

Offenes Behandlungskonzept und Reduktion von Zwang – Erfahrungen im Tessin

Triaplus, Klinik Zugersee,
Dr. med. Rafael Traber



Organizzazione sociopsichiatrica cantonale
Clinica psichiatrica cantonale (CPC)

Psichiatria Kanton Tessin

Vier psychiatrische Kliniken mit insgesamt 298 Betten

Clinica psichiatrica cantonale CPC: 147

Clinica Santa Croce: 80

Clinica Viarnetto: 45

Ospedale Malcantonese: 26

Ambulante Angebote (OSC und niederglassene Psychiater)

Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale - Kontext

- CPC (1700 Eintritte), Regionalisierung und Spezialangebote
- Vier Ambulatorien für Erwachsene inkl. Gerontopsychiatrie
- Vier Tageskliniken Erwachsene
- Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche
- Psychoonkologie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie mit vier Ambulatorien und drei Tageskliniken
- Diverse psychiatrische Notfalldienste
- «Laboratorio di psicopatologia del lavoro»
- «Camere securizzate»
- «Acute Hometreatment»
- «Progetti complessi»
- Ifigenia - Präventionsprogramm für Kinder psychisch kranker Eltern
- UNIS - Therapieangebot für autistische Kinder
- Begutachtungen
- Forensik (Massnahmen, Gefängnispsychiatrie)
- Konzept Postpartale Störungen
- Projekte: Triage, stationäre Kinder-/Jugendpsychiatrie, Reduktion Fürsogerische Unterbringung, Kriseninterventionzentrum

Zwangseinweisungen 2017 (2018)

Im ganzen Kanton 730

In der CPC 500

Verhältnis

Einweisungen/Zwangseinweisungen:

Im ganzen Kanton 25%

In der CPC 35% (33%)

Anteil kant. FU in CPC 73%

Offenes Psychiatriekonzept

Offene Türen seit über 30 Jahren

Einfluss der Sozialpsychiatrie (und Antipsychiatrie)

Kantonales Gesetz für die psychiatrische Versorgung

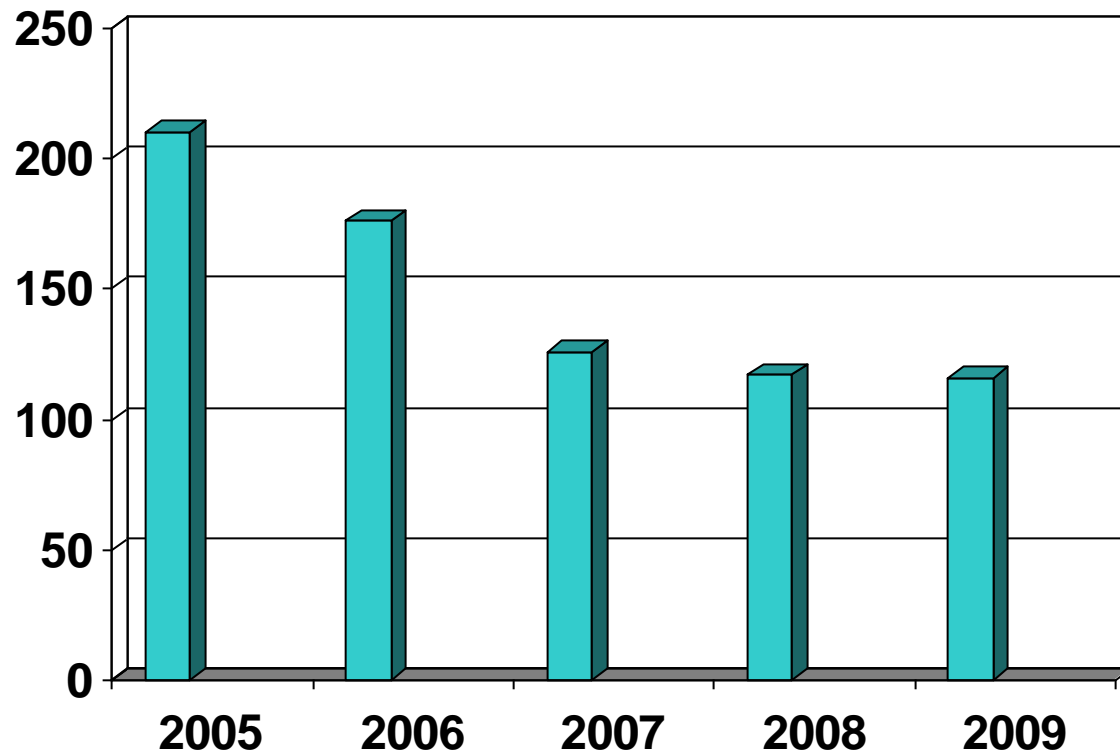
Wenig Hierarchie, unklare Verantwortungen, Aufgaben, Kompetenzen

