UKE HAMBURG

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrische und Partizipative Forschung

Peer-gestützte MitarbeiterInnen-Schulung zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

Candelaria Mahlke, Imke Heuer
Hendrik Meyer, Sophie Müller, Kolja Heumann,
Thomas Bock, EmPeeRie NoW

EmPeeRie
Empower Peers to Research

Einführung

→ Zwangsmaßnahmen = Belastung für alle Beteiligten

- Patienten: Neg. Gefühle, traumatisches Erleben, Angst bzgl. Folgebehandlung, unterschdl. Bewertung
- Mitarbeiter: Angst, ethische Konflikte, notwendiges Übel

→ Epidemiologie

- Differenzen in der Prävalenz zw. versch. Kliniken, Regionen und Ländern

→ Unterschiedliche Prädiktoren

- Patientenvariablen, strukturelle und Mitarbeitervariablen

→ Kritisches Bewusstsein wächst: Zwang = Ultima Ratio

Adreasson & Skärsäter, 2012; Armgardt et al., 2013; Chambers et al., 2015; Camuccio, 2012; Fugger et al. 2016 ; Katsakou & Priebe, 2007; Larsen & Terkelsen, 2013; Molewijk et al., 2015; Riahi et al., 2016; Swartz et al, 2003; Steinert et al., 2001, 2013;

Martin et al., 2007; Steinert et al. 2010; Ketelsen et al., 2011; Jarrett et al., 2008; Knutzen et al., 2011; De Benedictis et al., 2012; Beghi et al., 2013; Bak et al, 2013

Prävalenz von Zwangsmaßnahmen

Erhebliche Differenzen in der Prävalenz von Zwangsmaßnahmen zwischen

- Ländern (Dt: Fixierung 8%; Isolation 3,6% aller behandelten Patient*nnen) [Steinert et al., 2010]
- Regionen (Peripherie > städtische Kliniken) [Martin et al., 2007]
- Kliniken (1,9-16,2% aller behandelten Patient*innen) [Steinert et al., 2007]

Einflussfaktoren auf die Prävalenz

- Gesetzgebung (Salize & Dressing, 2004, Raboch et al., 2010; Steinert et al., 2010)
- Klinikbezogene Charakteristika
- Personenbezogene Merkmale

