

Teilprojekt 2:

Einfluss von Peer-Begleitung auf die Rate von Zwangsmaßnahmen

Teilprojektleitung: Prof. Dr. Thomas Bock, Dr. Candelaria Mahlke (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Projektmitarbeitende: Sophie Müller, Cynthia Ehlers, Phelina Mielke, Kolja Heumann

1. Einleitung

Internationale Studien geben Hinweise, dass Peer-Begleiterinnen und -begleiter im Gegensatz zu traditionellen Versorgungsangeboten, besonders eigensinnige und psychiatrie-abgewandte Patientinnen und Patienten erreichen, schneller symmetrische vertrauensvolle Beziehungen aufbauen, Selbstwirksamkeit fördern und dadurch zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen beitragen können. In Deutschland gibt es durch gute Ausbildungsbedingungen, eindeutige Leitlinienempfehlungen und erste empirische Belege zur stationären und zur ambulanten Wirkung von Peerarbeit eine gewisse Aufbruchsstimmung. Am UKE gab es gute Voraussetzungen und inhaltliche Vorarbeiten, an denen anzuknüpfen war:

- Es gibt mehrere Generationen gut ausgebildeter Peer-Begleiterinnen und Begleiter
- Es gibt bereits einige angelernte Peer-Forscherinnen und Forscher
- Es gibt am UKE bereits Erfahrungen mit Peerarbeit im ambulanten und stationären Akutbereich
- Es gibt viel Erfahrungen bei der Gestaltung trialogischer Fortbildungen, also solche, bei denen Betroffene als maßgebliche Referierende mitwirken.

Zu klären ist, auf welche Weise Peers Einfluss auf die Rate der Zwangsmaßnahmen haben können

- a) im stationären Setting z. B. durch Qualifizierung des Personals und indirekten Einfluss auf das Stationsmilieu und
- b) im ambulanten Setting z. B. durch das bessere Erreichen von Patientinnen und Patienten mit Distanz zum Behandlungssystem und erhöhtem Zwangsrisiko.

Zur Entwicklung einer Peer-gestützten Intervention zur Sensibilisierung von Mitarbeitenden von Akutstationen wurde in einem systematischen Review Interventionen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen untersucht. Da die eingesetzten Maßnahmen jedoch bisher selten unter Einbezug von Personal und Betroffenen entwickelt wurden (Stöven, 2014; Wallcraft, 2012), war es das Ziel die bestehenden Maßnahmen zu überarbeiten und neue, Nutzerinnen und Nutzer orientierte Maßnahmen zu entwickeln. Es gibt jedoch Evidenz, dass div. Peer-gestützte Maßnahmen bei der Implementierung Recovery-orientierter Versorgung helfen und Zwangsprävalenzen verringern kann. Vor allem strukturell angelegte Projekte, die auf mehreren Ebenen ansetzen, wie z. B. „No-force-first“ (Ashcraft et al., 2012) sind erfolgreich. Insgesamt zeigt sich in der betreffenden Literatur, dass ein mangelndes gegenseitiges Verständnis zwischen Personal und Patientinnen und Patienten das Potenzial hat, Eskalationen auszulösen, die in der Folge zu Zwangsmaßnahmen führen können (Tingleff et al., 2017). Auf dieser Basis wurde die am UKE seit einem Jahr vorgehaltene „Nutzerorientierte Wissenschaftsberatung“ (EmPeeRie NoW) in Anspruch genommen, um alternative Vorgehensweisen weiter abzuwägen und auszuarbeiten. Hierbei entstand die Idee an diesem Problem anzuknüpfen und ein Schulungsprogramm zu entwickeln, welches über den Perspektivwechsel zwischen Personal und

Patientinnen und Patienten die subjektive Wahrnehmung von Zwangsmaßnahmen sowie deren Entstehungsbedingungen beleuchtet und gleichzeitig die Mitarbeitenden mit konkreten Handlungsanweisungen für den klinischen Alltag ausstattet. Dabei sollte der gesamte Forschungsprozess partizipativ gestaltet werden, um so an das theoretische und praktische Wissen aller Akteurinnen und Akteure anzuknüpfen und einen Austausch zwischen Betroffenen und Klinikpersonal zu fördern.

2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

a) Peerarbeit im stationären Bereich:

Fragestellung: Ist es möglich, in einem partizipativen Forschungsprozess mit Betroffenen und Mitarbeitenden von Akutstationen, ein empirisch gestütztes Schulungsprogramm zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen zu erstellen, das auf einem Konsens zwischen Personen die Zwangsmaßnahmen erfahren, durchführen oder juristisch bewerten beruht?

- Systematisches Literaturreview
- Expertinnen-Panels (spezifisch und gemischt)
- Entwicklung einer spezifischen Schulung mit subjektorientierten (Film-)Materialien
- Delphi-Verfahren zur partizipativen Überarbeitung und Gesamtkonzeption
- Erprobung und Evaluation der neuen Schulungskonzeption

b) Peerarbeit im ambulanten Bereich:

Fragestellung: Erreichen Peers Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung und -risiko? Welche subjektive Bedeutung hat der Austausch mit Peers für die Betroffenen?

