

„Psychiatrie in der Krise“

Betten in psychiatrischen Fachabteilungen

**Seit 2001 ständige Zunahme der psychiatrischen Betten
um 21%.**

Die Bettenmessziffer liegt bei 87,9/100.000 Einwohner

**Bei gut ausgebautem ambulanten Behandlungssystem
würde die Hälfte der Betten ausreichen.**

Quelle: www.gbe-bund.de

Psychiatrische Krankenhäuser

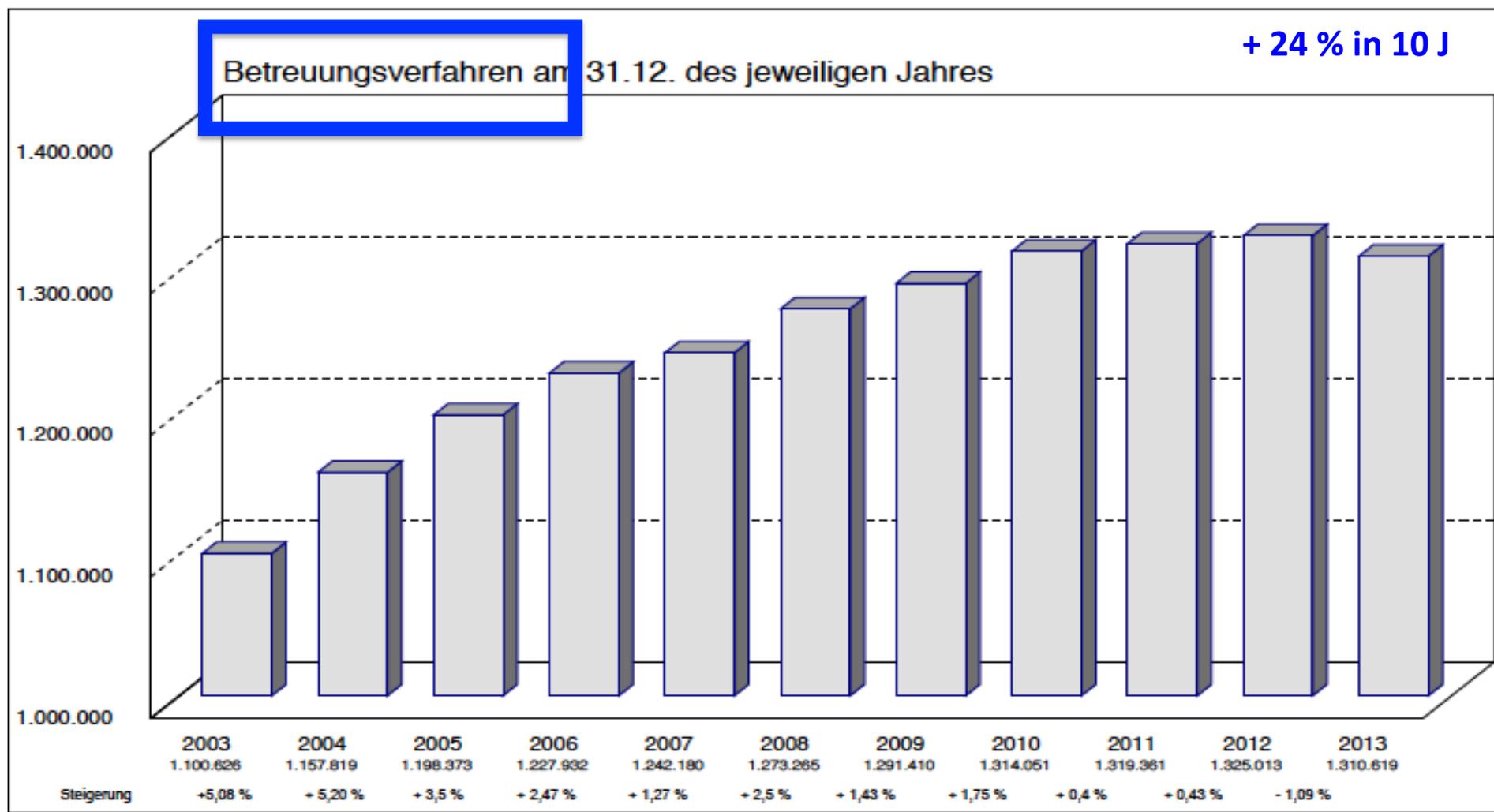
- Liegezeitverkürzung bei unveränderten kumulativen Behandlungstagen = **beschleunigte Drehtürpsychiatrie**
- In 40% Wiederaufnahme im Jahr nach der Entlassung

Was fehlt

Ambulante multiprofessionelle Teams

die mit dem Klienten und
seinem sozialen Netzwerk
zusammenarbeiten.

Gesetzliche Betreuungen



Quelle: Bundesamt für Justiz: Justizstatistik GÜ 2 der Amtsgerichte 2002 - 2013, erg. Mitteilung der JM Baden-Württemberg; Auswertung: Deinert