Einflussfaktoren auf die Prävalenz

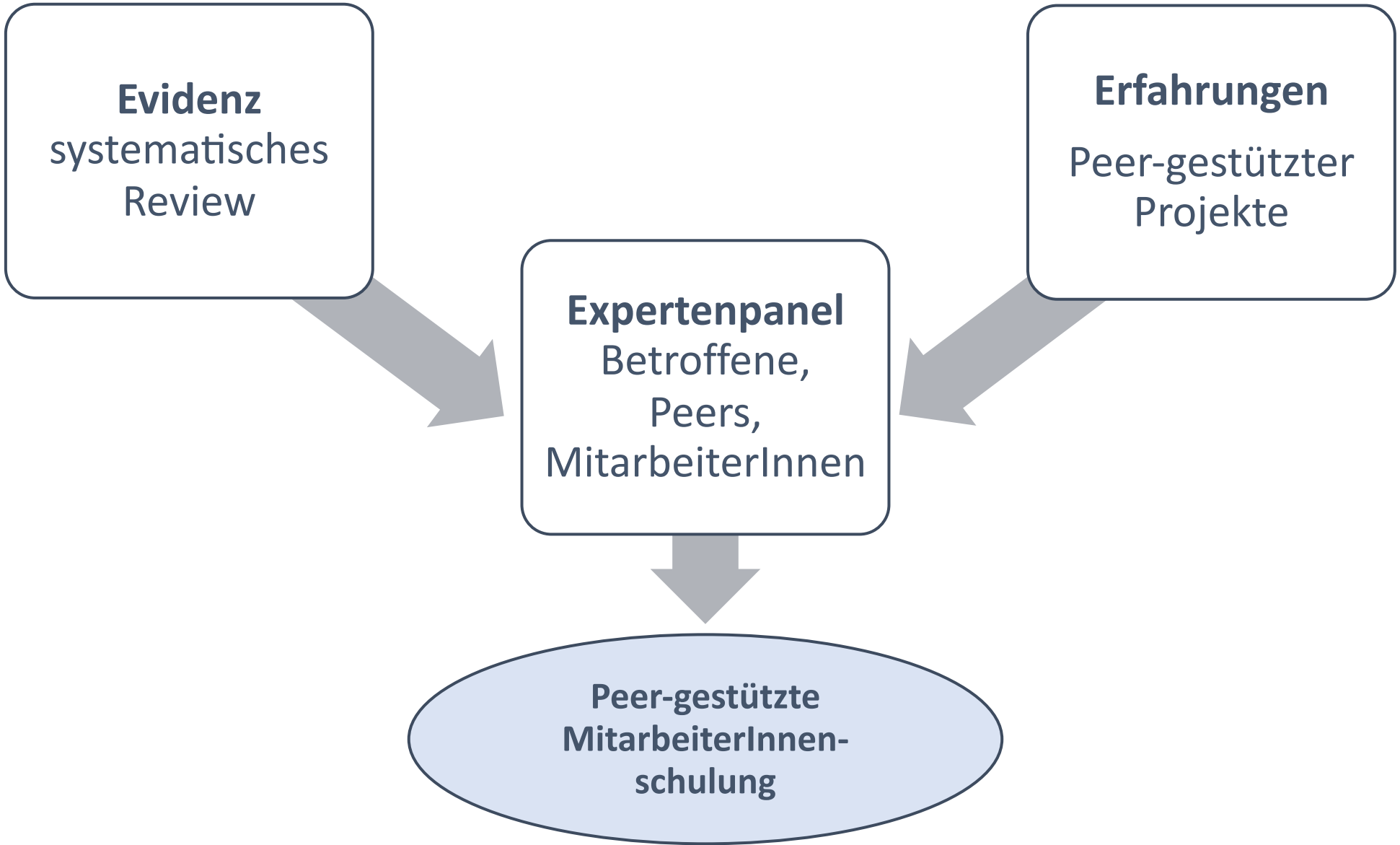
Klinikbezogene Charakteristika:

- Klinikstruktur:
  Standort, Bettenanzahl, Belegungsquoten, Personalschlüssel [Brieger et al., 2014; Kalivosa et al., 2014; Nienaber et al., 2018; Raboch et al., 2010; Steinert et al., 2011]
- Klinikkultur/Stationskultur:
  Stationsregeln, Behandlungsroutinen, Organisationsabläufe, ideologische Ausrichtung [Bowers et al., 2014a; Huckshorn, 2005; Paterson et al., 2010; Price et al., 2018]

Personenbezogene Merkmale:

- Patient*innen:
  Alter, Diagnose, Schweregrad der Erkrankung, aggressives/gewalttätiges Verhalten [Kalisova et al., 2014; Knutzen et al., 2011; Steinert et al., 2007; Raboch et al., 2010]
- Behandler*innen:
  Geschlecht, Arbeitserfahrung, Ausbildungs- bzw. Fortbildungsgrad [Al-Khaled et al., 2011; Eskandari et al., 2017; Delacy et al., 2005]

Mitarbeiterschulung zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen



Erfahrungen:
Projekte mit Einbezug von Peers zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

- Projekte mit Erfahrungen bzgl. Vermeidung von Zwangsmaßnahmen
- Umstrukturierung von traditionellen Abläufe und Klinikumwelt
- Personenzentrierung durch Nutzerperspektive, Recovery-Orientierung
- Mind. 50% Peer Mitarbeiter*innen

Best Practices

The Development and Implementation of "No Force First" as a Best Practice

Lori Ashcraft, Ph.D.
Michelle Bloss, M.Ed.
William A. Anthony, Ph.D.