- Feldanalyse: Expertenpanel mit N=8 ambulant tätigen Genesungsbegleiterinnen und -begleitern/Peers (SGB5) in psychiatrischen Kliniken in Hamburg
- Problemzentrierte Interviews mit Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung (N=5)
Die Betroffenen wurden mit einem partizipativ erstellten Interviewleitfaden befragt. Die Interviews wurden aufgenommen und anschließend transkribiert. Es erfolgte eine qualitative Auswertung mit MaxQda
- Online Befragung von Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung (N=75). Über einschlägige Portale und Betroffenenorganisationen wurde eine Onlinebefragung durchgeführt

3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Insgesamt verlief das Teilprojekt weitgehend im Zeitplan.

a) Peerarbeit im stationären Bereich:

Basierend auf einem systematischen Review wurden die als wirksam herausgearbeiteten Interventionen sowie die Probleme, die zu Zwangsmaßnahmen führen können in sechs Fokusgruppen mit Mitarbeitenden, Genesungsbegleitenden und Betroffenen diskutiert. Im Anschluss erfolgte die partizipative Auswertung der Fokusgruppen und Konzeption der Schulungsinhalte sowie die

Erstellung mehrerer Schulungsfilme. Das Ergebnis wurde anschließend in einem Delphi-Verfahren hinsichtlich seiner Umsetzbarkeit und seines Nutzens von einer unabhängigen Expertengruppe bewertet, um das gesamte Schulungsprogramm zu evaluieren und zu entscheiden welche Schulungselemente ins Schulungsprogramm aufgenommen werden.

Eine Besonderheit dieses Vorgehens war die kritische wissenschaftliche Begleitung durch eine Peerforscherin mit eigenen Zwangserfahrungen sowie die Einbindung von Menschen mit Zwangserfahrungen, Genesungsbegleitenden sowie Mitarbeitenden allen Phasen der Schulungserstellung.

Zugleich gibt es bereits eine große Nachfrage von Einrichtungen, die sich an der Pilotphase der Erprobung beteiligen wollen. Diese wird im Oktober starten und bis Ende des Jahres abgeschlossen sein.

b) Peearbeit im ambulanten Bereich:

Alle Bestandteile des Projekts konnten gemäß dem Zeitplan abgeschlossen werden.

4. Ergebnisse

<p>Es ist bekannt, unter welchen Bedingungen der Einsatz von Peer-Begleitung zur Reduzierung von Zwang führt</p>	<p>a) Eine eigene Delphi-Befragung zeigt, dass unter Einsatz von Peers bei der Erstellung einer peergestützten Mitarbeiterschulung ein Schulungskonzept entwickelt wurde, das an den ursächlichen Faktoren von Zwangsmaßnahmen ansetzt, den Perspektiven aller Akteurinnen und Akteuren Rechnung trägt und gleichzeitig den Transfer in die Praxis ermöglicht. Dabei meldeten insbesondere die beteiligten Mitarbeitenden zurück, dass der Austausch im Rahmen des Forschungsprozesses bereits zu Reflexionsprozessen bezüglich der Notwendigkeit Zwang zu reduzieren führte.</p> <p>b) Eine eigene Pilot-Studie gibt Aufschluss, ob Peer-Begleitung auch psychiatrie-abgewandte Patientinnen und Patienten erreicht.</p>
--	---

a) Peearbeit im stationären Bereich:

- In einem systematischen Literaturreview wurden Interventionen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen untersucht, welche sich auf die Kompetenzen des Klinikpersonals beziehen.

Dabei waren die effektivsten Interventionen die Steigerung der Partizipation in der Behandlung, der Einsatz von Vorsorgeinstrumenten, Deeskalationstrainings, Risikoprädiktion, Review & Feedback nach Zwangsmaßnahmen, Nachbesprechung und Krisenteams. Weiterhin zeigte sich, dass Studien, die parallel die Klinikumwelt veränderten, die besten Ergebnisse.

- Die sich aus dem Review ergebenden wirksamen Elemente wurden in sechs Expertenpanels (ca. 2h pro Sitzung) diskutiert. Teilnehmende waren Mitarbeitende von psychiatrischen Akutstationen, die selbst Zwangsmaßnahmen anordnen oder durchführen und Menschen, die selbst von Zwangsmaßnahmen betroffen waren sowie Genesungsbegleiterinnen und -begleiter. Ziel der Panels war es, diese Elemente auf eine Art und Weise für eine Mitarbeiterschulung aufzubereiten, dass sie auf eine, sowohl von den Betroffenen als auch von den Mitarbeitenden als akzeptabel und hilfreich erachtete Praxis, abzielen. Von den Expertenpanels wurden Audioaufnahmen erstellt, transkribiert und in einem aufwendigen partizipativen Verfahren qualitativ ausgewertet. Viele Diskussionsinhalte und Vorschläge der Panels gingen inhaltlich über den Rahmen der vorgeschlagenen Interventionen hinaus und identifizierten Problembereiche, die die Zwangsinzidenz direkt oder indirekt beeinflussen können. Diese zusätzlichen Inhalte wurden zu neuen Themenblöcken zusammengefasst:
 - Einführung und Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen
 - Perspektivwechsel – die subjektive Seite von Zwangsmaßnahmen
 - Ankommen auf Station (Empfangskomitee)
 - Gefühle und Bedürfnisse der Mitarbeitenden
 - Augenhöhe/Respekt
 - Kontakt mit Angehörigen während des Psychiatrieaufenthalts
 - Rechtslage/Menschenrechte

Dabei ist das Element Perspektivwechsel als ein Kernstück der vorgeschlagenen Schulung zu verstehen. Es soll den Mitarbeitenden einerseits den Raum geben, ihre eigenen Gefühle bezüglich der Ausübung von Zwangsmaßnahmen zu reflektieren und andererseits ermöglichen, sich in die Situation der Betroffenen zu versetzen und ihnen helfen das Erleben und Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen für die Betroffenen zu verstehen und so die Veränderungsbereitschaft erhöhen.

