

Birgit Hahn (Pflegeentwicklerin Allgemeine Psychiatrie, B.A. Psychiatrische Pflege)
Jacqueline Rixe (Stabsstelle Pflegeforschung, M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaft)
Daniela Brandtner (Therapeutische Leiterin in der Akutpsychiatrie, Dipl.-Psychologin)



SYMPOSIUM:

PARTIZIPATION VON PSYCHISCH ERKRANKTEN MENSCHEN IM AKUTPSYCHIATRISCHEN BEHANDLUNGSSETTING



15. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie
Wien, 27. & 28.09.2018

- 1. Partizipative Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Akutbehandlung** (B. Hahn)
 - Modelle & Formen von Partizipation
 - Möglichkeiten & Grenzen von Partizipation
- 2. Konkrete Interventionen zur Förderung von Partizipation in der psychiatrischen Akutbehandlung** (J. Rixe)
 - Konkrete Interventionen in Theorie & Praxis
 - Wirksamkeit & Stand der Implementierung von Behandlungsvereinbarungen in Deutschland
- 3. Hürden und Fallstricke bei der Umsetzung von Selbstbestimmung und Partizipation** (D. Brandtner)
 - Hürden & Barrieren bei der Implementierung
 - Fazit & Ausblick

1. Partizipative Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Akutbehandlung (B. Hahn)

- Modelle & Formen von Partizipation
- Möglichkeiten & Grenzen von Partizipation

2. Konkrete Interventionen zur Förderung von Partizipation in der psychiatrischen Akutbehandlung (J. Rixe)

- Konkrete Interventionen in Theorie & Praxis
- Wirksamkeit & Stand der Implementierung von Behandlungsvereinbarungen in Deutschland

3. Hürden und Fallstricke bei der Umsetzung von Selbstbestimmung und Partizipation (D. Brandtner)

- Hürden & Barrieren bei der Implementierung
- Fazit & Ausblick

1. Partizipative Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Akutbehandlung (B. Hahn)

- Modelle & Formen von Partizipation
- Möglichkeiten & Grenzen von Partizipation

2. Konkrete Interventionen zur Förderung von Partizipation in der psychiatrischen Akutbehandlung (J. Rixe)

- Konkrete Interventionen in Theorie & Praxis
- Wirksamkeit & Stand der Implementierung von Behandlungsvereinbarungen in Deutschland

3. Hürden und Fallstricke bei der Umsetzung von Selbstbestimmung und Partizipation (D. Brandtner)

- Hürden & Barrieren bei der Implementierung
- Fazit & Ausblick

Entstehung und Hintergrund (Grätz & Brieger 2012):

Zunehmender Fokus auf Selbstbestimmung (vgl. 1. Vortrag)

Patientenverfügungsgesetz (2009): rechtliche Verbindlichkeit ↑

→ Folge: verschiedene Möglichkeiten der antizipierten Willensbekundung im psychiatrischen Kontext

- Patientenverfügungen
- Psychiatrisches Testament
- Krisenpässe

| | | | | | |
|---|-----------------|---|--|--|--|
| <p>Hinweise zum Ausfüllen des Krisenpasses:</p> <p>Bezugsperson und/oder Arzt/Ärztin füllen in der Regel gemeinsam mit dem Patienten od. der Patientin vor der Entlassung den Krisenpass aus.</p> | <p>Notizen:</p> | <p>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel</p> <p>Rantenweg 69/71, 33617 Bielefeld Telefon: (0521) 772 77115 / -113</p> <p>Krisenpass</p> <p>Familienname _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Geburtsdatum _____</p> <p>Telefon / Mobil (falls gewünscht) _____</p> <p>EVANGELISCHES KLINIKUM Bethel Bethel</p> | <p>Meine aktuelle Medikation ist:</p> <p>Datum: _____</p> <p>Medikamente und Dosierung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Wenn ich eines / mehrere meiner Frühwarnzeichen/Rückfallvorläufer verspüre, wende ich mich an</p> <p>Name _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Name _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Wichtige Ansprechpartner/-innen für meine Behandlung sind:</p> <p>Behandelnder Arzt/Ärztin (Name) _____</p> <p>Telefon _____</p> | <p>Ambulanter Dienst (Name) _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Klinik (Name) _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Krisendienst _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Folgende Person soll im Krisenfall benachrichtigt werden</p> <p>Name _____</p> <p>Straße / Hausnummer _____</p> <p>PLZ / Ort _____</p> <p>Telefon/Handy _____</p> |
|---|-----------------|---|--|--|--|