The mental health field continues to be concerned about the use of seclusion and of mechanical and chemical restraints in treatment settings. Recovery Innovations, Inc. (RI), a nonprofit corporation that operates a range of recovery-oriented programs, successfully eliminated use of seclusion and nonchemical restraints in a crisis center. This success was the impetus behind implementation and

to service delivery. The potential of service recipients was not being tapped. The belief that severe mental illnesses had poor prognoses and that service recipients were "treatment resistant" no longer explained or excused the organization's results.

This mindset provided fertile ground for the growing body of information about the possibility of recovery that had begun to emerge on the national level at this time (1). As RI

outlined in the box on page 416, the policy mandates expansion of the repertoire of staff members' responses to crisis situations in any program and requires that force of any kind be relegated to the bottom of the list of possible responses. Although some of

Psychiatric services

AUSTRALASIAN PSYCHIATRY

Recovery-based services in a psychiatric intensive care unit – the consumer perspective

Australasian Psychiatry
2015, Vol 23(5) 524–527
© The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2015
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1039856215593397
apy.sagepub.com
SAGE

2 Jahre Beobachtungszeitraum:
- 56 von 12,346 Patient*innen erhielten Zwangsmedikation (0.45%)
- Keine Isolierung und Fixierung

Abstract
Objective: To describe the implementation of recovery-based practice into a psychiatric intensive care unit, and report change in seclusion rates over the period when these changes were introduced (2011–2013).
Method: Recovery-based practices including collaborative care, safety care plans, a comfort room, and debriefing after coercive interventions were introduced. A carer consultant was employed. A restraint and seclusion review committee, chaired by a peer worker, was established. A consumer exit interview was introduced and these data were

- No Force First
- Recovery Inovations (RI) Phoenix, non-profit
- „no force first“ policy:
  - Jegliche Art von Zwang muss letztes Mittel sein – auch bei Selbst o. Fremdgefährdung – Misslungene Behandlung!
  - Soll das Repertoire der Mitarbeiter*innen in Krisensituationen erweitern
  - **Erfahrung**: Auch wenn das Konzept Recovery den Zielen vieler Institutionen entspricht ist eine Umstrukturierung notwendig

Erfahrungen: Peer Projekte zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

- **No Force First** policy öffentlich machen
- Fortlaufendes Programm zur Vermeidung jeglicher Zwangsmaßnahmen:
  - Training für Mitarbeiter*innen: Effektive Deeskalationsmethoden
  - Nachbesprechung mit Betroffenen bei jeder Zwangsmaßnahme
  - kritischer Rückblick bei jeder Zwangssituation
  - stetiger Umsetzungs-Verbesserungs-Prozess, mit Dokumentation und Rückmeldung
- ca. 50% Peer Mitarbeite

2 Jahre Beobachtungszeitraum:
- 56 von 12,346 Patient*innen erhielten Zwangsmedikation (0.45%)
- Keine Isolierung und Fixierung

- Umbenennung von Risikomanagement zu Risikoteilender Partnerschaft

Einschlusskriterien

- Ergebnisse zur *Effektivität* bzgl. der Reduktion der Inzidenz von Zwangsmaßnahmen
- Mindestanforderungen
- Evidenzklasse IV
- *relative Reduktion* > 50% , *Signifikanz* der Reduktion, großer *Effekt*
  - → *26 Studien: 14 eingeschlossen / 12 ausgeschlossen*
  - → *Aktualisierung des Reviews 2019*