- Anhand der Ergebnisse der Expertenpanels wurde eine Bedarfsanalyse durchgeführt, um die Diskrepanz zwischen dem Ist-Zustand der akutpsychiatrischen Versorgung und dem Ziel-Zustand, in dem Zwangsmaßnahmen verhindert werden können, zu identifizieren. Ein Fokus dabei lag auf den divergierenden Rollen der Mitarbeitenden und Betroffenen sowie deren Relevanz für die Entstehung von Situationen, die zu Zwangsmaßnahmen führen. Aus dieser Analyse wurden weiterhin die übergeordneten Lernziele der relevanten Themenblöcke abgeleitet und weiter differenziert. Davon ausgehend wurden die einzelnen Module konzipiert und zu einem Gesamtkonzept integriert. Über die Neukonzeption der aus dem Review abgeleiteten Interventionen Steigerung der Partizipation in der Behandlung, der Einsatz von Vorsorgeinstrumenten, Risikoprädiktion, Review & Feedback nach Zwangsmaßnahmen und Nachbesprechung wurden 9 neue Schulungselemente entwickelt.
- Aus dem vorläufigen Schulungskonzept wurden Interviewleitfäden für die Erstellung von interviewbasiertem Filmmaterial mit authentischen Aussagen und Erfahrungen von Betroffenen und akutpsychiatrischem Personal abgeleitet. Die gefilmten Interviews wurden zu Filmdokumenten zusammengeschnitten, die während der Schulung einen Perspektivwechsel sowie eine Einfühlung in die subjektive Perspektive ermöglichen. Des Weiteren wurden zusätzliche, optional unterstützende Filmsequenzen für weitere Schulungsmodule sowie als Refresher erstellt.

- Die entwickelte Schulung wurde in einem zweistufigen Delphi-Verfahren auf Umsetzbarkeit und Nutzen geprüft. Das Delphi-Verfahren ist ein strukturierter Prozess, in dem in mehreren Befragungsrunden Informationen gesammelt und den Teilnehmenden kontrolliertes Feedback rückgekoppelt wird (Keeney, Hasson, & McKenna, 2001; Gill, Leslie, Grech, & Latour, 2013). Anders als bei gewöhnlichen Befragungen ist das Ziel des Delphi-Verfahrens einen Konsens unter den befragten Expertinnen und Experten zu erlangen und eignet sich dadurch insbesondere für Bereiche, in denen bisher wenige Forschung existiert oder die Stakeholder stark divergierende Ansichten haben (Baker et al., 2006; Graham & Milne, 2003). Insgesamt wurden 23 Expertinnen und Experten aus Deutschland und der Schweiz kontaktiert, 18 schlossen die erste Befragungsrunde ab, 16 (69,6%) die zweite. Von 23 kontaktierten Expertinnen und Experten aus Deutschland und der Schweiz schlossen 18 die erste Befragungsrunde und 16 (69,6%) die zweite Befragungsrunde ab – mit einer ausreichenden Breite an Berufsgruppen, Rollenperspektiven, Regionen usw. Das gesamte Schulungsprogramm wurde von 87,5% der Teilnehmenden als umsetzbar und von 93,7% als nützlich eingestuft und erfüllten somit das vorab definierte Konsenskriterium. Die einzelnen Schulungselemente wurden bis auf das Einführungselement (Vorstellungsrunde) und die gemeinsame Risikoeinschätzung ebenfalls mit über 80% Zustimmung hinsichtlich Umsetzbarkeit und Nutzen eingestuft. Die Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge aus der ersten Befragungsrunde wurden in der zweiten Runde rückgekoppelt und diejenigen mit einer Zustimmung von über 80% in das Schulungsprogramm aufgenommen.
- Auf Grund der hohen Zustimmung eines Großteils der Schulungselemente wurde das Schulungsprogramm derart überarbeitet, dass es aus einem Kernmodul, bestehend aus den evidenzbasierten Interventionen, und mehreren Zusatzmodulen besteht, welche jeweils anhand der Bedürfnisse der zu schulenden Stationen ausgewählt werden und das Kernprogramm ergänzen können.
- Kooperationen für eine Pilotierung der Schulung in Deutschland und der Schweiz wurden geschlossen und eine erste Pilotierung von 3 psychiatrischen Stationen ist für Oktober-November 2019 vorgesehen.

