

Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen: Ergebnisse einer Pilotstudie

Standardized Debriefing of Coercive Measures on Psychiatric Acute Wards: A Pilot Study

Autoren

Alexandre Wullschleger, Angelika Vandamme, Jennifer Ried, Mara Pluta, Christiane Montag, Lieselotte Mahler

Institut

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Mitte (PUK Charité im SHK), Charité – Universitätsmedizin Berlin

Schlüsselwörter

Zwangsmaßnahmen, Nachbesprechung, subjektiver Zwang, Prävention

Keywords

coercive measures, debriefing, subjective coercion, prevention

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0651-6812>

Psychiat Prax

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Dr. med. Alexandre Wullschleger, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte (PUK Charité im SHK), Charitéplatz 1, 10117 Berlin
alexandre.wullschleger@charite.de

 Den Leitfaden zur Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen finden Sie unter <https://doi.org/10.1055/a-0651-6812>

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel Pilotstudie zur Untersuchung eines Leitfadens zur standardisierten Nachbesprechung erfolgter Zwangsmaßnahmen.

Methodik Nach Durchführung von 12 Nachbesprechungen wurden teilnehmende Patienten und Mitarbeiter mittels eines selbstentwickelten Fragebogens mit quantitativen und qualitativen Fragen sowie qualitativer Experten-Interviews befragt.

Ergebnisse Die Intervention wurde von allen Befragten als hilfreich erlebt, insbesondere um die therapeutische Beziehung zu fördern. Der Zeitpunkt des Gesprächs sollte individuell gewählt werden.

Schlussfolgerung Der Leitfaden eignet sich zur Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen.

ABSTRACT

Objective The present pilot study investigates the feasibility of a standardized debriefing measure of coercive interventions, for which a guideline has been developed.

Methods 12 debriefing sessions were conducted and participating patients and staff members were asked about their perception of the intervention and its benefits. A quantitative and qualitative questionnaire was used and 8 expert-interviews conducted.

Results Patients and staff members found the intervention helpful, especially to support a trustful therapeutic relationship. The possibility to express feelings perceived during the coercive measure was also underlined as a core effect of the intervention. On the contrary, patients and staff members didn't regard the debriefing session as helpful when looking for alternatives to the coercive measure that took place. The debriefing session should be regularly offered to patients and the moment it takes place needs to be determined individually.

Conclusion The developed guideline can be implemented to conduct debriefing sessions of coercive measures.

Einleitung

Trotz aller Bemühungen gehören Zwangsmaßnahmen (ZM) in der Psychiatrie immer noch zur Alltagspraxis und stellen eine erhebliche ethische und klinische Herausforderung dar. ZM sind für Patientinnen und Patienten mit erheblichen Konsequenzen bis hin zu posttraumatischen Belastungsstörungen verbunden [1]. Zudem hat das Erleben von Zwang einen negati-

ven Einfluss auf die Behandlungszufriedenheit und die therapeutische Beziehung [2, 3]. Patienten, die mehr Zwang erleben und mit der Behandlung unzufrieden sind, zeigen höhere Raten an Wiederaufnahmen gegen ihren Willen [4].

Die Kommunikation und die therapeutische Beziehung mit dem Stationspersonal spielen aus Sicht von Patienten eine entscheidende Rolle in der Anwendung von ZM [5]. Beide Faktoren werden sowohl von Mitarbeitenden als auch von Patienten als

zentral für das subjektive Erleben von Zwang bewertet [6]. Das Gefühl, nicht respektiert zu werden und an Entscheidungsfindungsprozessen nicht teilnehmen zu können, korreliert mit einem höheren Grad an subjektiv erlebtem Zwang [7].