Effektivste Maßnahmen

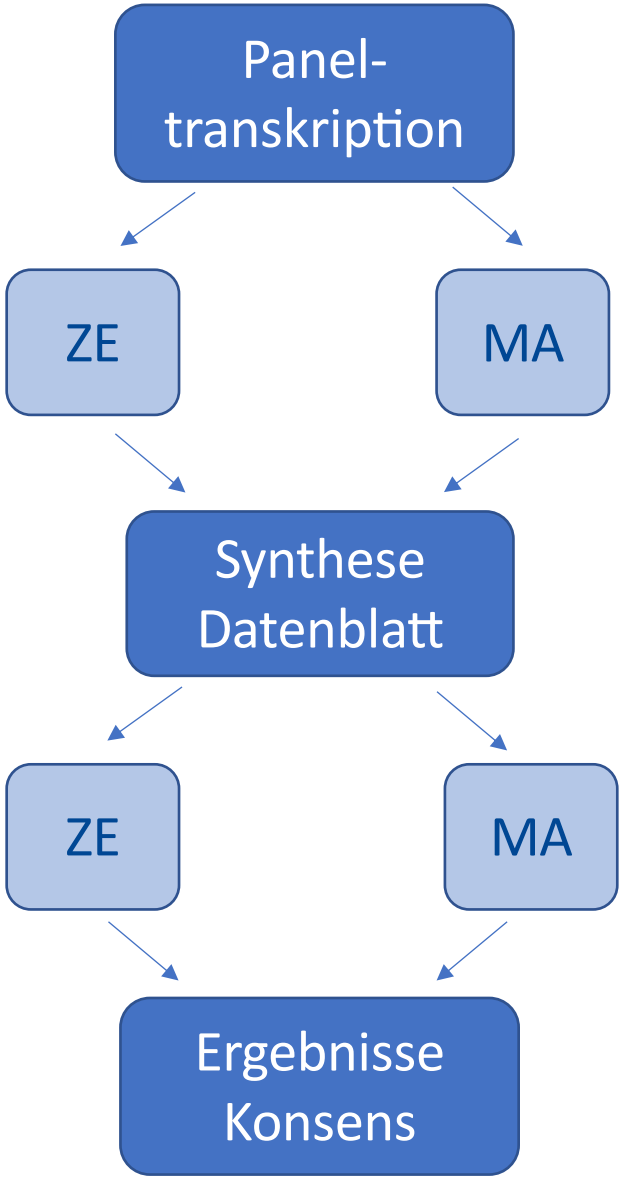
1. Steigerung der Partizipation Behandlung/ Vorsorgeinstrumente (A)
2. Deeskalation(B)
3. Risikoprädiktion (B)
4. Review & Feedback (B)
5. Alternativen (C)
6. Nachbesprechung (C)
7. ~~Krisenteams (C)~~

→ Parallele Veränderung der Klinikumwelt zeigt beste Ergebnisse!

- 6 Expertenpanel, ca. 2h pro Sitzung
  → Audioaufnahme und Transkription

FG	N	ExpertInnen
A	6	Betroffene v. Zwangsmaßnahmen
B	4	MitarbeiterInnen (Akut aktuell)
C	11	6 MitarbeiterInnen (aktuell + ehemals), 2 Peer-BegleiterInnen, 3 Betroffene von Zwangsmaßnahmen
C	10	5 MA (aktuell + ehemals), 2 Peers, 3 Betroffene
C	12	7 MA (aktuell + ehemals), 2 Peers, 3 Betroffene
C	12	7 MA (aktuell + ehemals), 2 Peers, 3 Betroffene

Partizipative Auswertung der Expertenpanels



1. Code Book zur Datenerfassung:
   Extrahieren relevanter Inhalte in Zitatform

2. Synthese zu einem gemeinsamen Datenblatt

→ Extraktion der Inhalte

3. Diskussion/Abgleich beider Fassungen → **Konsens**

UKE HAMBURG

- Peer-gestütze Schulung
  - ermöglicht offenen Austausch/Augenhöhe
- Videogestützt
  - ermöglicht Bewertung des Geschehens als Beobachter:in
- Evidenzbasiert
  - aktuelle Erkentnisse einbeziehen

<u>Partizipation</u>
Perspektive Betroffene
Peer-/Genesungsbegleitung
Angehörige einbeziehen

<u>Perspektive Mitarbeiter:innen</u>
Team-/Selbstfürsorge

<u>Struktur</u>
Abläufe
Stationsregeln

Evidenzbasierte Versorgung

ultima ratio!