Unklare Abgrenzung Personal/Patienten

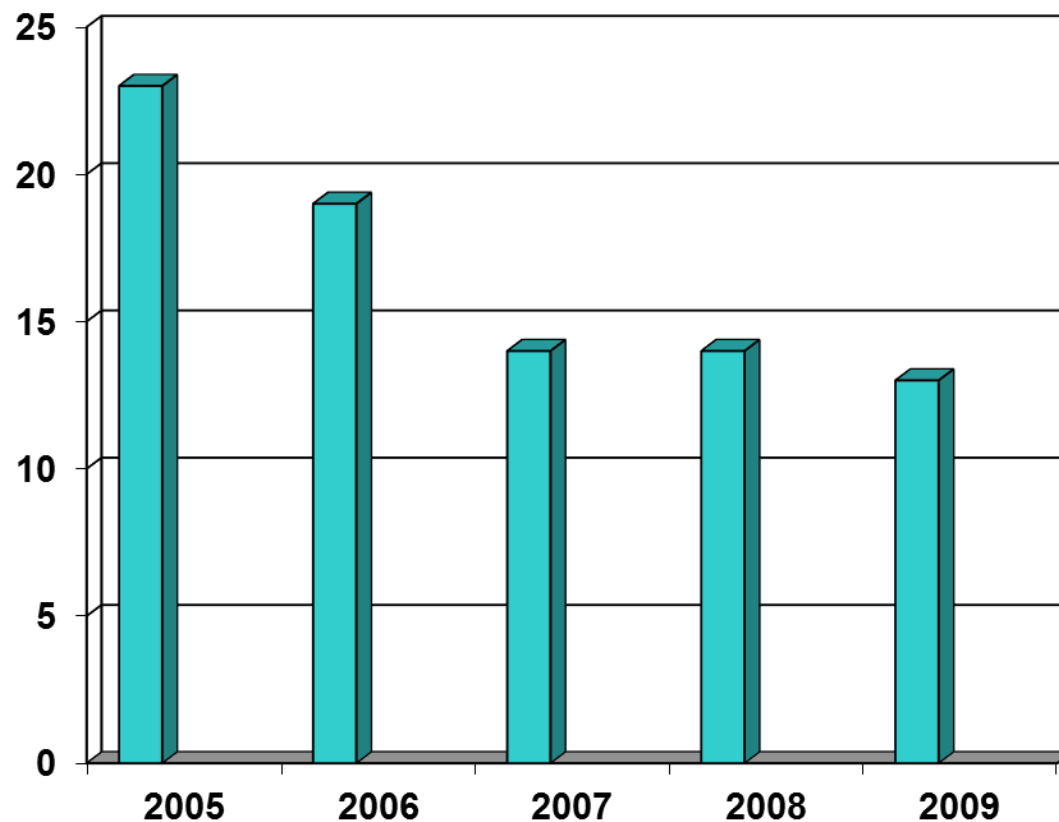
Zwangsbehandlungen 2012 in CPC

Im Jahre 2012 wurden ca. 7 Prozent aller Patienten in der CPC mechanisch fixiert.

Fixierte Personen 2005 - 2009 in der CPC



% Fixierte Personen 2005 - 2009 bezogen auf Gesamthospitalisierungen



Drei Grundprobleme

Klärung des Auftrages der Psychiatrie
respektive der psychiatrischen Klinik

Autonomie versus psychiatrische
Behandlung/Fürsorge

Therapie statt Kontrolle

Zwang, Macht, Gewalt, ...

Wer übt Zwang, Macht, Gewalt aus -
Patienten, Zuweiser (Gesellschaft),
psychiatrische Institution?