Die Nachbesprechung von ZM wird in mehreren Untersuchungen als eine mögliche effektive Intervention bezeichnet, die auch in Kombination mit anderen Maßnahmen Zwang reduzieren kann [8, 9]. Nachbesprechungen werden auch von zahlreichen Fachverbänden und Experten empfohlen [10] und von Patienten werden sie erwartet [11, 12]. Nachbesprechungen geben Raum für einen offenen Austausch über die Umstände, die zu dem Einsatz von ZM geführt haben und dienen dazu, Entscheidungsfindungsprozesse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter transparent zu machen. Dabei sollen mögliche Alternativen zu der durchgeführten ZM besprochen werden. Beide Elemente sollen einen präventiven Effekt in Bezug auf zukünftige ZM haben. Das Ansprechen und Anerkennen von Gefühlen wie Angst, Verzweiflung oder Hilflosigkeit sollen auch die negativen Effekte von Zwang auf die therapeutische Beziehung und die Entwicklung posttraumatischer Symptome verhindern [13]. Dennoch wird die Nachbesprechung von ZM in der aktuellen Praxis zu selten angewandt und ist bis jetzt zu wenig systematisiert [14, 15]. Es besteht kein Konsens über ihren Rahmen und Inhalt, sodass ihre Implementierung und Evaluation erschwert werden. Es liegen kaum Studien zu den Auswirkungen systematischer Nachbesprechungen im stationären Rahmen vor [16]. Eine randomisiert-kontrollierte Studie mit geringer Fallzahl konnte einen positiven Effekt einer standardisierten Nachbesprechung auf die Dauer von Isolierungen zeigen [17]. Aus dem deutschsprachigen Raum liegen bisher keine Studien zu diesem Thema vor.

Um die Nachbesprechung von ZM zu standardisieren und ihren Effekt auf die Anwendung und das Erleben von Zwang im stationären Rahmen zu untersuchen, wurde an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus (PUK SHK) durch eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe ein Leitfaden entwickelt. Ziel der hier dargestellten Pilotstudie ist, die Relevanz und die Umsetzbarkeit dieses Leitfadens zu prüfen.

Methodik

Studiendesign

Es handelt sich um eine Beobachtungsstudie mit einem mixed-methods-Ansatz, welche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf den 3 alltagspsychiatrischen Stationen der PUK SHK realisiert wurde. Nach Durchführung der leitfadengestützten Nachbesprechung erfolgte eine quantitative Untersuchung anhand eines selbstentwickelten Fragebogens. Ausgewählte Mitarbeiter nahmen zusätzlich an einer qualitativen Untersuchung (Einzelinterview) teil. Die Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission der Charité genehmigt.

Probanden

Eingeschlossen wurden volljährige, einwilligungsfähige Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer psychotischen Erkrankung (F1x.5, F20.x, F25.x, F31.x), bei denen im Rahmen der

stationären Behandlung eine mechanische Fixierung durchgeführt wurde. Patienten, bei denen zum Zeitpunkt der Erhebung eine manifeste Eigen-/Fremdgefährdung oder eine schwere Hirnerkrankung vorlag, oder die weniger als 24 Stunden stationär behandelt wurden, konnten nicht teilnehmen. Ein Patient, bei dem initial eine psychotische Erkrankung, im weiteren Verlauf aber eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, wurde dennoch in die Datenauswertung einbezogen.

Betroffene Patienten wurden von ihren Bezugstherapeuten über die Nachbesprechung und die mögliche Teilnahme an der Studie informiert. Die ausführliche Aufklärung wurde vom Forschungsteam übernommen.

Standardisierte Nachbesprechung

Im Vorfeld der Pilotstudie wurde im Rahmen einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe ein Leitfaden zur standardisierten Nachbesprechung durchgeführter ZM entwickelt (siehe Online-Anhang), dessen Inhalt sich auf bisherige Erfahrungen mit der Nachbesprechung von ZM, wie im Weddinger Modell beschrieben, stützt [13]. An dieser Arbeitsgruppe waren 2 Ärztinnen, 2 Pflegekräfte und 1 Peer-Mitarbeiterin beteiligt. Anhand dieses Leitfadens wurde ein Schulungskonzept entwickelt und Mitarbeitende der teilnehmenden Stationen dementsprechend geschult. Dieses Konzept beinhaltete die Vermittlung theoretischer Hintergründe der Nachbesprechung, die Vorstellung des entwickelten Leitfadens und Rollenspiele, im Rahmen deren die praktische Umsetzung der Intervention geübt werden konnte.