Zusätzlich zu dem endgültigen Schulungsprogramm konnten über den Forschungsprozess folgende Erkenntnisse gewonnen werden

- Im Rahmen der Expertenpanels sowie den Diskussionen bei EmPeeRie NoW wurde deutlich, dass im Klinikalltag eine mangelnde Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und Personal stattfindet. Über den partizipativen Forschungsprozess hinweg wurde das gegenseitige Verständnis ausgebaut.
- Es konnten potenziell relevante Aspekte der Zwangsentstehung identifiziert werden, die in den evidenzbasierten Interventionsprogrammen nicht oder nicht ausreichend vorkommen. In diesem Prozess wurde deutlich, dass es großen Spielraum in der Reduktion von Zwangsmaßnahmen gibt, die sich auf diese als eskalierend wahrgenommenen Faktoren beziehen. Ein Großteil der am Prozess beteiligten Betroffenen berichteten:

- bei ihren Psychiatrieaufenthalten vom Personal in ihren Rechten und Bedürfnissen missachtet worden zu sein.
 - von dem Problem der mit den Hierarchien der Psychiatrie einhergehenden Ungleichverteilung von Macht und Ohnmacht und den daraus resultierenden Konsequenzen im Sinne von ungerechtfertigten Zwangsmaßnahmen.
 - von mangelnder oder unklarer Kommunikation mit dem Personal sowie mangelndem Einbezug in ihre eigene Behandlungsplanung.
 - dass das Erleben von Zwangsmaßnahmen zu einer Erschütterung in das Vertrauen in das psychiatrische Hilfesystem führt und die Wahrscheinlichkeit einer zukünftigen Nutzung der Hilfestrukturen verringert.
 - dass Zwangsmaßnahmen die persönliche Recovery verlangsamen oder aufhalten können.
 - dass der Psychiatrieaufenthalt auf einer geschlossenen Station zu einem belastenden Gefühl der Freiheitseinschränkung und damit einhergehenden akuten Stressreaktionen (flight, fight, freeze) führt, wodurch einerseits die Recovery beeinträchtigt werden kann und es andererseits zu Situationen kommt, die Eskalationen und somit die Ausübung von Zwangsmaßnahmen begünstigen.
- Bezüglich der Themen illegaler/missbräuchlicher Zwang sowie informellen Zwang besteht ein dringender Forschungs- und Handlungsbedarf.
 - Die befragten Mitarbeitenden (Akutstation) berichteten, dass es seit Einsatz des Wachdienstes auf Grund der leichten Verfügbarkeit zu einer Abnahme von Deeskalationsversuchen kam.

Empfehlungen zur Zwangsvermeidung, die sich aus den Expertenpanels und dem Delphi-Verfahren ableiten:

Aus- und Fortbildung:

- Es soll regelmäßige, über bestehende Deeskalationstraining hinaus gehende Schulungen für Mitarbeitende in der psychiatrischen Akutversorgung zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen geben. Die Schulungen sollten die Haltung und Klinikkultur adressieren und von der Klinikleitung mitgetragen werden. Fortbildungen zur Sensibilisierung hinsichtlich der Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen sollen die subjektive Perspektive von Betroffenen und Mitarbeitenden sowie den Perspektivwechsel notwendigerweise mit einbeziehen. Hierzu sollen Peers und/oder Genesungsbegleiterinnen und -begleiter bei den Schulungen miteinbezogen werden.
- Regelmäßige Schulungen in empathischer Gesprächsführung und Krisengesprächen: Die Ausbildung von allen psychiatrisch Tätigen soll in einem intensiven Umfang Schulungen zur Gesprächsführung und Krisenmanagement adressieren (u. a. durch Rollenspiele, auch aus Patientenperspektive) Notwendige Schulungsthemen sind der Einfluss von kontextuell und interaktionellen Aspekten, informierte Entscheidungsfindung, Rechte der Patientinnen und Patienten, Vorsorgeinstrumente, geteiltes Risikomanagement, Orientierung an individuellen Genesungskonzepten, Patientenorientierte Stationsregeln und Behandlungsabläufe. Das Thema verständliche und respektvolle Kommunikation ist besonders auch in Bezug auf Menschen ohne, oder mit geringen Deutschkenntnissen oder Sprachbehinderungen zu thematisieren.

- Lehre und Forschung hinsichtlich Zwangsmaßnahmen sollen partizipativ gestaltet sein. Wissenschaftliche Projekte, in denen Betroffene und Mitarbeitende einbezogen werden, kommen zu differenzierteren Ergebnissen und ermöglichen patientenorientierte Ergebnisse, die an der klinischen Praxis ausgerichtet sind.
- Es soll besonders auf den möglicherweise traumatisierenden Charakter der angewandten Zwangsmaßnahme geachtet und Mitarbeitende dahingehend geschult werden. Es konnte gezeigt werden, dass eine Mehrheit der betroffenen Patientinnen und Patienten die Zwangsmaßnahme als traumatisierend erleben, was potentiell schädliche Konsequenzen birgt. Diese Aspekte sollen vermehrt Gegenstand zukünftiger Forschung sein.
- Die Personalbesetzung stellt einen wesentlichen Faktor in der Anwendung von Zwang dar. Schulungsmaßnahmen können nur dann vollumfänglich greifen, wenn die Personalbesetzung die Umsetzung der erlernten Strategien gewährleistet. Dies soll bei zukünftigen Verhandlungen über die Personalbesetzung von Kliniken besonders beachtet werden.
- Schulungsmaßnahmen für Mitarbeitende zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen sollten informellen Zwang und seine Auswirkungen thematisieren und für dessen Anwendung im Stationsalltag sensibilisieren.
- Schulungsmaßnahmen sowie Ausbildungen für Mitarbeitende sollten auch die juristischen Hintergründe zur Anwendung von Zwang thematisieren und für die Verletzung von Patienten- und Menschenrechten im Stationsalltag und bei Anwendung von Zwangsmaßnahmen sensibilisieren.
 - Zu diesem Zweck erscheint es notwendig zunächst Rechtsklarheit über die verschiedenen Gesetze, Grund- und Menschenrechte zu schaffen. Eine klare Vermittlung der rechtlichen Situation gestaltet sich auf Grund der unterschiedlichen Geltungshierarchien schwierig.
- Die rechtliche Aufklärung muss auch den Patientinnen und Patienten auf Stationen auf denen potentiell Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden möglich und leicht zugänglich sein. Das erfordert Aufklärungsmaterialien auch in leichter Sprache und in verschiedenen Sprachen.