Entstehung und Hintergrund (Grätz & Brieger 2012):

Zunehmender Fokus auf Selbstbestimmung (vgl. 1. Vortrag)

Patientenverfügungsgesetz (2009): rechtliche Verbindlichkeit ↑

→ Folge: verschiedene Möglichkeiten der antizipierten Willensbekundung im psychiatrischen Kontext

- Patientenverfügungen
 - Psychiatrisches Testament
 - Krisenpässe
 - Behandlungsvereinbarungen →
- } unilateral

Im Englischen: Advance statements (Radenbach et al. 2014)

Psychiatrische Patientenverfügung

facilitated psychiatric advance directive

Krisenpass

crisis card

Behandlungsvereinbarung

joint crisis plan

Präambel

Diese Behandlungsvereinbarung (BV) dient der **gegenseitigen Vertrauensbildung** zwischen Betroffenen und Behandlungsteam. Die gemeinsam getroffene Behandlungsvereinbarung bietet für die Betroffenen **die Chance**, durch die Behandler/Behandlerinnen **über die Behandlungsmöglichkeiten, deren Chancen und Risiken informiert zu werden** und Vorsorge für eine ihren Bedürfnissen gerechte Behandlung zu tragen. Mit Abschluss der gemeinsamen Behandlungsvereinbarung wird gleichzeitig die **Einwilligungsfähigkeit des/der Betroffenen zum Zeitpunkt der Vereinbarung bestätigt**.

Die Behandler/Behandlerinnen der Klinik möchten mit dieser Vereinbarung die Erfahrung und die Selbstverantwortung der Psychiatrie-Erfahrenen nutzen, um in Krisensituationen adäquat und individuell passgenau zu helfen.

Einige der hier gemeinsam getroffenen Vereinbarungen **entsprechen Patientenverfügungen und sind damit rechtlich verbindlich**.

Die Klinik ist demnach bezogen auf Teil A. Patientenverfügung verpflichtet,

- ⇒ für die Durchführung der Vereinbarungen konkret Sorge zu tragen. Die BV gilt auch bei einer Unterbringung im Rahmen des PsychKG oder des Betreuungsgesetzes.
- ⇒ auf der Grundlage der Dokumentation über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen - insbesondere für den Fall, dass die Behandlungssituation nicht auf die voraus verfügte Situation zutrifft und sich daher ggf. andere Behandlungsnotwendigkeiten ergeben. Für alle Patientenverfügungen hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Behandler/Behandlerinnen überprüfen müssen, ob die Patientenverfügung auf die aktuelle Situation passt. Nur dann ist die Behandlungsvereinbarung rechtlich bindend.
- ⇒ möglichst zeitnah wird den/die gesetzliche Vertreter/in hinzuzuziehen.
- ⇒ Sollte die Behandlungssituation anders als in der BV beschrieben sein, muss der mutmaßliche Wille des/der Patient/in in der konkreten Situation ermittelt werden. Das geschieht idealerweise durch sofortige Hinzuziehung eines Facharztes und der gesetzlichen Vertretung.

Die Klinik verpflichtet sich selbst zu den in Teil B. gemachten Vereinbarungen.