Der Leitfaden setzt der Nachbesprechung einen klaren Rahmen. Neben dem Patienten nehmen an dem Gespräch ein Mitarbeiter, der bei der ZM anwesend und an dem Entscheidungsfindungsprozess beteiligt war, und ein zweites Teammitglied, das die Nachbesprechung moderiert, teil. Das moderierende Teammitglied darf nicht an der Zwangssituation beteiligt gewesen sein. Dieser Moderator sorgt dafür, dass alle im Leitfaden vorgesehenen wichtigen Aspekte und Punkte angesprochen werden und dem Patienten ein Raum geboten wird, um vertrauensvoll über seine Gefühle und sein Erleben zu sprechen. Der Patient kann außerdem eine Begleitperson einladen wie eine Bezugsperson aus dem privaten Umfeld oder aus dem Behandlungsteam. Die Nachbesprechung soll als gesondertes Gespräch stattfinden und dauert ca. 30–40 Minuten. Nach einer ersten Runde, in der das Erleben der ZM aus der Perspektive aller Beteiligten geschildert wird, werden vertiefende Fragen zu konkreten Aspekten der ZM gestellt und jeweils mit dem betroffenen Patienten und den Mitarbeitern besprochen. Abschließend werden die Möglichkeiten für eine weitere Zusammenarbeit reflektiert. Der angewandte Leitfaden ist im **Online-Anhang** dieses Artikels zu finden.

Quantitative Untersuchung

Neben soziodemografischen Daten wurden krankheits- und behandlungsbezogene Informationen sowie die Vorerfahrungen der Patienten mit ZM und Nachbesprechungen erfasst.

Der angewandte Fragebogen zur Evaluation der leitfadengestützten Nachbesprechung umfasste in der Patientenversion 27 Items. Davon waren 16 Items geschlossene Fragen auf einer

► **Tab. 1** Soziodemografische Charakteristika der untersuchten Patienten.

Fall-Nr.	Geschlecht	Alter (Jahre)	Rechtsgrundlage bei Aufnahme	Abstand ZM – NB (Tage)	vorherige Erfahrung mit ZM	NB bei früherer ZM
01	w	23	PsychKG	11	nein	n. z.
02	m	20	PsychKG	47	ja	nein
03	m	39	BGB	18	ja	nein
04	m	32	PsychKG	1	nein	n. z.
05	m	50	PsychKG	14	ja	nein
06	m	21	BGB	55	ja	nein
07	w	52	PsychKG	118	ja	nein
08	m	22	PsychKG	40	ja	nein
09	m	36	PsychKG	68	ja	nein
10	w	56	BGB	86	nein	
11	w	43	freiwillig	16	ja	nein
12	m	32	PsychKG	31	nein	n. z.
	33 % w	MW ± SD: 35,5 ± 12,2	PsychKG: 66,7 % BGB: 16,7 % Freiw: 8,3 %	MW ± SD: 39,9 ± 34,3	ja: 66,7 % nein: 33,3 %	nein: 66,7 %
n. z. = nicht zutreffend (nicht in Prozentrechnung einbezogen); ZM = Zwangsmaßnahme; NB = Nachbesprechung						

6-Punkt-Likert-Skala mit Stufen von – 3 („überhaupt nicht“) bis + 3 („in hohem Maße“). Weitere 11 Items waren offene Fragen, deren Antworten im Rahmen der qualitativen Untersuchung ausgewertet wurden. Von den 27 Items erfassten 19 die Wahrnehmung des Inhalts und Rahmens der Nachbesprechung (Zeitpunkt, Möglichkeiten, Alternativen usw.), 6 erfassten die spezifische Bewertung des Leitfadens und 2 die Bewertung der Moderation.

Die Mitarbeiterversion des Fragebogens war bis auf 2 zusätzliche Fragen über die praktische Anwendung des Leitfadens identisch zu der Patientenversion.

Statistische Analyse

Die Analyse der quantitativen Ergebnisse erfolgte mittels Berechnung von Mittelwerten und Standardabweichungen für die geschlossenen Fragen; es werden Itemmittelwerte (MW) und -standardabweichungen (SD) angegeben. Aufgrund der geringen Fallzahl wurden keine Gruppenvergleiche gerechnet.

Qualitative Untersuchung

Zusätzlich zu den offenen Fragen des angewandten Fragebogens wurden im Rahmen der qualitativen Untersuchung 8 Mitarbeiter nach Umsetzungsschwierigkeiten der untersuchten Intervention befragt. Diese Mitarbeiter wurden nach der Methode des „purposeful sampling“ [18] gewählt, um ein möglichst breites Spektrum an Meinungen von unterschiedlichen Berufsgruppen zu generieren. Die Interviews wurden als Experteninterviews [19] konzipiert und enthielten eine immer gleiche Erzählauforderung. Die Interviews wurden von 2 Studienmit-

arbeiterinnen geführt und mitgeschrieben. Auf eine Tonbandaufnahme wurde verzichtet. Sie wurden dann zur Auswertung transkribiert und mit MAXQDA Analytics Pro 12 nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet [20].