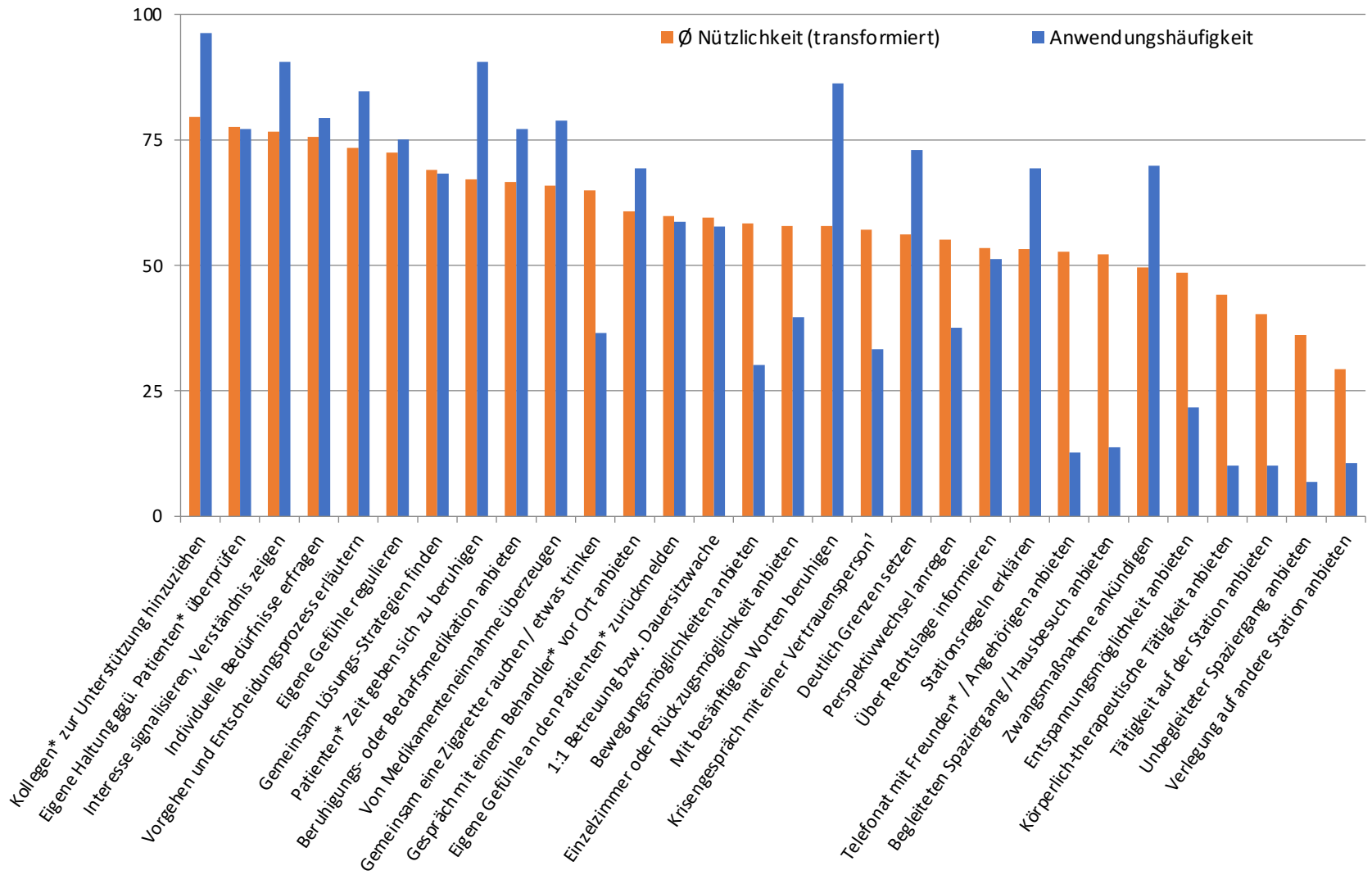
Block I – Anzeichen von Krisen bewältigen und erkennen