Interdisziplinarität mit psychiatrischen,
psychoanalytischen, soziologischen,
ethischen, rechtlichen Perspektiven

Interdisziplinarität

Psychiatrische,
psychoanalytische,
soziologische,
ethische,
und juristische Perspektiven

Psychiatrische Klinik – Klärung des Auftrages

Soziale Kontrolle

versus

Behandlung (Fürsorge) psychisch kranker
Menschen

Prävention und/durch integrierte Versorgung

Optimale ambulante und teilstationäre
Versorgung mit differenzierten Angeboten

Optimale Zusammenarbeit zwischen
ambulanten, teilstationären und stationären
Angeboten

Prävention und/durch integrierte Versorgung

Idealerweise ärztliche und pflegerische
Gesamtverantwortung für den stationären und
ambulanten Bereich

Vulnerable Phase der Übergänge zwischen
stationär und ambulant

Klares Konzept für die Zusammenarbeit
ambulant/stationär

Prävention von Aggression und Gewalt vor der Einweisung

- Optimale ambulante Versorgung
- diversifizierte Angebote (für Patienten mit Erstmanifestation Psychose, Persönlichkeitsstörungen, Doppeldiagnose)
- gut funktionierende psychiatrische Notfalldienste
- aufsuchende Angebote

Prävention von Aggression und Gewalt vor der Einweisung

Optimale Zusammenarbeit respektive Klärung der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung bezüglich anderer Akteure (Polizei, Staatsanwaltschaft, Ambulanz, Somatik, Hausärzte und niedergelassene Psychiater, KESB, etc.)

Prävention von Aggression und Gewalt vor der Einweisung

Optimale Zusammenarbeit zwischen Ambulatorien und Klinik

- Regelmässige gemeinsame Visite mit den Mitarbeitern der Ambulatorien in der Klinik
- Gemeinsames therapeutisches Projekt
- Projekte/Monitoring zum Beispiel für potenziell aggressive oder für junge Patienten mit Psychose
- ambulante Zwangsbehandlung

Therapiekonzept

Keine wissenschaftliche Evidenz, dass geschlossene Stationen, isolierende Massnahmen oder mechanische Fixierungen therapeutisch effizient sind.

Muralidharan S, Fenton M (2006) Containment strategies for people with serious mental illness. Cochrane Database Syst Rev 3:2084

Sailas E, Fenton M. (2000) Seclusion and restraint for people with serious illnesses. Cochrane Database Syst Rev CD001163

Zwang

Permanente Reflexion nötig über Zwang

Zwang geht von Massnahmen wie geschlossenen Abteilungen über Zwangsmedikation, Fixation, Festhalten, Isolierung bis zu subtileren Formen von Zwang.

Was ist therapeutisch und was ist eine Zwangsmassnahme?

Psychodynamische Aspekte des Zwangs

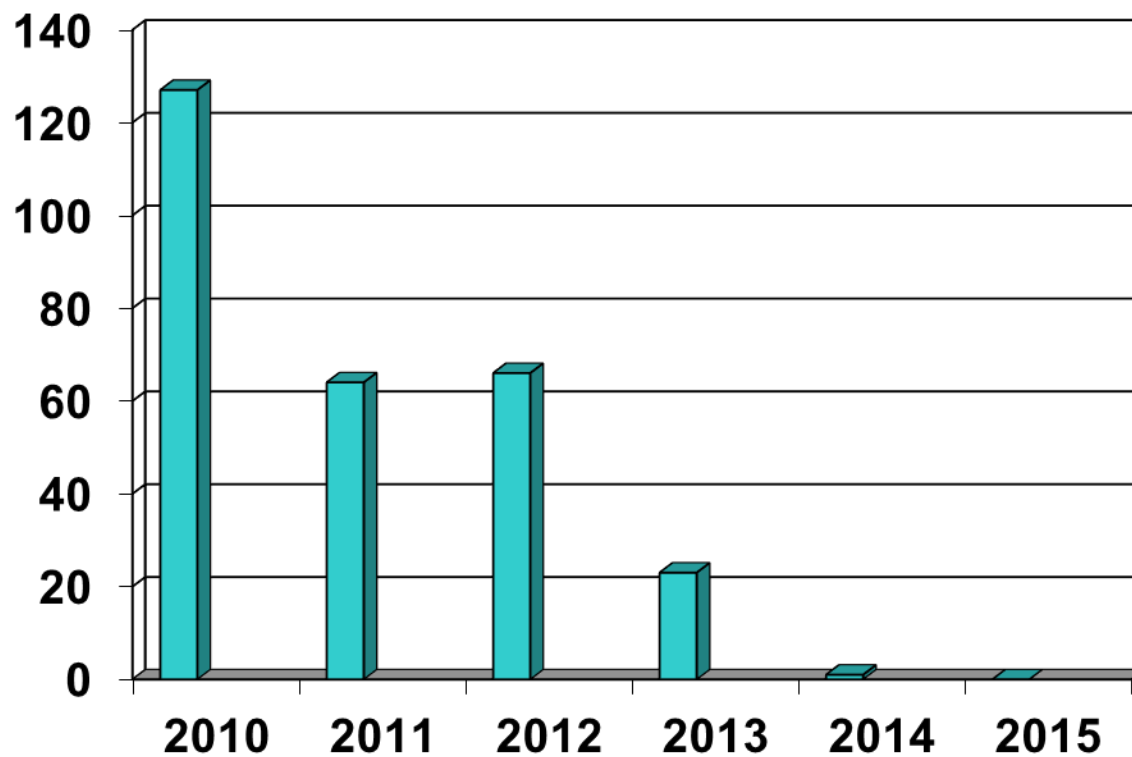
Zwang als Gegenübertragungsphänomen, als Agieren, als Retraumatisierung