Ergebnisse

Die hier dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Auswertung der Antworten von Patienten, Moderatoren und teilnehmenden Teammitgliedern auf die quantitativen und qualitativen Fragen des Fragebogens sowie auf die Auswertung der qualitativen Interviews von Mitarbeitenden. Von 18 angesprochenen Patienten willigten 12 schriftlich in die Teilnahme an der Studie ein. Insgesamt nahmen 13 Mitarbeiter und 2 Moderatoren, die sich zu jeder von ihnen moderierten Nachbesprechung äußerten, an der Befragung teil.

Beschreibung der Stichprobe

Die soziodemografischen sowie die krankheits- und behandlungsbezogenen Charakteristika der untersuchten Patienten werden in ► **Tab. 1** zusammengefasst.

Allgemeinbewertung der Nachbesprechung

Die quantitativen Ergebnisse werden in ► **Tab. 2** zusammengefasst.

Die quantitativen Ergebnisse zeigen, dass die Moderatoren (Fragebogen, Itemmittelwert [MW ± SD]: 1,83 ± 1,06) und die teilnehmenden Teammitglieder (MW ± SD: 1,71 ± 1,27) die standardisierte Nachbesprechung als hilfreich erlebten. Die Pa-

► Tab.2 Ergebnisse der quantitativen Befragung.

Frage	Patienten (MW ± SD)	Mitarbeiter (MW ± SD)	Moderatorinnen (MW ± SD)
Nachbesprechung hilfreich?	0,83 ± 1,57	1,71 ± 1,27	1,83 ± 1,06
Perspektive ausreichend ausführlich schildern können?	1,00 ± 2,00	2,46 ± 1,08	n. z.
Von den Gesprächspartnern verstanden gefühlt?	1,67 ± 1,74	1,83 ± 1,57	n. z.
Von den Gesprächspartnern auf die eigene Schilderung eingegangen?	1,58 ± 1,70	1,79 ± 0,77	n. z.
Leitfaden hilfreich?	1,81 ± 0,71	2,07 ± 0,59	2,67 ± 0,47
Leitfaden zukünftig bevorzugt?	2,00 ± 0,63	2,23 ± 0,57	2,92 ± 0,27
Probleme bei der Anwendung des Leitfadens?	n. z.	n. z.	-2,5 ± 1,38
Moderation förderlich?	1,91 ± 1,38	2,50 ± 0,63	2,58 ± 0,64
Zeitpunkt der NB angemessen?	1,75 ± 1,79	0,71 ± 1,82	1,93 ± 1,57
Alternativen zu der ZM gefunden?	-0,75 ± 2,45	-0,29 ± 1,83	-0,92 ± 2,02
Hilfreiche Alternativen?	2,00 ± 0,00	0,22 ± 1,62	0,88 ± 1,45

MW: Mittelwert; SD: standard deviation; n. z.: nicht zutreffend; NB: Nachbesprechung; ZM: Zwangsmaßnahme

tientinnen und Patienten bewerteten die Nachbesprechung als eher hilfreich (MW ± SD: 0,83 ± 1,57) und damit weniger positiv als die Moderatoren und die anderen Teammitglieder. Auf die Frage, ob die eigene Perspektive ausreichend ausführlich geschildert werden konnte, antworteten sowohl die teilnehmenden Teammitglieder (MW ± SD: 2,46 ± 1,08) als auch die Patienten ebenfalls positiv (MW ± SD: 1,00 ± 2,00), wobei auch hier Mitarbeitende diesen Aspekt positiver bewerteten als Patienten. Beide Gruppen äußerten auch, sich von den jeweils anderen Gesprächspartnern verstanden gefühlt zu haben (Pat: MW ± SD: 1,67 ± 1,74; Team: MW ± SD: 1,83 ± 1,57). Auch auf die Frage, ob die jeweils andere Seite auf die eigenen Schilderungen eingegangen sei, antworteten die teilnehmenden Teammitglieder (MW ± SD: 1,79 ± 0,77) und die Patienten positiv (MW ± SD: 1,58 ± 1,70).