Schulungselement	Inhalte	Ziele
Einführung	Prävalenzen von Zwang, Leitlinien Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse Situation	Für die Schulung motivieren Identifikation von Problembereichen und potenziellen Hindernissen
Weniger restriktive Alternativen	Vermittlung weniger restriktiver Alternativen zu Zwangsmaßnahmen Ergänzung zur Risikoeinschätzung	**Mehr Handlungsspielraum** für die MitarbeiterInnen Vermittlung von Sicherheit im Umgang mit agitierten und aggressiven PatientInnen in Krisensituationen Sensibilisierung dafür, dass **andere Optionen** möglich sind
Gegenseitige Unterstützung im Team	Einschätzung der Belastung/Wertschätzung/Sicherheit Auswirkungen auf den Berufsalltag	Bewusstsein für Folgen bzgl. Gewalterfahrungen und Belastungen im Berufsalltag & Unterstützung im Team

Fragestellungen

1. Welche alternative Maßnahmen werden generell als hilfreich eingeschätzt, um Zwang zu vermeiden?
2. Welche alternative Maßnahmen werden vor konkreten Zwangssituationen angewandt?
3. Mit welchen strukturellen und personellen Variablen hängen Einschätzung und Angebot milderer Maßnahmen zusammen?

Ergebnisse Pflege-Befragung



- N=205 Tn
- Alter: ø 39.6 Jahre
- Geschlecht:
  - 56% weibl.
- Berufserfahrung:
  - Ø 15.94 J.
  - Ø 13.10 J. Psychiatrie
- Qualifikation:
  - 92% Gesundheits- & Krankenpfleger
  - 41,6% Fachpflege Psychiatrie

Ergebnisse Pflege-Befragung

- Ø 16.6 Maßnahmen vor letzter ZM angeboten
- Positiver Zusammenhang zw. allgemeiner Nützlichkeitseinschätzung & Anwendungshäufigkeit: **$r(30) = .823$, $p < .001$**

  → Allgemein als nützlich eingeschätzte Maßnahmen werden häufiger angewendet als weniger nützlich eingeschätzte Maßnahmen
- Anlass für Zwangsanwendung: 10,2 % geben anderen Grund als Selbst – oder Fremdgefährdung an
- Prädiktoren für die Anzahl angebotener milderer Maßnahmen:
  - Zeit bis zur Zwangsmaßnahme: Je mehr Zeit desto mehr angebotene Maßnahmen ($R^2=.142$, $\beta=.34$, $p<.001$)
  - Keine weiteren signifikanten Prädiktoren (Alter des Patienten, psychotische Symptome, Migrationshintergrund, Fremd vs. Eigengefährdung, Strukturmerkmale der Klinik)