Peerarbeit:

- Peers sollen in den relevanten Phasen der Zwangsvermeidung beteiligt werden (Forschung, Konzeption alternativer insbesondere zwangsfreier Versorgungsangebote, Entscheidungsprozesse, Versorgung & Kontrolle). Peers erreichen auch Menschen mit Zwangserfahrung und -risiko und schaffen es auf dialogische Weise, diese Erfahrung zu thematisieren. Auch deshalb sollen sie in Klinikambulanzen (PIA) sowie erst recht in weitergehenden aufsuchenden ambulanten Bereichen (§64b, StäB) mit eigenem Profil selbstverständlich beteiligt sein.
- Peers sollen selbstverständlicher Teil der Personalplanung für Akutstationen sein (Teilprojekt 2). Das BMG sollte sicherstellen, dass es im Rahmen der Personalbemessung aufgenommen wird.

Vorsorgeinstrumente:

- Behandlungsvereinbarungen sollen Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung bzw. -risiko zum geeigneten Zeitpunkt (stationär oder ambulant) aktiv angeboten werden. Sie sollen selbstverständlicher Teil der Entlassplanung oder Behandlungsplanung einer Krankenhausbehandlung sein und der personelle Aufwand soll entsprechend berücksichtigt werden. Die Behandlungsvereinbarung sollte einen partizipativen Prozess im Sinne eines Dialogs über die gemeinsame Behandlungsplanung darstellen, um so als vertrauensbildende Maßnahme zu fungieren.
- Behandlungsvereinbarungen sollen Teil der Klinikstrategie zur Reduktion von Zwang sein und im Rahmen von Zielvereinbarungen (auf Landes-, Träger- und Institutionsebene) politisch berücksichtigt werden.
- Bei Behandlungsvereinbarungen soll im Behandlungskontext und in richterlichen Genehmigungen sichergestellt werden, dass sie in akuten Situationen bei fehlender Entscheidungsfähigkeit nicht allzu leicht als widerrufen betrachtet werden kann.
- Behandlungsvereinbarungen sollen den Patientinnen und Patienten aktiv von den Mitarbeitenden angeboten werden. Sie können mit Gesprächen zur Aufarbeitung von Zwangsmaßnahmen oder dem Erstellen von Krisenplänen verknüpft werden. Der günstige Zeitpunkt kann variieren und soll nach individuellen Bedürfnissen/Möglichkeiten festgelegt werden.
- Peers als Moderierende können die Prozessqualität und die Erarbeitung differenzierter Behandlungsstrategien in der Behandlungsvereinbarung und damit auch deren nachhaltige Wirksamkeit deutlich verbessern.
- Ist es zeitlich nicht möglich das Ausfüllen der Behandlungsvereinbarung in den Stationsablauf zu integrieren, sollten Patientenverfügungen verwendet werden.

Nachbesprechung:

- Bislang erleben viele Patientinnen und Patienten auf Grund knapper personeller Ressourcen keine Nachbesprechung ihrer Zwangsmaßnahmen, obwohl sie sich diese gewünscht hätten. Die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen der klinischen Routine in der stationären Akutbehandlung implementiert werden. Dabei sollte sie eine Möglichkeit eines ausführlichen Austauschs zwischen den betroffenen Patientinnen und Patienten und dem behandelnden Team darstellen, bei denen beide Parteien die Möglichkeit haben gleichwertig ihre Wahrnehmung der Situation zu schildern.
- Der richtige Zeitpunkt für eine Nachbesprechung variiert zwischen den Patientinnen und Patienten und sollte auf die Bedürfnisse und vor allem auf die emotionale Bereitschaft der Patientinnen und Patienten abgestimmt werden.
- Die Implementierung der Nachbesprechung soll als Konzept von der Klinik- und Stationsleitung unterstützt werden, um mögliche Widerstände zu überwinden. Auf jeder Station sollte ein verantwortlicher Ansprechpartner genannt werden, der die Bezugstherapeutinnen und -therapeuten in der Planung, Durchführung und Dokumentation der Gespräche begleitet und unterstützt.

- Es soll ein umfassendes Nachsorgeangebot für Mitarbeitende, die mit Gewalt konfrontiert sind, vorhanden sein.

