige sehr vorläufige Gedanken:

- Die Suchtberater machen ein erstes Gespräch in der Praxis des Hausarztes
- Die KPD / das PZA informiert die Hausärzte über die vorgesehene Anbindung / Zielsetzungen / Ablaufvorstellungen / Erfolgskontrollen
- Es werden Zwischenauswertungsgespräche in der Hausarztpraxis geplant

Bitte Liste ergänzen....

Pro akquirierten Hausarztpatient sind wohl als Akquisitionsbasis 4 Stunden einzurechnen. Dies ergibt einen Stundenbedarf für die Akquisition von 3'200 Stunden per 2009 resp. 6'400 Stunden per 2013. Dazu kommen die normalen durchschnittlichen Behandlungszahlen.

Spitäler

Hier ist die Situation etwas anders. Die Spitäler sollten zwar ebenfalls viele Alkoholranke erfassen, die Rede ist von 1'500 bis 5'000 Patienten. Laut einer Untersuchung, die wir ebenfalls im Rahmen der FP2 (Allgemeinpsychiatrie) durchgeführt haben, werden auf den Internistischen Kliniken in Liestal und Bruderholz aber lediglich 310 in der Austrittsdiagnose Sucht erfasst. Zum einen müssen diese Zahlen genauer nachgeprüft werden, zum anderen braucht es in diesen Kliniken ein klares Erfassungs- und Behandlungs-Schema. Es wird Aufgabe des PZA sein, in Zusammenarbeit mit den Gastroenterologen⁴ solche Schemata zu definieren und durchzusetzen.

Ob das PZA selber konsiliarisch in den Spitälern auftreten soll oder ob die EPD diese Aufgabe alleine durchführen und ein PZA-Mitarbeiter zum Zweitgespräch aufgeboten werden, ist mit den EPD auszuhandeln.

⁴ Diese vertreten das Thema Sucht im Spital.

Von heute 120 Zuweisungen sollen per 2009 200 und per 2013 450 von den somatischen Kliniken kommen.

Übrige Zuweiser

| | BfA | BK | MUSUB | total | 2009 | 2013 |
|-------------------------|------------|------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| Selbstzuweiser | 232 | 90 | | 322 | 400 | 700 |
| Angehörige | 22 | 20 | | 42 | 200 | 500 |
| somatische Spitäler | 94 | 25 | | 119 | 200 | 450 |
| psychiatrische Kliniken | 26 | | | 26 | 150 | 180 |
| EPD | | | | 0 | 300 | 350 |
| Hausarzt und and.Ärzte | 12 | 10 | | 22 | 800 | 1600 |
| Arbeitgeber | 8 | 7 | | 15 | 40 | 80 |
| Behörde | 110 | 12 | | 122 | 200 | 250 |
| Beratungsstelle | 12 | 17 | | 29 | 30 | 100 |
| andere | 3 | 5 | | 8 | | |
| total | 519 | 186 | 44 | 749 | 2320 | 4210 |

Die Tabelle zeigt, dass vor allem längerfristig auch bei den übrigen Zuweisungsarten Anstrengungen notwendig sein werden, um die Zahl von 4'000 Zuweisungen zu erreichen.

Blaues Kreuz (BK) und MUSUB

Teil dieser Berechnung ist es auch, die beiden ‚Kleinanbieter‘ nicht aus dem Blickfeld zu verlieren. Zwar wird die künftige Dynamik vom PZA ausgehen müssen. Die private Suchtberatungsstelle BK ist aber als attraktiven Nischenangebot für all diejenigen Klienten zu betrachten, die einer staatlichen grossen Beratungsstelle reserviert gegenüber stehen. Die MUSUB muss als Spezialberatungsstelle ihren Platz einnehmen müssen. Wenn sich die Suchtberatungszahlen wie hier anvisiert entwickeln, ist es rein numerisch denkbar, dass sich das PZA eine eigene fremdsprachige Abteilung leisten können und die BL-Aktivitäten der MUSUB darin aufgehen können. Ob dies konzeptionell gewünscht und sinnvoll ist, muss separat diskutiert werden und hängt u.a. auch von den Entwicklungen im Kanton BS ab. Umso wichtiger ist es, das Blaue Kreuz mit genügend Personal zu dotieren, dass es sein Gewicht wahrnehmen kann.

AM / 6.5.2007