Was fehlt

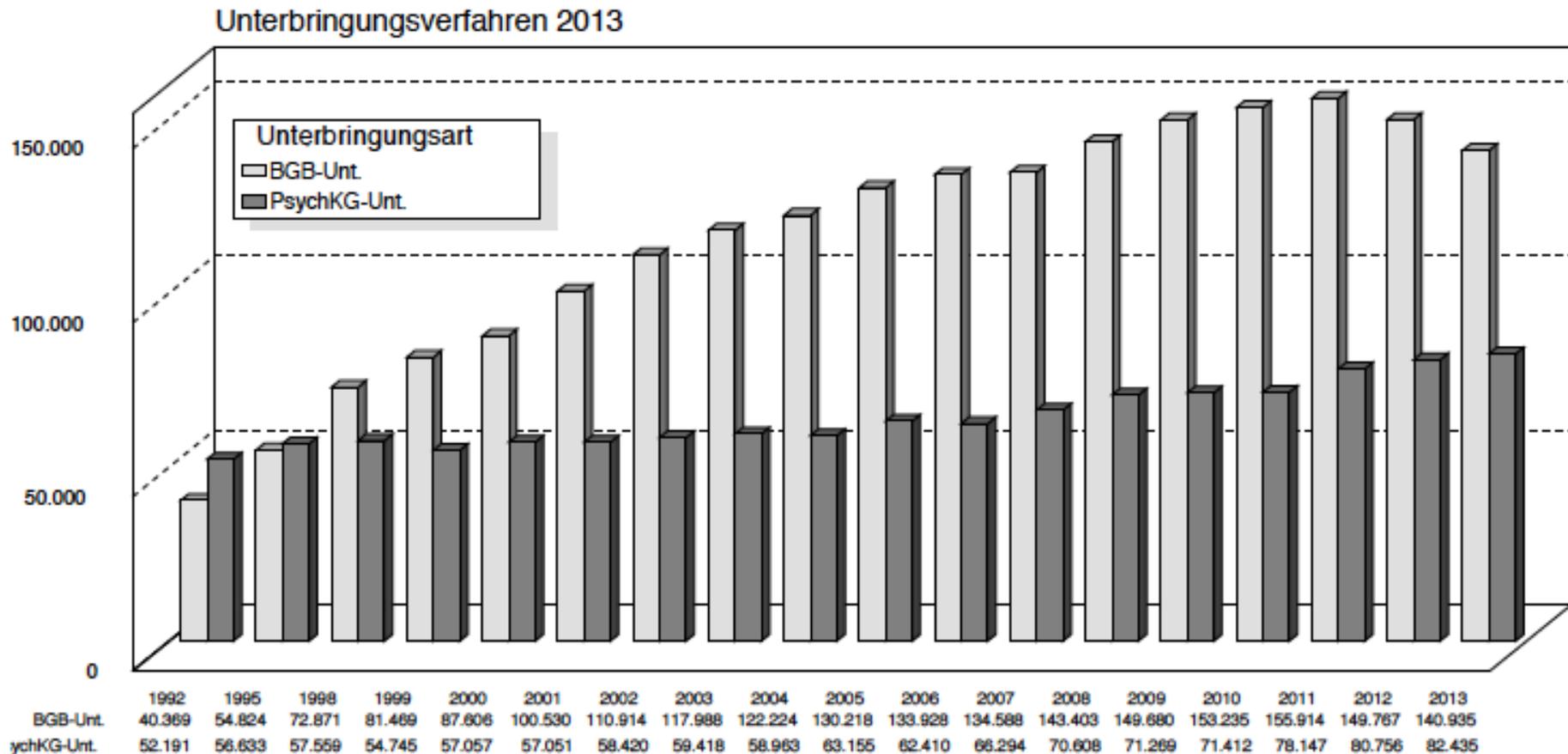
Ambulante multiprofessionelle Teams

die mit dem Klienten und
seinem sozialen Netzwerk
zusammenarbeiten.

Unterbringungen

Unterbringungsverfahren nach § 1906 (Abs. 1 und 4 zusammen) sowie nach den PsychKGen

+ 240 % in 20 Jahren



Quelle: Bundesamt für Justiz: GÜZ 1992 - 2013; (Zahlen von 2000 – 2007 ohne Hamburg); Grafik: Delnert

Was fehlt

Ambulante multiprofessionelle Teams

die mit dem Klienten und
seinem sozialen Netzwerk
zusammenarbeiten.

Forensische Unterbringungen

Starke Zunahme forensischer Unterbringungen

Steigende Verweildauer

§ 63 STGB 6.500 Pat. (psychische Erkrankungen)

§ 64 STGB 3.300 Pat. (Suchterkrankungen)

Insgesamt 9.800 Betroffene

DGPPN 2015

Was fehlt

Ambulante multiprofessionelle Teams

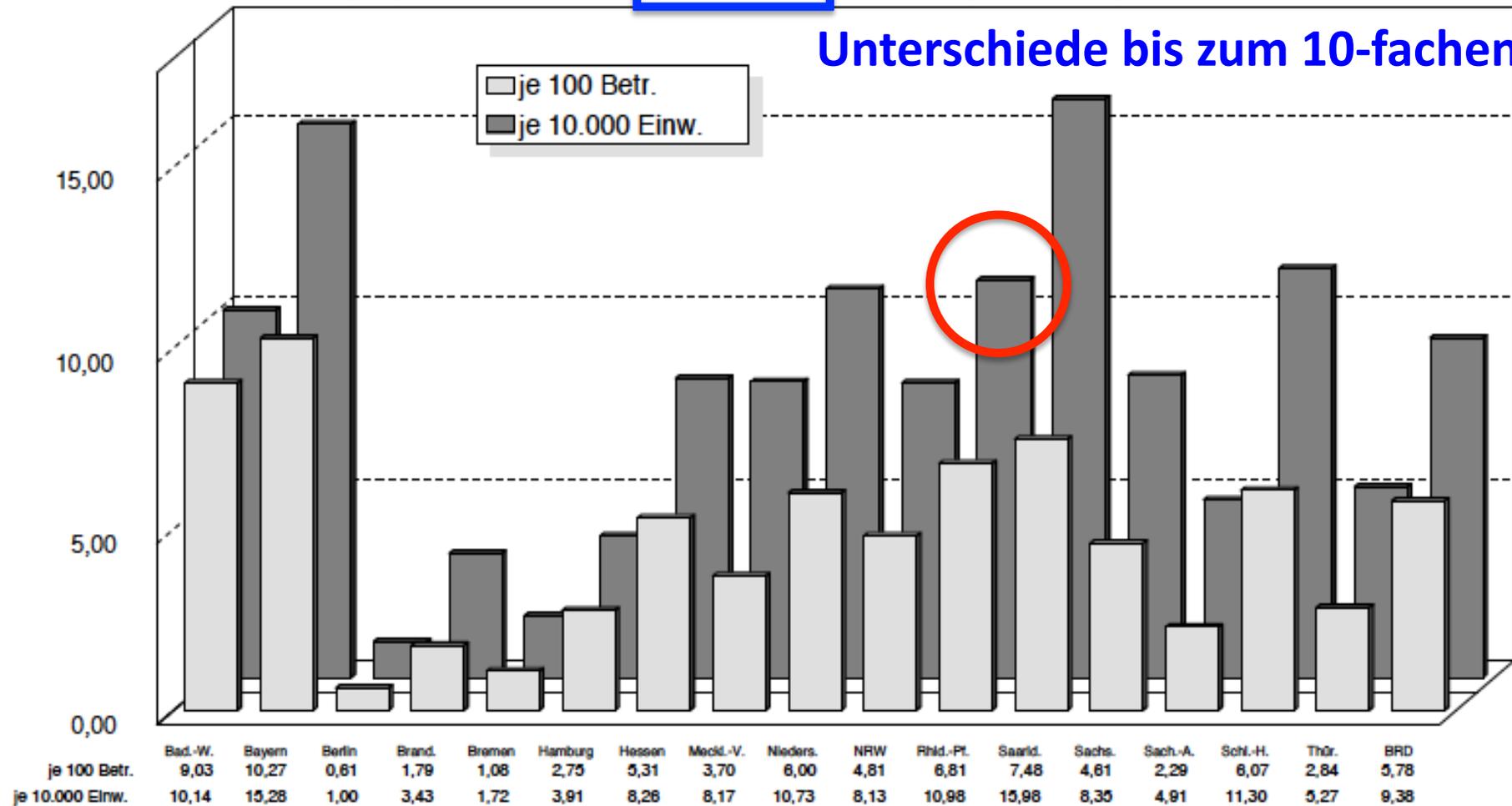
die mit dem Klienten und
seinem sozialen Netzwerk
zusammenarbeiten.