Therapeutisches Milieu/Behandlungsgestaltung:

- In jeder Phase der Behandlung, insbesondere in akuten Krisensituationen, soll der Fokus auf der Beziehungsarbeit liegen. Da Zwangsmaßnahmen von vielen Patientinnen und Patienten als sehr traumatisierend wahrgenommen werden und mit viel Angst und Unsicherheit verbunden sind, sollte während der Zwangsmaßnahme vermehrt eine therapeutische Begleitung stattfinden, um die Zwangsmaßnahme so wenig aversiv wie möglich zu gestalten.
- Die Teilnahme an Therapien soll flexibel und bedürfnisangepasst gestaltet werden. Die Erstellung des Therapieplans sowie die Festlegung der Behandlungsziele sollte gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und mit Rücksichtnahme auf ihre individuellen Bedürfnisse erfolgen.
- Patientinnen und Patienten sollen in die Entscheidungsfindung über medikamentöse Therapien konsequent einbezogen werden. Entscheidungen diesbezüglich sollen transparent kommuniziert werden und Ablehnung von Medikation respektiert werden.
- Der Besuch von Angehörigen und Freundinnen und Freunden sollte weniger eingeschränkt und einfacher möglich sein. Viele Betroffene berichten, dass sie bei ihren Besuchen auf Akutstationen keinen oder nur sehr wenig Besuch haben durften. Um die Besuchssituation für alle Beteiligten leichter zu machen sollten Peers eingesetzt werden, die bei Bedarf zwischen den Angehörigen und den Patientinnen und Patienten vermitteln.
- Stationsregeln sollen flexibel gehandhabt werden. Die Sinnhaftigkeit dieser Regeln soll regelmäßig unter Einbezug der Perspektive Betroffener (z. B. Peers, Patientinnen/Patienten) reflektiert und hinterfragt werden. Ein zu starres Reglementarium kann Selbstfürsorge und individuelle Genesungswege behindern, führt zu Frustration und kann Aggression und darauffolgende Zwangsmaßnahmen potenzieren

Zwangsvermeidende räumliche Gestaltung:

- Die räumlichen Begebenheiten der Stationen sollen überdacht werden und es soll ggf. nach möglichen Verbesserungsansätzen gesucht werden, da sowohl Patientinnen und Patienten als auch Mitarbeitende mehrfach betont haben, dass räumliche Enge sowie die begrenzten Rückzugsmöglichkeiten, fehlende Gartenflächen und die oft kaum vorhandenen Einzelzimmer die Wahrung der Privatsphäre erschweren und einen negativen Einfluss auf das Entstehen/Entgrenzen von Aggressionen und dementsprechend auf das Risiko von Zwang haben. Es sollte nach Möglichkeit Einzelzimmer geben oder ausreichend Rückzugsorte, um den Patientinnen und Patienten Ruhe zu gewährleisten.
- Bei der Planung von räumlichen Begebenheiten sollen Betroffenenvertreter beteiligt sein.
- Ein Pflegestützpunkt sollte (wie ein Hoteltresen) offen gestaltet und in der Nähe der Eingangstür angesiedelt sein, um so weitgehend offene Türen zu ermöglichen. Insbesondere die Sichtbarkeit und Ansprechbarkeit des Personals auf Station sollte erhöht werden.

b) Peearbeit im ambulanten Bereich:

Die *Experten-Panels* mit Peer-Begleiterinnen und -begleitern (alle in SGB 5 amb. Tätigen) zeigen:

- Genesungsbegleitenden (GB) / Peers gelingt es gut, Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung /-risiko zu erreichen.
- Das Thema Zwangserfahrung wird selbstverständlich angesprochen, steht aber nicht immer im Vordergrund

Die *problemzentrierten Interviews* mit fünf Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung bei GB / Peers verdeutlichen:

- Als spezifische Motivation, sich an GB/ Peers zu wenden, wird deren besondere Empathie für das Thema sowie die Hoffnung auf konkrete Unterstützung genannt.
- Ziel ist die Aufarbeitung der Erfahrung – verbunden mit der Hoffnung, in Zukunft Zwang zu vermeiden.
- Bei einigen Patientinnen und Patienten ist die erlebte Traumatisierung durch vorherige psychiatrische Behandlung Hauptgrund, sich spezifisch mit diesem Thema an GB / Peers zu wenden.

Bei der Online-Befragung äußern sich 75 Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung /-risiko zu ihren Erwartungen an Genesungsbegleitung / Peers-Support:

- 80% wollen Peerbegleitung in Anspruch nehmen
- Für 70% ist Peer-Support nicht verfügbar
- 70% mit dem Ziel auch Zwangserfahrung zu thematisieren
- 65% sehen einen spezifischen zusätzlichen Nutzen gegenüber etablierten Hilfen

5. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

a) Die partizipative Entwicklung der Schulung war erfolgreich. Der Einbezug aller Akteurinnen und Akteure von der Problemanalyse bis zur ersten Evaluation der Schulung ermöglichte es ein Schulungsprogramm zu konzipieren, das alle beteiligten Gruppen positiv bewerten. Dieser Ansatz ist gleichzeitig die Besonderheit der vorliegenden Studie, da der gesamte Forschungsprozess partizipativ gestaltet wurde. Auch wenn viele Autorinnen und Autoren betonen, dass der Einbezug von Betroffenen hilfreich für die Reduktion von Zwangsmaßnahmen ist (Fisher, 2003; Sailas & Wahlbeck, 2005; Zinkler & Kousse mou, 2014), kommt Wallcraft (2012) zu dem Schluss, dass die Zwangsthematik auf Grund der Hierarchien im Gesundheitssystem noch immer ein Hindernis für partizipative Forschung darstellt. Der partizipative Prozess wurde jedoch in der vorliegenden Studie von den Beteiligten positiv bewertet. Die Fokusgruppen und die Filmarbeiten förderten den Austausch zwischen den Betroffenen und Mitarbeitenden. Insbesondere die involvierten Mitarbeitenden meldeten zurück, dass die Mitarbeit an dem Projekt relevante Reflexionsprozesse ausgelöst habe. Dieses