Die qualitative Untersuchung beleuchtete hierbei besondere Aspekte dieser Allgemeinbewertung. Die Möglichkeit, die zurückliegenden Ereignisse zu reflektieren und Perspektiven für zukünftige Behandlungen zu zeigen, sowie die Anwesenheit von Mitarbeitenden, die an der ZM beteiligt waren, wurden von Patienten als positiv betont. Auch die Möglichkeit, erneut Vertrauen aufbauen zu können, wurde als besonders positiv eingeschätzt. Diese Einschätzung teilten auch die Mitarbeiter, von denen zudem als wichtig erachtet wurde, dass durch die Nachbesprechung ein besseres Verständnis der Situation des Patienten entstehen konnte. Hilfreich sei für die Mitarbeiter auch gewesen, den Patienten ihren eigenen Standpunkt erläutern zu können. Als positiver Aspekt wurde weiterhin benannt, dass die Nachbesprechung eine Möglichkeit darstelle, die eigene Entscheidung kritisch zu reflektieren.

Seitens der Patienten wurden einige Kritikpunkte geäußert, z. B., dass die Nachbesprechung nur für das Team gut sei. Ein Patient äußerte auch, dass die Nachbesprechung nicht hilfreich war, da er im Rahmen seiner Psychose die ZM nicht als schlimm

empfunden hatte. Ein Patient empfand die Nachbesprechung als zu kurz und ein anderer gab an, dass in dem Gespräch zu wenig auf sein Empfinden eingegangen worden sei. Seitens der Mitarbeiter wurden 2-mal grundsätzliche Befürchtungen in Bezug auf mögliche negative Konsequenzen der Nachbesprechung für die Patienten geäußert. Manche Mitarbeitende äußerten auch, dass sie sich mehr Anwesenheit gewünscht hätten.

Struktur und Inhalt des Leitfadens

Der angewandte Leitfaden wurde von allen Befragten als hilfreich (Patienten: MW ± SD: 1,81 ± 0,71; Team: MW ± SD: 2,07 ± 0,59; Moderatoren: MW ± SD: 2,67 ± 0,47) bewertet, und das standardisierte Format würden ebenfalls alle Teilnehmer zukünftig bevorzugen (Pat: MW ± SD: 2,00 ± 0,63; Team: MW ± SD: 2,23 ± 0,57; Moderatoren: MW ± SD: 2,92 ± 0,27). Die Anwendung des Leitfadens wurde vonseiten der Moderatoren als unproblematisch bewertet (MW ± SD: -2,5 ± 1,38).

Patienten und Mitarbeitende sahen als positiv, dass der Leitfaden das Gespräch strukturiert und hilft, wichtige Aspekte nicht zu vergessen. Seine Funktion als möglicher Qualitätsstandard wurde auch betont. „Der Leitfaden hilft ein strukturiertes Gespräch führen zu können und alle Fragen klären zu können“ (Moderator – Fall 6). Geäußerte Kritikpunkte betrafen seitens der Patienten und Mitarbeitenden vor allem die Tatsache, dass der Leitfaden flexibler eingesetzt werden sollte, um den Gesprächsfluss nicht zu sehr zu beeinflussen: „Der Fragebogen war relativ statisch, die 6 Fragen waren schon gut, sollten aber lockerer gehalten und flexibler eingebracht werden können“ (Teammitglied – Fall 11).

Moderation

Alle Befragten empfanden die Funktion der Moderatoren als förderlich für das Gespräch, allerdings in unterschiedlichem Maße: Moderatoren und teilnehmende Teammitglieder schätz-

ten die Moderation im Mittel als sehr förderlich ein (Team: MW±SD: 2,50±0,63; Moderatoren: MW±SD: 2,58±0,64), Patienten bewerteten sie im Mittel als förderlich (MW±SD: 1,91±1,38).

Die Neutralität der Moderation und ihre Rolle in der Strukturierung des Gesprächs wurden von Patienten als wichtig erachtet. „Die Moderatorin hatte die Übersicht und achtete darauf, dass nicht unterbrochen wurde“ (Patient 4). Aus Sicht der Mitarbeiter konnten dank dieser neutralen Haltung kritische Fragen ins Gespräch eingebracht werden. Dass von den Moderatoren auf die Gesprächsstruktur geachtet werde, Sorge dafür, dass alle Beteiligten in gleichermaßen berücksichtigt werden: „Moderatorin hält die Fäden zusammen, sorgt dafür, dass Patientin nicht von Ausführungen des Teammitglieds überrollt wird“ (Moderator – Fall 11). Eine Patientin kritisierte, dass die Moderation von einer Person übernommen wurde, die nicht in der Zwangssituation anwesend war. Seitens der Mitarbeitenden wurde keine Kritik an die Moderation geäußert.