Zwang - Regionale Unterschiede

Fixierungen, Isolierung, Bettgitter, Medikamente

Unterbringungsähnl. Maßnahmen (§ 1906 IV BGB) 2013 im regionalen Vergleich

Unterschiede bis zum 10-fachen



Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer

„Institutionelle Bedingungen in den Kliniken haben einen erheblichen Einfluss auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen, zum Teil vermutlich sogar stärker als der Krankheitszustand des Patienten.“

UN Behindertenrechtskonvention „Abschließende Bemerkungen“ 2015

„Der Ausschuss empfiehlt dem Vertragsstaat, alle unmittelbar notwendigen gesetzgeberischen, administrativen und gerichtlichen Maßnahmen zu ergreifen, um **Zwangsunterbringung durch Rechtsänderungen zu verbieten.**“

Trauma informierte Behandlung

Die meisten Klienten in Zwangskontexten haben Traumatisierungen in ihrer Biographie erlitten.

Was ändert sich, wenn wir die Behandlung untergebrachter Patienten als eine Krisenbegleitung von Menschen mit Vortraumatisierungen auffassen und gestalten?

Was tun?

- **Abschaffung des Stationszimmers**
- Gemeinsame Mahlzeiten
- Gemeinsames Leben auf der Station
- Bestmögliche menschliche Gestaltung der Aufnahmesituation
- Enge Kooperation mit den ambulanten Teams
- *Teams die das tun, wollen nicht mehr zurück.*

- Fragen nach Traumatisierungen
- Erfahrungsexperten im Team

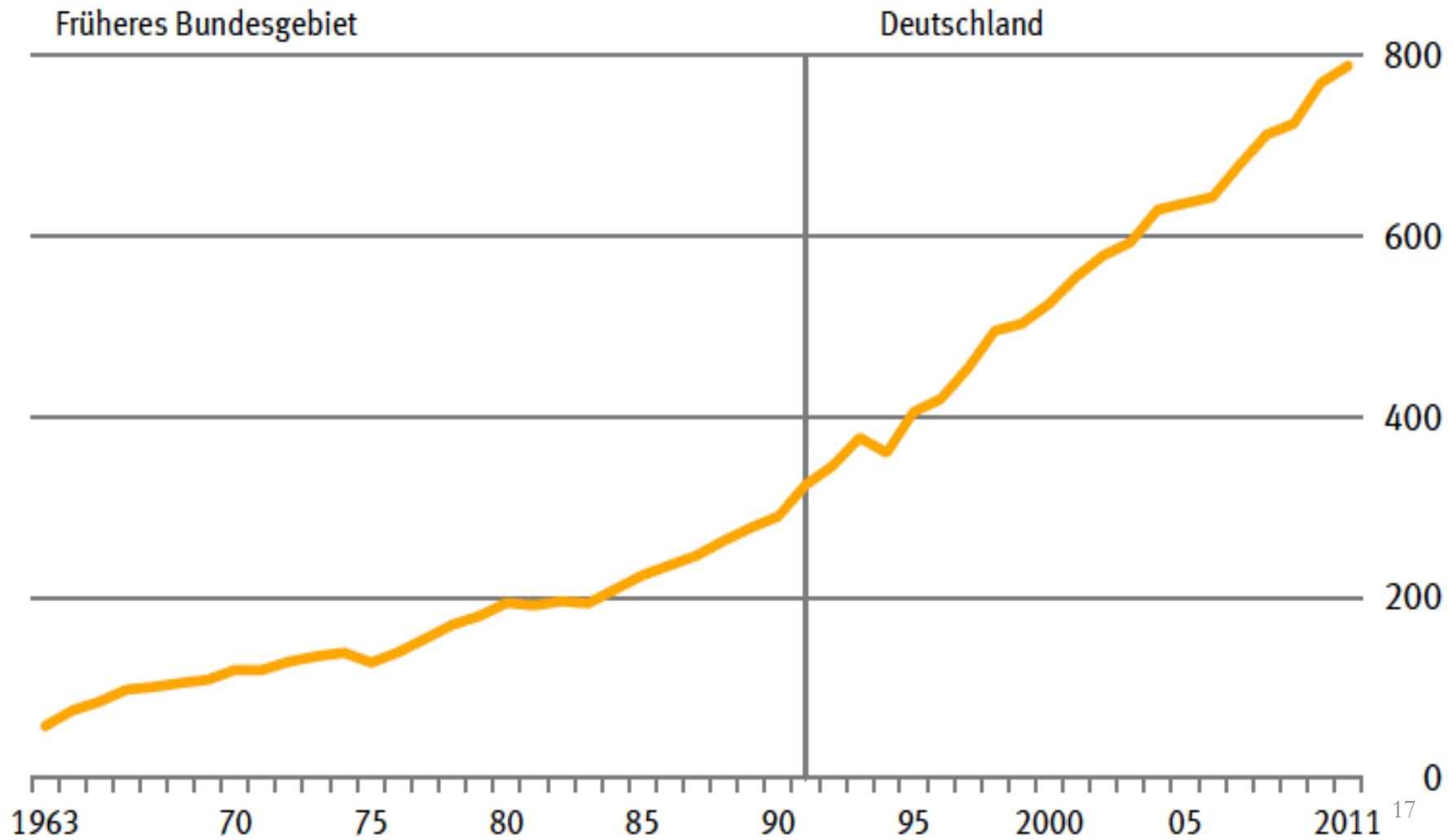
Kernfrage

Wollen wir Professionellen wirklich entschieden für die Durchsetzung der Menschenrechte der Patienten bzw. Klienten eintreten und kämpfen?