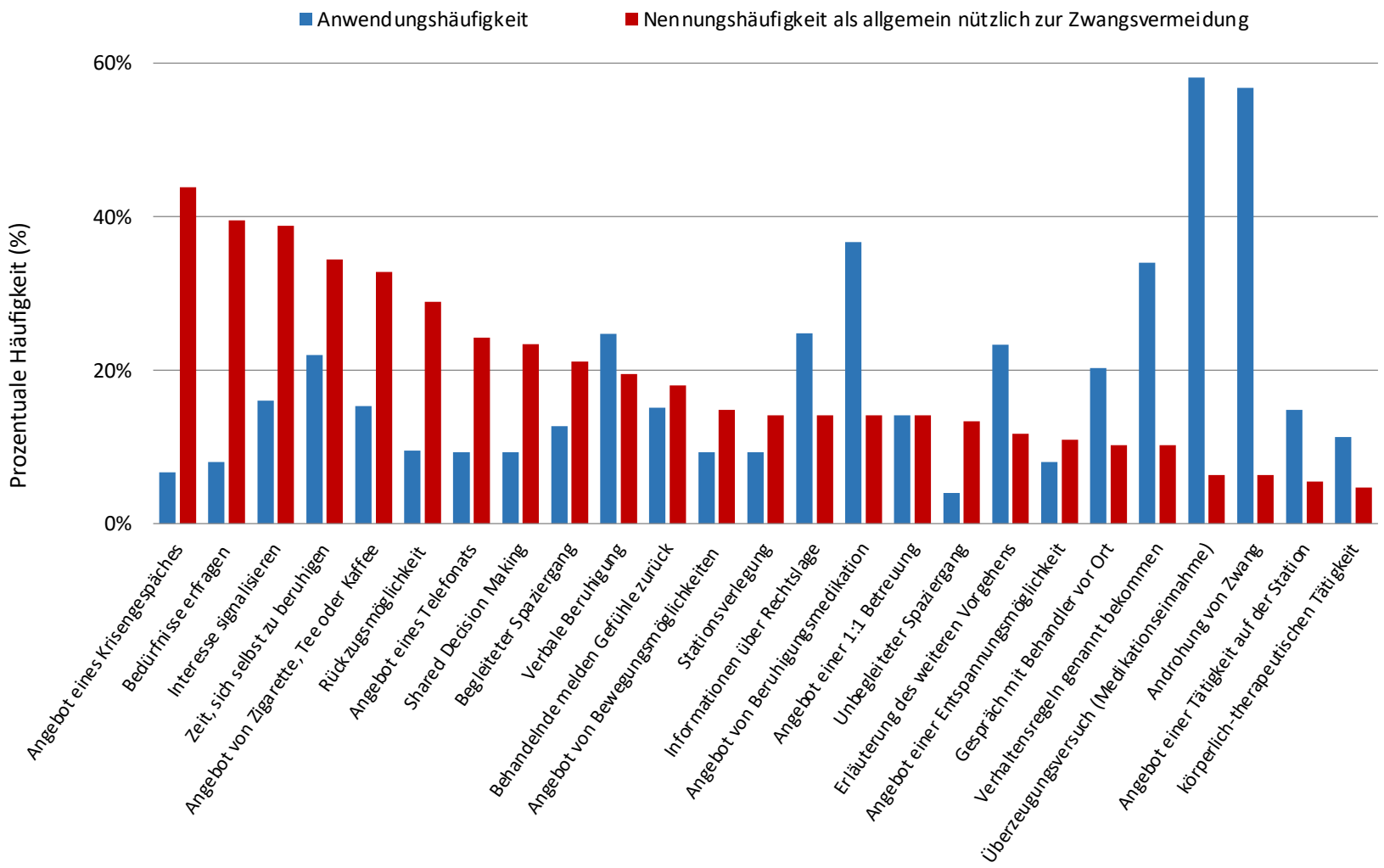
Ergebnisse

Vergleich der Nützlichkeitseinschätzung

Pflege-MitarbeiterInnen*	PatientInnen
1. Interesse signalisieren	1. Krisengespräch
2. Ind. Bedürfnisse erfragen	**2. Ind. Bedürfnisse erfragen**
3. Vorgehen erläutern	**3. Interesse signalisieren**
4. Shared Decision Making	**4. Zeit geben**
5. Zeit geben	5. Zigarette/Getränk anbieten

* Mittel, die nur aus Pflege-Perspektive eingeschätzt werden können, ausgenommen

Ergebnisse Patienten-Befragung



- N=155 Tn
- Alter: ø 43,36 Jahre
- Geschlecht:
  - 49% Frauen
  - 29% Männer
  - (23% k.A.)
- Diagnose:
  - 45% Affekt. Störungen
  - 43% psychotische Erkrankungen
  - 14% Pers.-Störungen

Ergebnisse Patienten-Befragung

- In Zahlen:
- Ø 4.7 Maßnahmen vor letzter ZM; 50 % der Teilnehmer erlebten weniger als 3 Maßnahmen
- Negativer Zusammenhang zw. allgemeiner Nützlichkeitseinschätzung & Anwendungshäufigkeit: **$r(25) = -.410$, $p < .05$**