Zeitpunkt der Nachbesprechung

Der gewählte Zeitpunkt für die Durchführung der Nachbesprechung wurde insgesamt als angemessen empfunden, vor allem von den Moderatoren (MW±SD: 1,93±1,57) und den Patienten (MW±SD: 1,75±1,79). Die teilnehmenden Teammitglieder bewerteten den gewählten Zeitpunkt als weniger angemessen (MW±SD: 0,71±1,82).

Die befragten Patienten, die den gewählten Zeitpunkt als richtig empfanden, äußerten, dass der zeitliche Abstand wichtig sei, um emotional in der Lage zu sein, über das Erleben zu sprechen. Mitarbeitende und Moderatoren hingegen sahen das Ausmaß der Symptomatik als zentralen Faktor für die Auswahl des Zeitpunkts der Nachbesprechung und bedauerten teilweise, dass das Gespräch zu früh stattfand: „Der Betroffene war noch deutlich manisch, eine adäquate/langfristig nachhaltige emotionale Auseinandersetzung für den Betroffenen mit der ZM aus meiner Sicht noch nicht möglich“ (Teammitglied – Fall 5). In einigen Fällen wurde dennoch der gewählte Zeitpunkt als zu spät empfunden. In diesen Fällen betonten sowohl Patienten als auch Mitarbeiter, dass der zu große zeitliche Abstand das Erinnerungsvermögen der Beteiligten beeinträchtigt hätte.

Die befragten Mitarbeiter schlugen vor, das Angebot an einer Nachbesprechung teilzunehmen, regelmäßig zu wiederholen und in Einzelfällen ggf. eine zweite Nachbesprechung durchzuführen.

Erarbeiten von Alternativen

Aus Sicht der Moderatoren und der Patienten war die Nachbesprechung wenig hilfreich, um Alternativen zu der durchgeführten ZM zu finden (Moderatoren: MW±SD: -0,92±2,02; Patienten: MW±SD: -0,75±2,45). Die befragten Teammitglieder äußerten sich zu dieser Frage eher neutral (MW±SD: -0,29±1,83). Wenn aber Alternativen gefunden werden konnten, wurden diese als hilfreich empfunden. Hier zeigte sich unter den befragten Gruppen ein Unterschied. Patienten bewerteten die gefundenen Alternativen als hilfreicher (MW±SD:

2,00±0,00) im Vergleich zu den Teammitgliedern (MW±SD: 0,22±1,62) und Moderatoren (MW±SD: 0,88±1,45).

Nur in einem Fall wurden die gefundenen Alternativen gleichermaßen von allen Befragten als positiv bewertet. Patienten nannten zum größten Teil eine längere Zuwendung und verbale Deeskalation als Alternative, wobei Mitarbeiter hingegen den Eindruck hatten, dass diese Maßnahmen in der Situation oft ausgeschöpft wurden, und dass andere Alternativen hätten gesucht werden sollen.

Konkrete Umsetzung

Im Rahmen der qualitativen Interviews mit Mitarbeitenden konnten verschiedene Aspekte der Implementierung der Intervention beleuchtet werden.

Die Notwendigkeit, regelmäßige Schulungen anzubieten, um möglichst viele Stationsmitarbeiter zu erreichen und die Qualität der Intervention aufrechtzuerhalten, wurde betont: „Es könnte vielleicht außerdem hilfreich sein, regelmäßig verpflichtende Schulungen anzubieten [...] Zum Beispiel als Teil des Deeskalationstrainings“ (Interview 7).