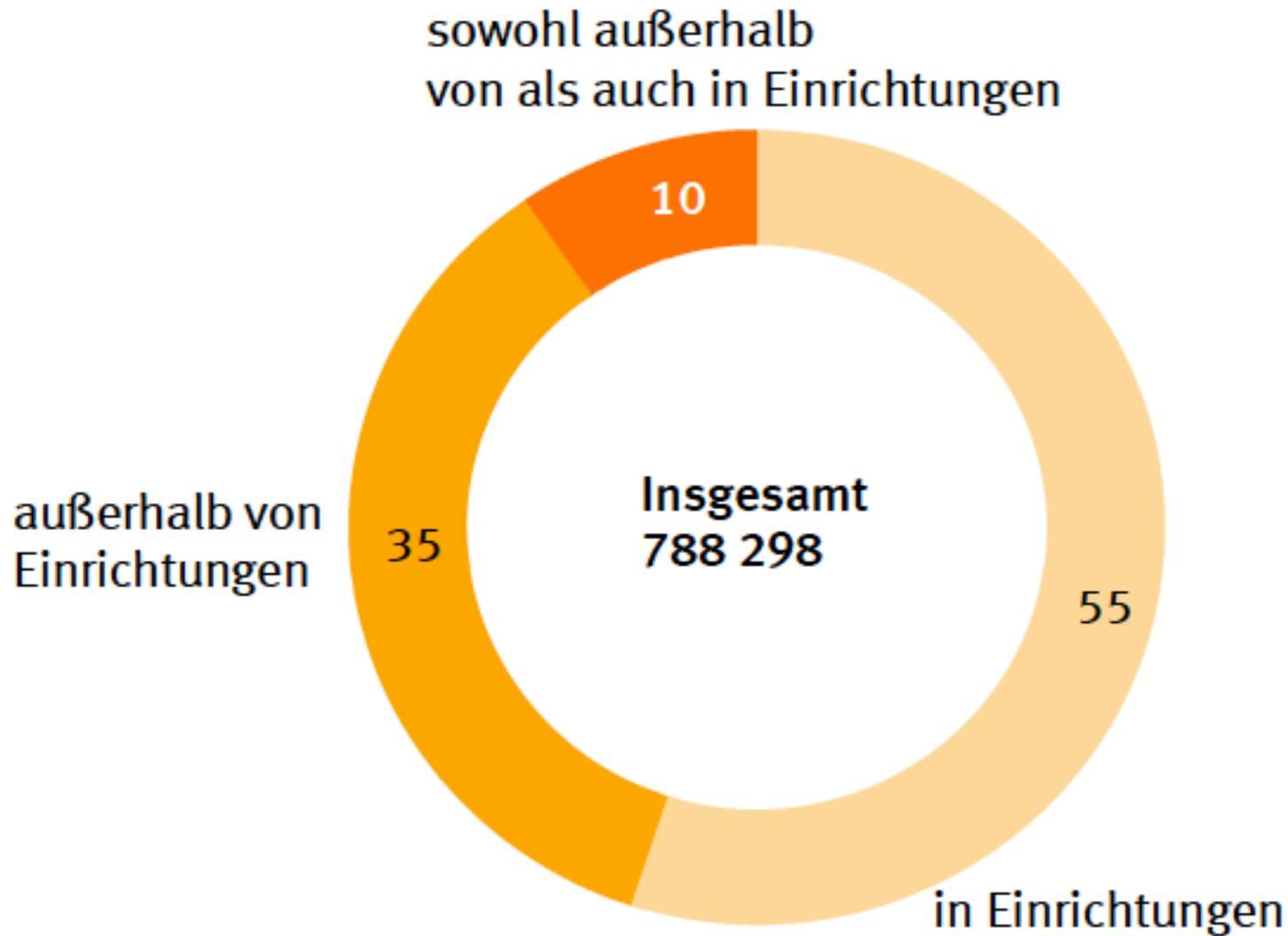
Wer skandalisiert diese Zunahme von Zwang?

Eingliederungshilfe

Abb 1 Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in 1 000



EmpfängerInnen Eingliederungshilfe 2011



Institutionalismus

„...es spricht nichts dafür, dass heute weniger Menschen mit psychischen Störungen in institutionellen Bezügen versorgt werden als zu Zeiten der Enquete (1975).“

(Priebe 2005)

„Wohninterventionen“

Kaum wissenschaftliche Evidenz über die Wirksamkeit des
Betreuten Wohnens.

Rehospitalisierungsrate nur geringfügig gesenkt. (n.s.)

Hospitalisierungen vielleicht geringfügig verkürzt.

Andere Zielparameter kaum untersucht. Wenn sie
untersucht wurden, waren sie nicht signifikant.

**Betreute Wohnformen können andere spezifisch wirksam
psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen
nicht ersetzen.**

Was fehlt

Ambulante multiprofessionelle Teams

die mit dem Klienten und seinem sozialen Netzwerk zusammenarbeiten.

Ambulante Psychotherapie für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Sicherstellungsauftrag

Integration in Arbeit

- 50 % keine Arbeit
- 20 % geschützter Arbeitsplatz Behindertenwerkstatt
(Anstieg)
Durchschnittliche Entlohnung: 180 €/Monat
Übergang in allgemeinen Arbeitsmarkt: 0,11%
- 15 % in Tagesstätten
- 10 % ein regulärer Arbeitsplatz.

Studie des Robert Koch Instituts 2015

UN Abschließende Bemerkungen an D

50. Der Ausschuss empfiehlt dem Vertragsstaat, durch entsprechende Vorschriften wirksam einen **inklusiven**, mit dem Übereinkommen in Einklang stehenden **Arbeitsmarkt zu schaffen**, durch
- (b) die schrittweise **Abschaffung der Behindertenwerkstätten** durch sofort durchsetzbare Ausstiegsstrategien und Zeitpläne sowie durch Anreize für die Beschäftigung bei öffentlichen und privaten Arbeitgebern im allgemeinen Arbeitsmarkt.

Was fehlt

**Ambulante multiprofessionelle Teams
für unterstütztes Arbeiten**

Biologisierung der Psychiatrie

Uneingelöste Verheißungen

Genetik: keine bedeutsamen Befunde + Behandlungseffekte

Neurobiologische Grundlagenforschung: keine kausalen Erklärungen. Keine Durchbrüche für die Behandlung.