  → Allgemein als nützlich eingeschätzte Maßnahmen werden seltener erlebt als weniger nützlich eingeschätzte
- Anlass für Zwangsanwendung aus Pat.-Sicht: 38,7 % „individueller Anlass“
- Prädiktoren für die Anzahl erlebter milderer Maßnahmen:
  - Alter: Ältere Patienten erleben weniger Maßnahmen als Jüngere (ΔlogCount=-0.022, $p<.05$)
  - Keine weiteren signifikanten Prädiktoren (Alter des Patienten, psychotische Symptome, Migrationshintergrund, Fremd vs. Eigengefährdung)

Ergebnisse

Vergleich der Anwendungshäufigkeit

Pflege-MitarbeiterInnen*	PatientInnen
1. Zeit geben	1. Überzeugungsversuch zur Medikationseinnahme
2. Interesse signalisieren	2. Zwang androhen
3. Verbale Beruhigung	3. Beruhigungs-Medikation anbieten
4. Vorgehen erläutern	4. Verhaltensregeln erläutern
5. Ind. Bedürfnisse erfragen	5. Informationen über Rechtslage geben

* Mittel, die nur aus Pflege-Perspektive eingeschätzt werden können, ausgenommen

Zusammenfassung

- Patienten erleben relativ wenige Maßnahmen im Vorfeld einer Zwangsmaßnahme
- Pflege-Mitarbeiter:innen und Patient:nnen schätzten ähnliche Maßnahmen als allgemein nützlich ein, um Zwang zu vermeiden.
  - Dabei geht es um Kommunikation bzgl./über die Ursache der eskalierenden Situation
- Diskrepanz in der Anwendungshäufigkeit:
  - Pflege-Mitarbeiter geben an, diese Maßnahmen auch anzuwenden.
  - Patient:nnen geben an, diese Maßnahmen seltener zu erleben.

→ Von Pflege-MA angebotene Maßnahmen scheinen Patient:innen nicht zu erreichen

→ Vermittlungsproblem: Patienten nehmen die Angebote nicht als solche war?

Block I – Anzeichen von Krisen bewältigen und erkennen

Schulungselement	Inhalte	Ziele
Perspektivwechsel	**Sensibilisierung** hinsichtlich des subjektiven Erlebens von Zwang und dessen Folgen: **Videomaterial**	Austreten aus der Rolle MA vs. PatientIn → **als Mensch spürbar werden**
Veränderung Klinikumwelt	• Empfangskomitee • Selbstfürsorge • Gefühle/Bedürfnisse MA • Augenhöhe/Respekt • Stationsregeln • Einbezug von Angehörigen • Erhöhte Sichtbarkeit der MA	**Behandlungsroutine** in der Art verändern, dass sie präventiv gegen den Einsatz von Zwang einwirkt
PatientInnen-partizipation	Aktive Beteiligung der PatientInnen an Planung und Organisation von Behandlungsabläufen, -alltag, Peer-Begleitung	Gemeinsamen Behandlungsplanung und Verantwortungsübernahme

Block II – Krisen bewältigen und sicher entschärfen
Block III – Aus Krisen lernen für die Zukunft

Schulungselement	Inhalte	Ziele
Vorsorge-instrumente	Behandlungsvereinbarung, Krisenpass, Wellness Recovery Action Plan	Identifikation individueller Krisentrigger und Warnzeichen → Krisenprävention
Nachbesprechung	Nachbesprechung mit Betroffenen und „BereitschaftszeugInnen“ nach Zwangsmaßnahme Identifikation von **Umkehrpunkten**	**Dokumentation der Patientenperspektive**: Wie hätte die Zwangsmaßnahme verhindert werden können? Wie kann sie in Zukunft verhindert werden?
Review/ Feedback	Nachbesprechung mit dem involvierten Personal und der „Bereitschaftspflege“	Betrachtung beider Perspektiven und **Identifikation möglicher Missverständnisse** Strategien entwickeln zur zukünftigen Vermeidung von Zwang

wir müssen aktiv ringen…
wir müssen neugierig bleiben…
wir müssen berührbar bleiben
…und wir müssen gut zuhören!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Martinistraße 52, W37

D-20246 Hamburg

040 7410 58933

c.mahlke@uke.de

i.heuer@uke.de