Gefahr der Vernachlässigung/Verwahrlosung des Patienten unter dem Deckmantel der Patientenautonomie

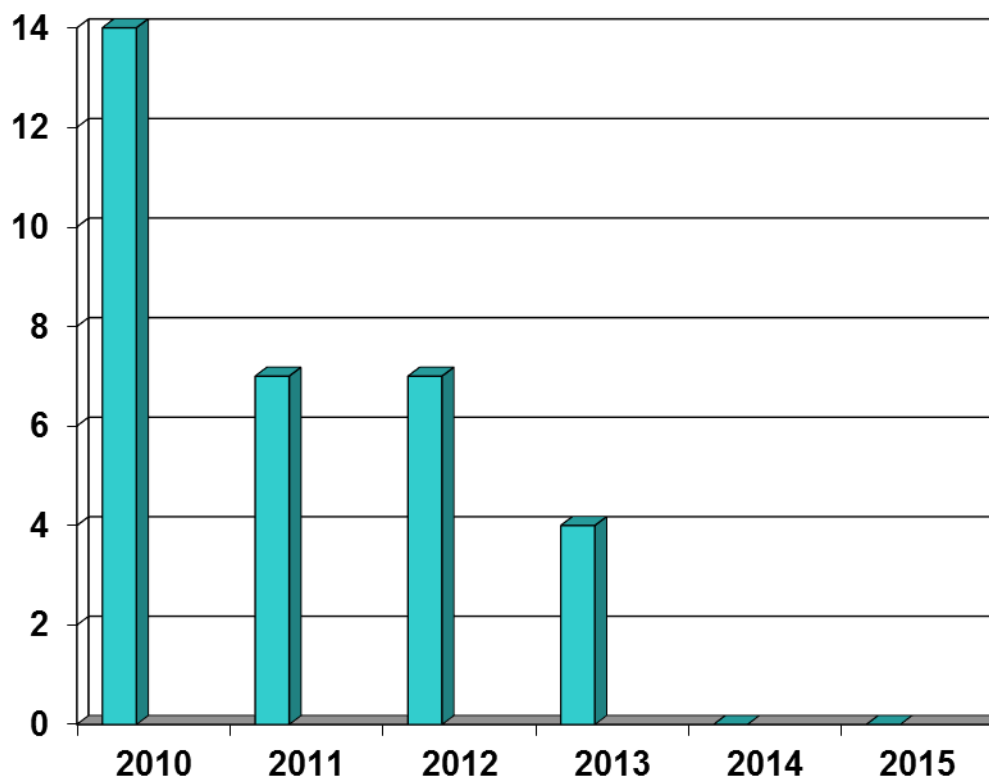
Vorgeschichte von Traumatisierung erhöht die Wahrscheinlichkeit von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie

Steinert et al. J Clin Psychiatry 2006

Anzahl fixierter Personen 2010 – 2015 in der CPC



% fixierter Personen 2010 – 2015 in der CPC



Fokus auf Sicherheit bei der Arbeit

Verlauf der Ereignisse während der letzten sieben Jahre:

	Physische Aggressionen	schwerer Schaden	moderater Schaden
2008:	58	6	7
2009:	62	3	6
2010:	49	3	3
2011:	51	3	10
2012:	40	2	6
2013:	38	2	2
2014:	37	1	5
2015:	61	1	6
2016:	68	3	6
2017:	83	7	8
2018:	71	1	8

Anzahl Zwangsmedikationen po/im

	2014	2015	2016	(2017)
oral	53	18	16	(8)
i.m.	154	142	161	(89)
tota l	207	160	177	(97)

Suicide Patienten CPC

2010:	1
2011:	1
2012:	0
2013:	2
2014:	0
2015:	0
2016:	1
2017:	0
2018:	0