Epigenetik: Erhebliche soziale Einflussfaktoren, z.B. Traumatisierungen, soziale Ablehnung, Armut

Diagnostik: Symptomcluster ohne Validität
Multiple Diagnosen statt komplexer Modelle
Erfindung neuer Erkrankungen

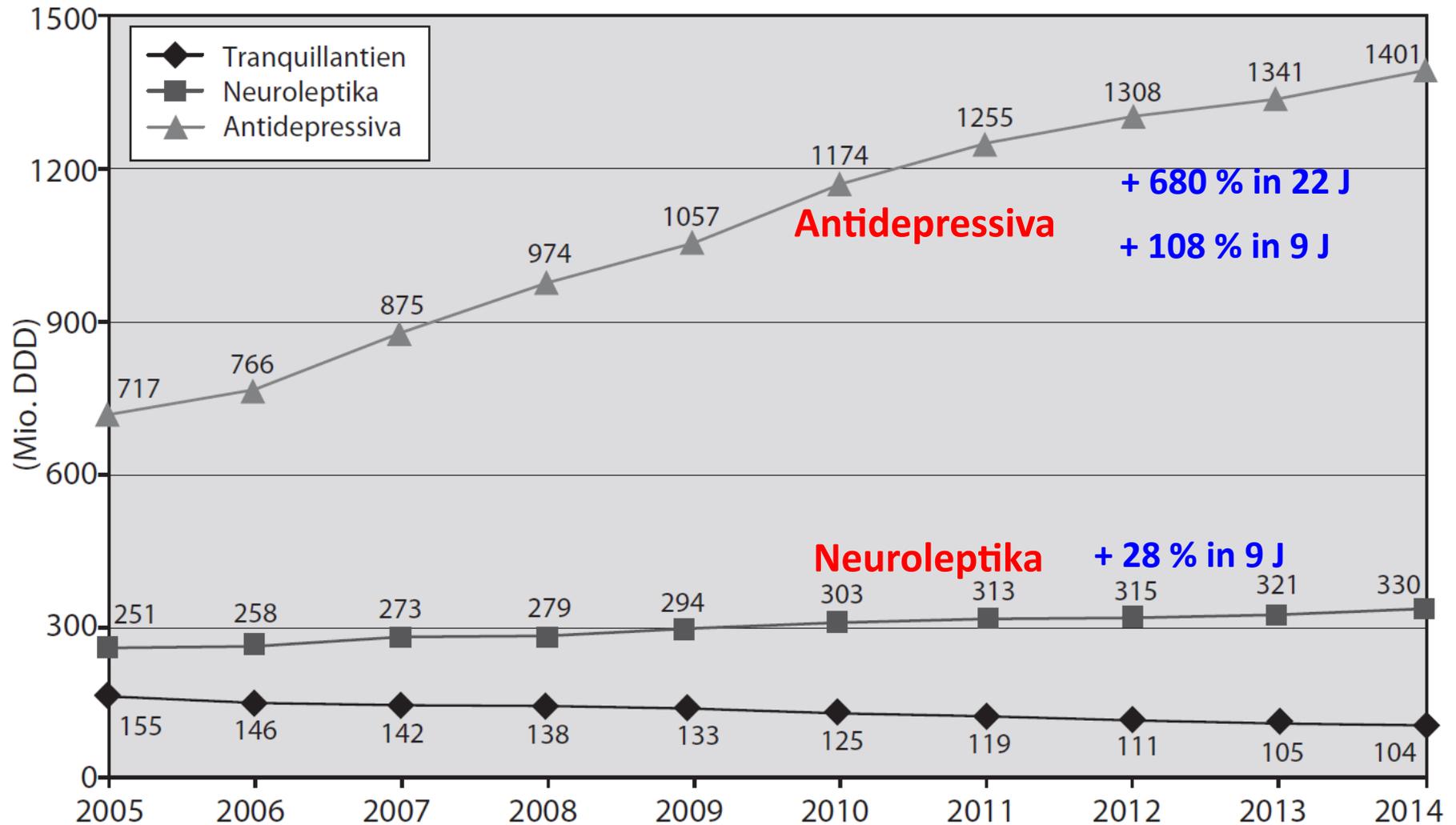
Biologisierung der Psychiatrie

Uneingelöste Verheißungen

Psychopharmaka: keine kausale Wirkung, geringe Wirkung,
Zunahme der Verordnung
Zunahme Langzeitschädigungen,
langfristige Anwendung oft chronifizierend,
keine innovativen Substanzen in Sicht
Ausnahmen: Cannabidiol, Psilocybin, MDMA

Pharmaindustrie: Einfluss bis zur strukturellen Korruption,
keine Innovationen in Sicht, teilweise Rückzug aus der
Psychiatrie

Verordnungen von Psychopharmaka



■ **Abbildung 38.1** Verordnungen von Psychopharmaka 2005 bis 2014. Gesamtverordnungen nach definierten Tagesdosen.

Behandlungen mit Neuroleptika

- **Überhöhte Dosierungen gegen wiss. Evidenz**
- **Polypharmazie gegen wiss. Evidenz**
- **Mögliche Folgen:**
 - mehr Nebenwirkungen
 - mehr körperliche Schädigungen
 - erhöhtes Mortalitätsrisiko
 - Verschlechterung des Symptomatik
 - Verschlechterung der Neurokognition
 - Verschlechterung des „psychosozialen Funktionsniveaus“
 - mehr Chronifizierung

Non-Compliance

Innerhalb von 1,5 Jahre zwischen 50-75%

Was fehlt

Ambulante multiprofessionelle Teams
für Begleitete Reduktions- und
Absetzversuche

Biologisierung der Psychiatrie

Stigmatisierung: Zunahme statt Abnahme bei schweren psychischen Erkrankungen

Zunahme alter Verfahren: EKT

Frühsterblichkeit weiterhin erheblich:

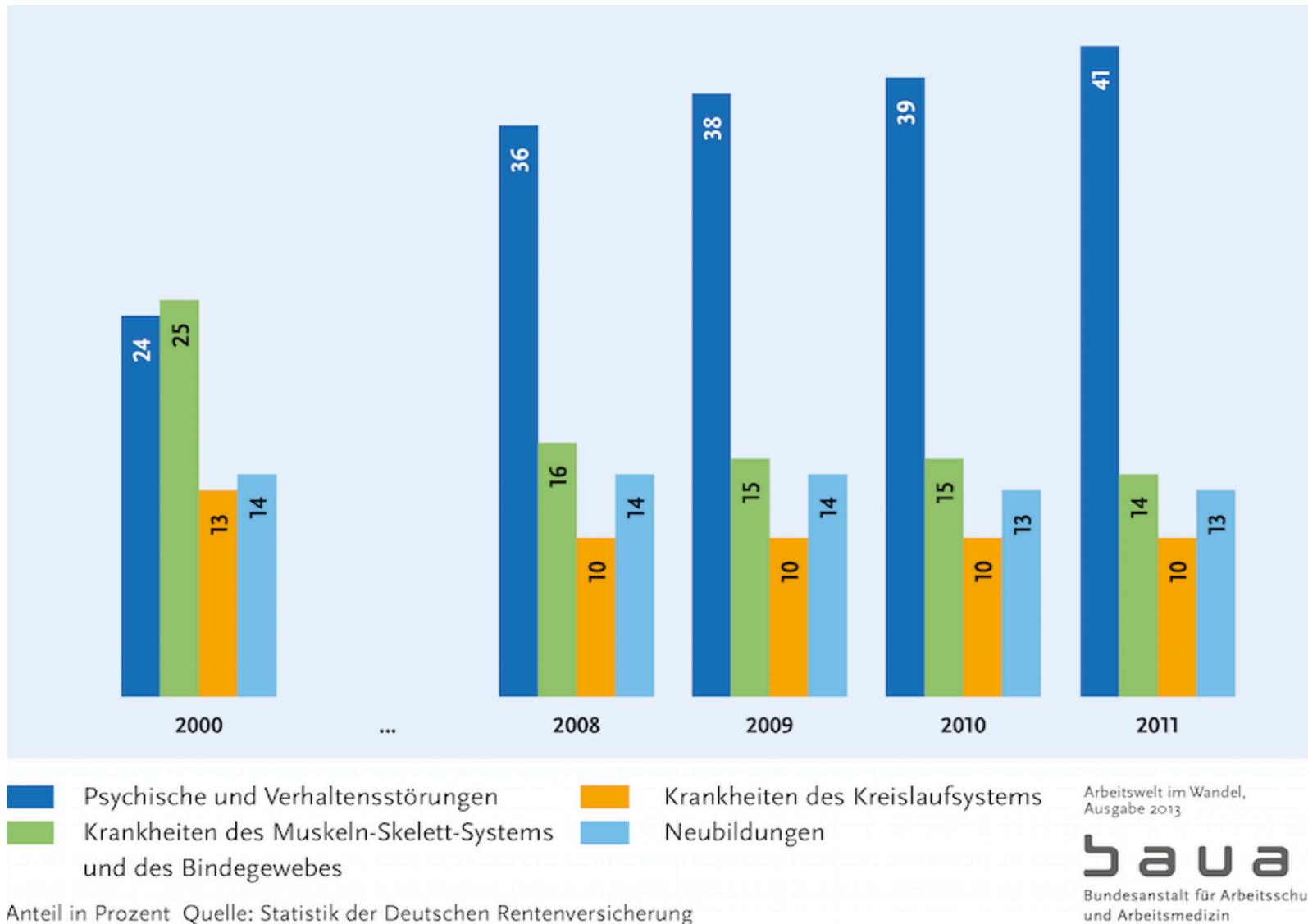
10 J schwere psych. Erkrankung; 20–25 J ‚Schizophrenie‘

Die aktuelle Krise der Psychiatrie

- Wenig wirksame ambulante Versorgung
- Kaum Psychotherapie für Menschen mit SMI
- Immer mehr Chronifizierung
- Experten aus Erfahrung kaum feste Anstellung
- Geringe soziale Inklusion
- Geringe Arbeitsintegration

- **Psychiatrie ist ein gutes Geschäft**
- **Worauf warten wir?**
- **Wir haben das Recht auf kreative Modellversuche**

Anstieg der jährlichen Frühberentungen



Ambulantisierung

Leitlinien Psychosoziale Therapien DGPPN

Empfehlung 4:

Gemeindepsychiatrische teambasierte multiprofessionelle ambulante Behandlung in definierten Regionen soll zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung etabliert werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Empfehlung 5:

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung wohnortnah und erforderlichenfalls aufsuchend behandeln.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Empfehlung 6:

Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Tab. 3.3

Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld auf verschiedene Zielparameter

aus: Leitlinie Psychosoziale Therapien
 b. Menschen mit schweren psychischen
 Erkrankungen DGPPN

	Metaanalyse Cochrane-Review	Metaanalyse NICE-Leitlinie Schizophrenie	Randomisierte kon- trollierte Studie
	Joy 2006	NICE 2009	Johnson 2005 McCrone 2009
<i>Krankheitsassoziierte Merkmale</i>			
↓ Sterbefälle	~	~	~
↓ Symptomschwere	+	+	+
↑ Allgemeinzustand	~	+	k. A.
<i>Behandlungsassoziierte Merkmale</i>			
↓ Stationäre Aufnahmen in akuter Phase	k. A.	++	++
↓ Stationäre Wiederaufnahmeraten	++	~	++ ¹
↓ Stationäre Behandlungszeiten	k. A.	++	++
↓ Behandlungsabbrüche	++	++	k. A.
<i>Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion</i>			
↑ Beschäftigungssituation	~	k. A.	k. A.
↓ Haftstrafen, Gewaltaktivitäten	~	k. A.	~
<i>Zufriedenheit und erlebte Belastungen</i>			
↓ Erlebte Belastungen, Angehörige	++	k. A.	k. A.
↑ Patientenzufriedenheit	++	++	+
↑ Angehörigenzufriedenheit	++	k. A.	k. A.
<i>Kosteneffektivität</i>			
↑ Kosteneffektivität	+	++	++

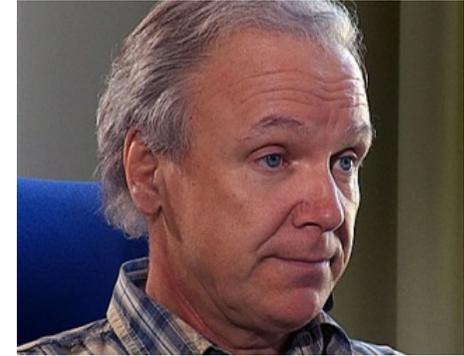
Bedürfnisangepasste Behandlung und Offener Dialog

- Ein Modell der Ambulantisierung
- hohe psychotherapeutische Kompetenz
- Fokus soziale Inklusion

Bedürfnisangepasste Behandlung und



Yrjö Alanen
Klaus Lehtinen



Offener Dialog

Jaakko Seikkula
Birgitta Alakare



Stellen Sie sich vor

Struktureller Kontext

- Multiprofessionelle ambulante Teams +
Erfahrungsexperten im Team
- Krisendienst 24 h
- Krisenwohnung (?)
- Akutstation im Krankenhaus

Weitere Therapien bei Bedarf:

- Individuelle Psychotherapie (50 - 65 % b. Psychosen)
- Kunsttherapie – Musiktherapie – Ergotherapie
- Unterstütztes Arbeiten (Supported Employment)

Organisatorischer Kontext

- **Sofortige Hilfe** in Krisen (24h)
- **Netzwerkgespräche** von Beginn an und fortlaufend
- **Flexibilität und Mobilität**
- **Verantwortung** des Teams für den Rahmen
- **Beziehungskontinuität - Psychologische Kontinuität**

Netzwerkgespräche

- **Netzwerkgespräche sind die zentrale Intervention.**
Von Anfang an und so oft wie für erforderlich gehalten.
- Dauer **90 Minuten**. Mindestens **2 Teammitglieder**.
- Familienangehörige, Freunde, Nachbarn u.a. später
Ausbilder, Lehrer, Arbeitskollegen, Arbeitgeber u.a..
- Ziel ist es, die ambulante Behandlung so bald wie möglich
mit dem Alltagsleben des Patienten zu verbinden.