Am Vereinbarungsgespräch vom

nahmen folgende Personen teil:

1. Behandlung

- *Medikamente* (regulär & Krisenfall):
 - was war hilfreich, was nicht (CAVE: NW) ?
 - Erwünschte Darreichungsform
- *Nicht-medikamentöse Therapie*: Hilfreiches und Nicht-Hilfreiches zum Ankreuzen (z.B. Einzelgespräche mit PN/FV, Ergotherapie, Akupunktur, Musiktherapie, Gespräche mit Peers, Bewegungs-/Physiotherapie, andere Verfahren,...)
- *Weitere Behandlungsaspekte*: Freitext zum Umgang mit Gereiztheit/Suizidalität/Entlassungswünschen, etc.
- *Einstellung zu EKTs*: erwünscht ja / nein?

2. Vereinbarungen für Krisenzuspitzungen

- *Frühwarnzeichen und Anzeichen für Krisenverfassung*
- *Nicht-medikamentöse Interventionsmöglichkeiten:*
(z.B. Vertrauensperson hinzuziehen, Spaziergang, Gespräch, Musik, Rückzug, Einzelbetreuung,...)
- *Umgang mit Zwangsmaßnahmen:*
 - Welche Art der Maßnahme wird bevorzugt / als weniger invasiv erlebt?
 - Wer soll informiert / ggf. mit einbezogen werden?

3. Aufnahme

- *Beschreibung der Verfassung bei Aufnahme*
- *Hilfreiche Strategien bei Aufnahme (z.B. in Ruhe gelassen / nicht alleine gelassen zu werden, Gespräche, hilfreiche Kontaktregelung, etc.)*
- *Auflistung von Personen, die benachrichtigt werden sollen*
- *Nennung von Psychiater/ gesetzlicher Vertreter (dieser bekommt eine Kopie der Behandlungsvereinbarung)*
- *Nennung der zuständigen Station*
- *Nennung der gewünschten (pfleger.) Bezugsperson*

4. Kontakte

- *Nennung von Begleitpersonen (Personen, mit denen der Patient nach Aufnahme viel Zeit verbringen will)*
- *Weitere Kontaktpersonen (z.B. Genesungsbegleiterin, Seelsorge)*
- *Nennung von Personen, zu denen KEIN Kontakt gewünscht ist*

5. Soziale Situation

- *Allgemein Wichtiges*
- *Klärungsbedarf (durch die klinische Sozialarbeit):*
 - Kinder- und Familienangehörige (z.B. Anzahl und Namen von Kindern, Betreuungsmöglichkeiten)
 - Wohnung (z.B. drohende Kündigung, Versorgungsbedarf in der Wohnung → z.B. Tiere & Pflanzen, Kontaktperson mit Zweitschlüssel?)
 - Finanzen (z.B. Rückgängigmachung von Verträgen)
 - Fahrzeuge (z.B. Absicherung von PKW nötig?)
 - Arbeitgeber / Schule (z.B. Krankmeldung ohne Nennung der psych. Klinik)

6. Sonstige Absprachen

- *Aktualisierung alle 3 Jahre (bei grundlegenden Veränderungen ggf. auch eher)*
- *Einseitige Kündigung jederzeit möglich (z.B. bei fehlendem Konsens)*
- *Alternative: Patientenverfügung*
- *Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit durch Unterschrift der Anwesenden (u.a. auch Facharzt)*
- *Potentielle Quellen für weitere Hinweise und Informationen (z.B. von Seiten der Klinik)*

Verbreitungsgrad von BV (Befragung in D, Borbe´ et al. 2012)

- Implementierung begann 1989 und wurde 1990-er Jahre
- Ca. 68% (115/170) bieten Behandlungsvereinbarungen an
- Keine signifikanten Unterschiede z.B. bzgl. Einrichtungstyp / Trägerschaft / Größe Versorgungsregion / Pflichtversorgung
- Unterschiede hinsichtlich Versorgungsregion (West↑, Süden & Osten↓)
- Routinemäßiges Angebot in 8% der Kliniken
- Begründung keine BVs anzubieten:
 - Mangelnde Nachfrage auf Patientenseite
 - Organisatorische, alltagspraktische Gründe (z.B. hoher Planungs- & Personalaufwand)