Potenzial sollte genutzt werden, um über die Ausbildungsinhalte hinausgehendes Erfahrungswissen zu vermitteln und für die klinische Praxis nutzbar zu machen. Die Betroffenen hingegen schätzten die Möglichkeit sich bezüglich des Themas Zwangsreduktion einbringen zu können, da ein Großteil von ihnen in der Vergangenheit Zwangsmaßnahmen erlebt hat. Auch die partizipative Auswertung der Fokusgruppen hatte einen positiven Effekt auf den gesamten Forschungsprozess. Es bildete sich sehr deutlich ab, dass die Betroffenen und Mitarbeitenden ein unterschiedliches Vokabular verwenden, wodurch ein gegenseitiges Verstehen erschwert werden kann. Diese Hürde wurde über den Auswertungsprozess hinweg immer geringer, da die Diskussion über die Inhalte der Fokusgruppen zu einem besseren Verständnis der jeweils anderen Gruppe und zur Entwicklung eines gemeinsamen Vokabulars führte. Folglich konnte die partizipative Auswertung dazu beitragen, die Perspektive der Betroffenen besser zu verstehen und somit sicherstellen, dass sie in die Schulung eingebracht wird. Weiterhin ist anzunehmen, dass der Einbezug der Mitarbeitenden bei der Entwicklung der Schulung zu einer größeren Akzeptanz der Schulungsinhalte führt und somit den Transfer in den Stationsalltag erleichtert (Green, 2014; Unger, 2014). Das vorliegende Teilprojekt zeigt, dass bei einer Fragestellung, bei der die Meinungen der Akteurinnen und Akteure so weit auseinander liegen wie bei dem Thema Zwangsmaßnahmen und bei dem es um den Schutz der Menschenrechte der Betroffenen geht, eine partizipative Herangehensweise notwendig ist, um die ursächlichen Faktoren aus allen Perspektiven beleuchten und somit Zwangsmaßnahmen präventiv entgegenwirken zu können.

6. Gender Mainstreaming Aspekte

Die verantwortliche Leitung des Teilprojekts ist von einer weiblichen und einem männlichen Mitarbeitenden besetzt. Die Mitarbeitende im Projekt sind ausschließlich weiblich. Bei den Expertenpanels wurde auf eine ausgewogene Verteilung der Geschlechter geachtet. Bei der Delphi-Befragung gaben 37,5% der Expertinnen an, weiblich zu sein.

7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit

Ehlers (2019, November). Eine peergestützte Mitarbeiterschulung zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen – entwickelt mit Betroffenen und Mitarbeitern. Paper presented at Jahrestagung DGPPN 2019, Berlin, Deutschland.

Müller (2019, November). Pilotstudie zu einer co-produzierten, peergestützten Mitarbeiterschulung zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen. Paper presented at Jahrestagung DGPPN 2019, Berlin, Deutschland.

Mahlke, C., Ehlers, C., Müller, S., Heumann, K., Bock, T. (2018, September). Peergestützte Mitarbeiter*innenschulung zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Paper presented at 18. DGBS Jahrestagung, Hamburg, Germany.

Mahlke, C., Wieser, M., Ehlers, C., Müller, S., Heumann, K., & Bock, T. (2018, September). Unterstützte Entscheidungsfindung für Menschen mit Psychosen und Psychiatererfahrung. Paper presented at Betreuungsgerichtstag, Erkner, Germany.

Mahlke, C., Ehlers, C., Müller, S., Heumann, K., & Bock, T. (2018, November). Peergestützte Mitarbeiter*innenschulung zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Paper presented at the annual DGPPN congress, Berlin, Deutschland.

Jäger, M. & Mahlke, C. (2019, April). Assistierte Entscheidungsfindung – wie funktioniert das in der Akutpsychiatrie? Paper presented at the Forum Akutpsychiatrie, Berlin, Germany.

8. Verwertung der Projektergebnisse

Es haben sich keine Änderungen für die Planung der Verwertung und Verbreitung der Projektergebnisse des Teilprojekts ergeben. Gemeinsam mit den anderen Projektpartnern wurde die Erstellung gemeinsamer Empfehlungen für Alternativen/mildere Maßnahmen vereinbart. Veröffentlichungen in Fachzeitschriften sind noch in der Vorbereitung.

Geplante Veröffentlichungen:

- Ehlers, C., Heumann, K., Lincoln, T., Mahlke, C., & Bock, T. (2019). Systematic review on the reduction of involuntary treatment in acute psychiatric care. Manuscript in preparation.
- Ehlers, C., Müller, S., Heumann, K., Lincoln, T., Mahlke, C., & Bock, T. (2019). Delphi procedure on a training for mental health workers to reduce involuntary treatment and violence in acute care. Manuscript in preparation.
- Mahlke, C., Ehlers, C., Jaeger, M., Heumann, K., Müller, S., Lincoln, T., & Bock, T. (2020) Pilot study on a training for mental health worker to reduce involuntary treatment and violence in acute care. Manuscript in preparation.