Netzwerkgespräche

Bei Psychosen:

- Der **psychotische Klient** nimmt von Anfang an teil, d.h. auch während der intensivsten Zeit seiner Psychose.
- **Selektive Anwendung von Neuroleptika bei Ersterkrankten**
initiale Verzögerung - wenn möglich um 2 - 4 Wochen, danach Entscheidung ob noch erforderlich.

Netzwerkgespräche - Kernidee

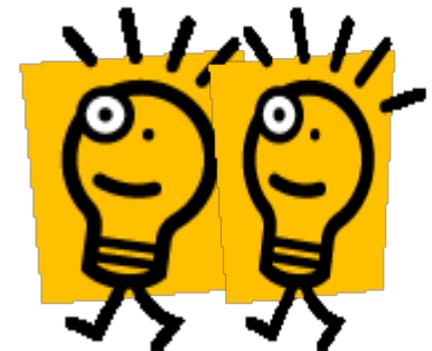
Behandlungsprozess gemeinsam mit dem Patienten und sozialem Netzwerk **strukturieren**.



Sicherer Rahmen

Raum für **Begegnung**, Verstehen und Verständigung

Veränderungen durch **emotionale Erfahrungen** und gemeinsames Nachdenken.



Netzwerkgespräche - Haltung

**Haltung von Respekt, Wertschätzung,
Offenheit**



Größtmögliche **Gleichwertigkeit** aller

Vermeiden von Routinen und dauerhaften
Schlussfolgerungen

Aushalten von Unsicherheit

Veränderung des eigenen Handelns der Professionellen
statt Veränderung der anderen.

Netzwerkgespräche als Offener Dialog

- Anliegen aller für dieses Gespräch.
- Garantieren, dass jede Stimme gehört wird.
- Größtmögliche Gleichwertigkeit aller
- Das persönliche Netzwerk des Patienten als Ressource sehen und nutzen.



Netzwerkgespräche als Offener Dialog

- Genau **Zuhören** und sich innerlich **berühren lassen**.
- Sich möglichst in jeden Anwesenden einfühlen.
- **Respekt und Annahme der Andersartigkeit** des anderen.
- **Niemand soll das Gefühl bekommen, etwas Falsches gesagt zu haben, dass er anders fühlen und denken sollte.**
- Jeder Anwesende hat einen guten Grund so zu sein, wie sie/er ist.
- **Alle Gefühle** und Meinungen sind zulässig.



Netzwerkgespräche als Offener Dialog

- Die **Sprache des Netzwerkes** verwenden.
- Mit den Worten der Anwesenden nachfragen.
- **Betonung des Dialogs** und nicht das Fördern von Veränderungen im Patienten und in seiner Familie.
- **Sicherheit** geben, damit über alle Themen gesprochen werden kann, auch über die schwierigen und damit bisher „**Noch-nicht-Gesagtes**“ ausgesprochen werden kann.



Netzwerkgespräche als Offener Dialog

- Neue Worte und eine **gemeinsame Sprache** für die Erfahrungen finden, die bisher keine Worte oder Sprache gefunden haben.
- Schwerwiegende Symptome werden als Verkörperung unaussprechlicher Dilemmata aufgefaßt, die oft auf **unerträgliche oder traumatische Ereignisse** zurückgehen.
- **Erfahrungsexperten** haben besondere Fähigkeit, **Übersetzer** für Menschen in Krisen zu sein. **Hoffnungsträger** v.a. auch für Angehörige.

Netzwerkgespräche als Offener Dialog

- Vielschichtigkeit erwarten.
- Vielfältige Standpunkte erfragen.
- **Vielstimmigkeit** ist unvermeidlich - innerhalb des sozialen Netzwerks und auch innerhalb des Teams, transparent für das Netzwerk: **äußere Polyphonie**
- Polarisierung erwarten und zulassen.
- **Allparteilichkeit** des Teams



Polyphonie Mikhail Bakhtin

- In der gesamten Welt gibt es zu *nichts* nur *eine* Bedeutung, sondern eine **große Anzahl sich gegenseitig anzweifelnder Ideen**.
- Sogar in einem einzelnen Individuum gibt es immer vielfältige Stimmen und Perspektiven.

Polyphonie



- Weil immer unterschiedliche Standpunkte existieren, ist eine „Polyphonie“ und diskursive Interaktion vieler, auch nicht vereinbarere „Stimmen“ erforderlich, die diese Unterschiedlichkeit zwar *nicht* durch eine gemeinsame Wahrheit überwinden können, **jedoch können echte Dialoge zu neuen Sichtweisen in den jeweils spezifischen Lebenskontexten führen.**

Dies ist ein niemals abgeschlossener Prozess.

Polyphonie

- Es kann demnach immer nur eine **vorübergehende** subjektive oder **situativ** gemeinsam empfundene **Wahrheit** entstehen.
- Sie entsteht durch **Bezogenheit, Engagement und Hingabe** und in einem **dafür geeigneten Kontext**.
- Diese **polyphone Wahrheit** braucht viele gleichzeitige Stimmen.

Aushalten von Unsicherheit

- Die eigene Unsicherheit aushalten/verbalisieren
- Bereitschaft den eigenen Standpunkt zu bezweifeln und zu verändern.



Betonung des gegenwärtigen Moments

- Prozessorientierung:
Vertrauen in den unbekanntem Prozess
- **Den gegenwärtigen Moment betonen.**
- Präsenz im **Hier und Jetzt.**
- Auf Reaktionen, Gesten und **Gefühle** bei anderen im Hier und Jetzt reagieren/antworten.
- **Verlangsamung**
- Momente des **Schweigens** für innere Dialoge





Netzwerkgespräche als Offener Dialog

- **Reflektieren der Professionellen:**
Wertschätzung zu allen
Was habe ich gehört?
Was hat mich berührt?
Welche Fragen sind mir gekommen?
Auch **eigene Gefühle** einbringen.
- **Gemeinsames Nachdenken**, sich mitteilen und miteinander teilen.