<https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:PLZ-Deutschland-farbig.png>

Praktische Umsetzung (Studie, Grätz & Brieger 2012):

- Behandlungsvereinbarungen sind ohne rechtliche oder administrative Komplikationen umsetzbar
- Nur ein kleiner Teil der Betroffenen wird erreicht
- Verbreitung erfolgt v.a. durch Betroffene selbst
- Profis haben überraschend wenig Kenntnis und Erfahrung, bewerten die Effekte verhalten positiv

Gründe der Patienten für eine BV:

- Mehr Kommunikation und Aufklärung
- Höheres Maß an Selbstbestimmung
- Partnerschaftliches Verhältnis zum Personal
- Regelung der Details der Krankenbesuche
- Mehr Einfluss auf den Therapieprozess

Mögliche Barrieren (qualitative Studie aus GB, Farelly et al. 2015):

- Ambivalenz gegenüber Versorgungsplanung
- Überzeugung, dass SDM bereits erfolgt
- Bedenken, ob Patientenwünsche angemessen sind
- Mangelnde Verfügbarkeit von Patientenwünschen

Einstellungen von Chefärzten (Befragung in D, Radenbach et al. 2017)

Ergebnis Voraussetzungen kommen insg. sehr zum
wenig Einsatz

Vermutung es herrscht Unsicherheit im Umgang

Resultat es braucht mehr empirische Daten!

Studienergebnisse sind heterogen!

Meta-Analyse (De Jong et al. 2016)


- Es liegen NUR 13 randomisiert kontrollierte Studien zum Thema Vorausverfügung (advance statements) und deren Einfluss auf Zwangseinweisungen vor
- Ausschließlich 3 von diesen beinhalten Behandlungsvereinbarungen als Intervention
 1. Henderson et al. (2004) in UK
 2. Thornicroft et al. (2013) in UK
 3. Ruchlewska et al. (2014) in NL
- Signifikante Risikoreduktion von Zwangseinweisungen

CRIMSON-Studie (Thornicroft et al. 2013)

Studiendesign: Zweiarmige RCT (BV vs. TAU)

Stichprobengröße: $n = 569$

Hypothesen:

1. Reduktion von Zwangseinweisungen
2. Reduktion von Aufnahmen in Psych.
3. Reduktion der stat. Verweildauer
4. Verbesserung der Beziehung 
5. Verbesserung der Behandlungsmotivation

Ergebnis: Signifikanter Unterschied nur bzgl. **4**
Signifikante Kostenreduktion (Ehnenabhängig)
ABER Model fidelity???

Mögliche Barrieren (qualitative Studie aus GB, Farelly et al. 2015):

- Ambivalenz gegenüber Versorgungsplanung
- Überzeugung, dass SDM bereits erfolgt
- Bedenken, ob Patientenwünsche angemessen sind
- Mangelnde Verfügbarkeit von Patientenwünschen

Einstellungen von Chefärzten (Befragung in D, Radenbach et al. 2017)

Ergebnis Voraussetzungen kommen insg. sehr zum
wenig Einsatz

Vermutung es herrscht Unsicherheit im Umgang

Resultat es braucht mehr empirische Daten!