Zusatzprojekte „Illegaler Zwang“

In der Zusammenarbeit von UKE (ZVP) und Tilman Steiner (ZIPHER) wurde versucht, Psychoseminare als Fokusgruppen zu nutzen, um erste Erfahrungen mit dem Thema „Illegaler und missbräuchlicher Zwang“ zu machen. Bisher konnten zwei Seminare genutzt werden; weitere folgen. Neben der qualitativen Datenerhebung sollten Fragebögen der Bestandsaufnahme dienen; diese müssen noch weiter spezifiziert werden. Angestrebt wird ein Einsatz beim Treffen der Psychoseminare im November 2019 in Köln.

Die qualitative Bestandsaufnahme fokussiert auf diese Ereignisse:

- Erfahrene: z. B. erzwungene Medikamenteneinnahme, Bestrafungscharakter, empfundene Demütigung
- Angehörige: körperliche Verletzungen durch Sicherheitsdienst, Fixierung zur Bestrafung, Missbrauch von Macht, entwertende Kommunikation (auch zu Ang.), Vorenthalten von Information, Zwang in Folge von Fehl-Entscheidung/ Nicht-Kommunikation
- Profis: Fixierung als Sanktion, Bestrafung von Non-compliance, Gruppendruck zur Durchführung von Fixierung / Zwangsmedikation

Trialogische Auswertung:

- Erfahrene: z. B. erzwungene Medikamenteneinnahme, Bestrafungscharakter, empfundene Demütigung
- Angehörige: körperliche Verletzungen durch Sicherheitsdienst, Fixierung zur Bestrafung, Missbrauch von Macht, entwertende Kommunikation (auch gg. Angehörigen), Vorenthalten von Information, Zwang in Folge von Fehl-Entscheidung/ Nicht-Kommunikation
- Mitarbeitende: Fixierung als Sanktion, Bestrafung von Non-compliance, Gruppendruck zur Durchführung von Fixierung / Zwangsmedikation

Situative Auswertung:

- Klinischer Akutbereich: Machtmissbrauch mit Verweis auf Stationsregeln. Angehörige trotz Chance der Deeskalation ausgeschlossen
- Geschlossener Heimbereich: Willkürliche Zimmerkontrolle, Entsorgung von Eigentum, Drohung mit Rauswurf, Angehörige wg. Monieren von Missständen schikaniert

Empfehlungen/Ausblick:

- Zum Bereich des missbräuchlichen Zwangs (Zwangsmaßnahmen, die nicht durch gesetzliche Bestimmungen gedeckt sind) bedarf es grundsätzlicher Aufmerksamkeit und weiterer wissenschaftlicher Erhebungen.
- Es soll auf alle Dimensionen der Anwendung von Zwang auf den Stationen geachtet werden, zu denen jegliche Formen von Druck und Beeinflussung gehören. Jede Art von „informellem“ Zwang trägt zu einem ausgeprägten „Zwangsklima“ auf einer Station bei, dass sich ebenso wie Zwangsmaßnahmen negativ auf das Erleben der Patienten auswirkt.

Baker, J., Lovell, K., & Harris, N. (2006). How expert are the experts? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques. *Nurse Researcher*, 14(1), 59–70.
<https://doi.org/10.7748/nr2006.10.14.1.59.c6010>

Fisher, W. A. (2003). Elements of successful restraint and seclusion reduction programs and their application in a large, urban, state psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(1), 7–15.

Gill, F. J., Leslie, G. D., Grech, C., & Latour, J. M. (2013). Using a web-based survey tool to undertake a Delphi study: application for nurse education research. *Nurse Education Today*, 33(11), 1322–1328. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.016>

Graham, L. F., & Milne, D. L. (2003). Developing basic training programmes: a case study illustration using the Delphi method in clinical psychology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(1), 55–63. <https://doi.org/10.1002/cpp.353>

Green, L. W. (2008). Making research relevant: if it is an evidence-based practice, where's the practice-based evidence. *Family Practice*, 25, 20-24.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmn055>

Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. P. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 38(2), 195–200. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00044-4](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00044-4)

Sailas, E., & Wahlbeck, K. (2005). Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(5), 555–559.
<https://doi.org/10.1097/01.yco.0000179497.46182.6f>

Stöven, L., M. (2014). EThiKZ – Ein Evidenzbasiertes Trainingsprogramm für Klinikpersonal zur Prävention und Reduktion psychiatrischer Zwangsmaßnahmen. (Nicht veröffentlichte Masterarbeit). Universität Hamburg, Deutschland.

Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9-10), 681–698.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12410>

Unger, H. von. (2014). *Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.

Wallcraft, J. (2012). What has been learned from joint working between mental health professionals, patients and users of psychiatric services, their families and friends? *Current Opinion in Psychiatry*, 25(4), 317–321. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835462d0>

Zinkler, M., & Kousse mou, J.-M. (2014). Menschenrechte in der Psychiatrie – Wege und Hindernisse zu einem umfassenden Gewaltverzicht. *Recht Und Psychiatrie*, 32(1), 142–147.