Begegnungsmomente

„Die gemeinsame Reise dauert zwar nicht länger als die Sekunden, die ein Begegnungsmoment hat. Aber das reicht aus. Sie wurde gemeinsam durchlebt. Die Beteiligten haben eine private Welt erzeugt, die sie miteinander teilen. Wenn sie jene Welt wieder verlassen, werden sie feststellen, dass ihre Beziehung sich verändert hat.“



(Daniel Stern)

Netzwerkgespräche als Offener Dialog

- Vermeidung verfrühter Entscheidungen und Schlussfolgerungen.
- Schritte und Lösungen sollen im Netzwerk entstehen.
- **Transparenz** durch offene Diskussion anstehender Entscheidungen mit dem Netzwerk, auch bei unterschiedlichen Positionen im Team.
- **Gemeinsame Strukturierung des Behandlungssettings und der Behandlungsschritte.**



Netzwerkgespräche als Offener Dialog

- **Konkrete Schritte** verabreden
in Krisen sehr kurzfristig.
- **Wann** sollen wir uns **wieder** treffen?
- Sollte **jemand zusätzlich** eingeladen werden?

Funktion von Netzwerkgesprächen

- Reduktion von Hospitalisierung
- Reduktion von Rückfällen
- Verbesserung der Symptomatik
- Verbesserung des psychosoziales „Funktionsniveaus“
- Verstärkt die Wirkung der weiteren Therapien
- Aktivierung sozialer Ressourcen
- Förderung der sozialen Inklusion

- Veränderung professioneller Haltungen + Konzepte

„Dosis“ von Netzwerkgesprächen

Bei Pat. in relativ stabilisiertem Zustand

3-6 Netzwerkgespräche/Jahr

Bei Bedarf als Frühintervention in Krisen

Störungsunabhängigkeit

Effekte

Senkung der Hospitalisierungsrate

Meist hohe Behandlungszufriedenheit aller

Unerwartet positive Entwicklungen

Umsetzung von Netzwerkgesprächen in D

Netzwerkgespräche als ergänzende Intervention

Netzwerkgespräche bei strukturellen Übergängen

Netzwerkgespräche zu Beginn eines Behandlungsprozesses

Netzwerkgespräche zur Krisenplanentwicklung

Netzwerkgespräche in Krisen begleitend

Netzwerktreffen nur mit Professionellen

Umsetzung in Deutschland

Eine vollständige Umsetzung des Originalmodells ist in Deutschland bisher nicht möglich.

Partielle Umsetzung

- Integrierte Versorgung des NWpG-Vertrags
- Kliniken mit regionalem Budget
- Kliniken ohne regionales Budget
- Träger mit SGB XII Finanzierung

Evaluation nach 5 Jahren West-Lappland

59 Ersterkrankte mit nicht-affektiven Psychosen

Anzahl der Netzwerktreffen in 2 J **21**

in 5 J **25**

mit weniger Erfahrung in 5 J **35**

Tage im Krankenhaus: 17

Anzahl der Rückfälle über 5 Jahre: 30 %

ohne psychotische Restsymptome: 82 %

in Arbeit und Studium: 76 %

z. Zt. arbeitslos: 10 %

ohne Neuroleptika über 5 Jahre: 70 %

davon „Schizophrenie“ ohne NL 55 %

	API 4/1992-12/1993	OD 1/1994-12/1997	OD 1/2003-12/2005
Zahl der TN			
- Bei Studienbeginn	39	51	27
- Nach 2 Jahren	33	43	18
Durchschnittsalter	26,6 J. (19-38J.)	26,8 J. (17-43J.)	20,2 J. (16-42J.)
Männlich	16 (47%)	16 (35%)	9 (50%)
Weiblich	18 (53%)	30 (65%)	9 (50%)
Dauer unbehandelte Psychose	4,3 Monate	3,3 Monate	0,5 Monate
Diagnose/DSM-III-R			
- Schizophrenia	13 (38%)	19 (41%)	4 (22%)
- Brief psychotic episode	5 (15%)	11 (24%)	7 (39%)
- Schizophrenieform	9 (26%)	6 (13%)	3 (17%)
- Psychosis nos (sonstige)	7 (21%)	10 (22%)	4 (22%)
Brief Psychiatric Ranking Scale			
- Ausgangswert	47,4	48,8	52,1
- Nach zwei Jahren	30,2	23,7	28,5
Psychotische Symptome			
- Zu Beginn	3,2	2,98	1,56
- Nach zwei Jahren	0,5 (80% keine)	0,3 (80% keine)	0,17 (80% keine)

	API 1992-1993	OD 1994-1997	OD 2003-2005
Zahl an Rückfällen			
0	25 (74%)	38 (83%)	13 (72%)
1	6	5	0
2	3	2	3
>2	0	1	2
Therapieversammlungen	26,1	20,7	23,3
Individuelle Psychotherapie	33 %	46 %	67 %
Krankenhaustage	25,7	9,3	13,6
Gebrauch von NL			
- Mindestens einmalig	9 (26%)	12 (26%)	9 (50%)
- Kontinuierlich	5 (15%)	5 (11%)	5 (28%)
Arbeitsstatus zu Beginn			
- Studium	11 (32%)	13 (28%)	12 (67%)
- Erwerbstätig	14 (41%)	24 (52%)	0
- Arbeitslos	3 (9%)	6 (13%)	2 (11%)
- Passiv	6 (18%)	3 (7%)	4 (22%)
Arbeitsstatus nach 2 Jahren			
- Arbeit oder Studium	21 (62%)	35 (78%)	13 (72%)
- Arbeitslos	4 (12%)	6 (13%)	2 (12%)
- Rente	9 (26%)	4 (9%)	4 (16%)

Finnish National Schizophrenia Project

1981-1987: 10 year evaluation of its results

The percentage decrease in the number of long-stay patients with a diagnosis of schizophrenia in Finland during 1982-1992	Follow-up Period		
	1982-1986	1986-1992	1982-1992
Old (hospitalized 2+ yrs)	22%	59%	68%
New (hospitalized for >1 but <2)	14%	54%	60%
Total	21%	57%	63%

Resources/ 1000 people	Year				
	1982	1986	1990	1992	2000
Psychiatric beds	4.1	2.9	2.5	1.9	2.0
Staff in out-patient care	2.7	3.8	4.7	5.1	6.6
Day Hospital beds	?	0.17	?	0.13	0.4-0.7
Sheltered homes	0.19	0.32	.28	.25	0.4-0.7

Finnish National Schizophrenia Project 1981-1987: 10 year evaluation of its results

Families at network meetings		
Frequency	Sites	%
Families always met with	25	41
In most cases (60-90%)	24	39
Often (40%- 60%)	9	15
Sometimes (5-40%)	3	5
Never (<5%)	0	0

Tuori, T., Lehtinen, V., Hakkarainen, A., Jaaskeliainen, J., Kokkola, A., Ojanen, M., Pylkkanen, K., et al. (1998). The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987: 10 year evaluation of its results. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 10–17

29

69

**Vielen Dank
für die
Aufmerksamkeit**