Studie zur Krisenvorsorge

(DRKS-ID der Studie: DRKS00013985,

https://www.drks.de/drks_web/navigate.do?navigationId=trial.HTML&TRIAL_ID=DRKS00013985)

„Einsatz von Behandlungsvereinbarungen bei psychiatrischen Patienten mit psychotischen Erkrankungen im Rahmen der integrierten Behandlungsplanung und zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen“

Gesamtdauer: 01.01.2018 - 31.12.2020

Studiendesign: multizentrische RCT (5 Zentren: Bielefeld, Bochum, Bonn, Marsberg und Neuss)

Intervention: Behandlungsvereinbarung / Krisenpass

Stichprobengröße: 260 (→ 52 Patienten pro Zentrum)

Einschlusskriterien: zwischen 18 und 60 Jahre
mind. 2 stationäre Aufenthalte
fester Wohnsitz im Versorgungsgebiet
Schizophrenie oder schizoaffektive Störung

Ausschlusskriterien: schwere kognitive Störungen
schwere somatische Erkrankungen
akute Substanzabhängigkeit

Studie zur Krisenvorsorge

(mehr Informationen auch unter: <http://evkb.de/ueber-das-evkb/kliniken-institute-zentren/nervensystem/psychiatrie-und-psychotherapie/forschung/projekte/projekte/studie-zur-krisenvorsorge.html>)

- Zielparameter:** Behandlungsdauer
Anwendung von Zwangsmaßnahmen
- Nebenzielparameter:** Behandlungsdauer unter rechtl. Bedingungen
Bewertung der Intervention
Vorlauf zwischen subjektivem Symptombeginn und Behandlungskontakt
Kontrollüberzeugung und Krankheitsbewältigung
...

Ablauf:

- 1. Screening & Rekrutierung geeigneter Patienten/-innen**
(Gilead IV Abteilung Allgemeine Psychiatrie I, Pniel, PIA)
- 2. Aufklärungsgespräch & Studieneinschluss**
- 3. Datenerhebung I** (Interview, Selbstbeurteilung, Aktensichtung)
- 4. Intervention** (Krisenpass / Behandlungsvereinbarung)
- 5. Datenerhebung II** (Interview, Selbstbeurteilung, Aktensichtung)

}
01.01.- 31.12.2018



18 Monate nach Datenerhebung I

1. Partizipative Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Akutbehandlung (B. Hahn)

- Modelle & Formen von Partizipation
- Möglichkeiten & Grenzen von Partizipation

2. Konkrete Interventionen zur Förderung von Partizipation in der psychiatrischen Akutbehandlung (J. Rixe)

- Konkrete Interventionen in Theorie & Praxis
- Wirksamkeit & Stand der Implementierung von Behandlungsvereinbarungen in Deutschland

3. Hürden und Fallstricke bei der Umsetzung von Selbstbestimmung und Partizipation (D. Brandtner)

- Hürden & Barrieren bei der Implementierung
- Fazit & Ausblick

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!!!**

- Borbe´, R., Jaeger, S. & Steinert, T.** (2009). Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 36, 7-15.
- Borbe´, R., Jaeger, S. & Steinert, T.** (2012). Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Der Nervenarzt*, 83, 638-643.
- De Jong, M.H. et al.** (2016). Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions. A systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA psychiatry*73(7), 547-664.
- Farely, S. et al.** (2015). Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expectations*, 19, 448-458.
- Grätz, J. & Brieger, P.** (2012). Einführung und Umsetzung einer Behandlungsvereinbarung – Eine empirische Studie unter Berücksichtigung von Betroffenen, Ärzten und Sozialarbeitern. *Psychiatrische Praxis*, 39, 388-393.
- Henderson, C. et al.** (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ*, DOI: 10.1136/bmj.38155.585046.63
- Radenbach, K., Falkai, P., Weber-Reich, T. & Simon, A.** (2017). Joint crisis plans and psychiatric advance directives in German psychiatric practice. *Journal of Medical Ethics*, 40, 343-345.
- Radenbach, K. & Simon, A.** (2016). Advance care Planning in der Psychiatrie. *Ethik Med*, 28, 183-194.
- Thornicroft, G., et al.** (2013). Clinical outcomes of Joint Crisi Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trail. *Lancet*, 381, 1634-1641.