Um mit Vorbehalten mancher Mitarbeitenden umzugehen, wurden eine stärkere Beteiligung der Leitungsebene und die klare Integration der Nachbesprechung in das gesamte Behandlungskonzept der Station als Umsetzungshilfen genannt: „Daher ist es wichtig, dass die Pflegeleitung, die Oberärzte und die Chefärzte klar kommunizieren, dass es Teil des Behandlungskonzepts ist. Sie müssen klarmachen, wir machen das jetzt, es ist sinnvoll, das zu etablieren“ (Qualitatives Interview 7, Absatz 7). Die Benennung zwei AnsprechpartnerInnen auf den Stationen wurde auch als mögliche Hilfe gesehen. Die Auswirkung der Nachbesprechung auf das Team solle auch klarer kommuniziert werden, um die Motivation der Mitarbeiter zu steigern: „Ja und man sollte auch noch besser kommunizieren, dass es eine Nachsorge für alle ist, nicht nur für die Patienten. Man muss da ja auch mal an die Belastungen für die Mitarbeiter denken“ (Interview 1).

Diskussion

Die standardisierte Nachbesprechung wurde sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Mitarbeitenden als hilfreich empfunden. Die Gelegenheit, über die Entscheidung für eine ZM zu reflektieren und über damit verbundene Gefühle in einem neutralen Rahmen zu sprechen, wurde von allen Befragten besonders betont. Die Möglichkeit, durch Verstehen der gegenseitigen emotionalen Perspektiven die therapeutische Beziehung nach einer ZM wiederherzustellen und sogar tragfähiger zu machen, wurde ebenfalls als zentral hervorgehoben und könnte einen Hauptwirkmechanismus der Nachbesprechung darstellen [15]. Diese Ergebnisse stimmen ferner mit bisherigen Studien überein, die zeigten, dass Patienten sich eine Nachbesprechung wünschen [11, 21] und sie oft als unterstützend erleben [22]: Der von uns beobachtete Umstand, dass Mitarbeiter die Nachbesprechung positiver bewerteten als Patienten, wurde auch von bisherigen Untersuchungen gezeigt [23]. Ein Bias hin zur sozialen Erwünschtheit bei

den befragten Mitarbeitern könnte einen Teil dieser Diskrepanz erklären. Dabei muss auch betont werden, dass die Befragung unmittelbar nach der Nachbesprechung stattfand, sodass die erwarteten positiven Effekte des Gesprächs auf die weitere Behandlung noch nicht abschließend beurteilt werden konnten. Die Ergebnisse entsprechen den Erwartungen des Konzepts des „Weddinger Modells“, dessen theoretische und praktische Überlegungen der Entwicklung der hier untersuchten Intervention zugrunde lagen [13]. Der entwickelte Leitfaden konnte ohne Schwierigkeiten eingesetzt werden und wurde von allen Beteiligten als hilfreich und strukturierend erlebt. Er kann somit als standardisierter Leitfaden in der Praxis für die Durchführung von Nachbesprechungen genutzt werden und dient dazu die Qualität dieser Intervention zu sichern.

In dieser Pilotstudie wurde die Moderation des Gesprächs durch teaminterne Mitarbeiter übernommen. In der Literatur wurden auch zum Teil Nachbesprechungen von teamexternen Personen moderiert [17]. Um dennoch die Intervention möglichst langfristig zu implementieren, die Haltung der beteiligten Teams positiv zu beeinflussen und ihnen ein neues Instrument zur Zwangsreduktion zu vermitteln, wurde auf eine externe Moderation verzichtet. Es bestand aus unserer Sicht die Gefahr, dass eine „externe“ Moderation die Bereitschaft der Mitarbeitenden, offen und kritisch über die getroffenen Entscheidungen zu reflektieren, hemmen könnte und die bereits von den Teams als aufwendig empfundene praktische Organisation der Nachbesprechung erschwert. Die teaminterne Moderation wurde trotzdem von allen Befragten als hilfreich empfunden. Dabei wurde die Neutralität der Moderation und ihre strukturierende Funktion besonders betont. Entscheidend ist sicherlich, dass die Moderatoren während der ZM nicht anwesend waren und deswegen eine gewisse Neutralität gewährleisten konnten. So wurde auch in einer qualitativen Untersuchung gezeigt, dass Patienten sich überfordert fühlen können, wenn die Nachbesprechung nur in Anwesenheit eines Teammitglieds stattfindet, das an der Durchführung der ZM direkt beteiligt war [24]. Die Möglichkeit, dass die Moderation von Peer-Mitarbeitern übernommen wird, wurde auch in der Literatur erwohnen und kann sicherlich eine sinnvolle Alternative darstellen [15].

Obwohl Fachgesellschaften und Experten eine zeitnahe Durchführung der Nachbesprechung empfehlen [10], äußerten die von uns befragten Patienten und Mitarbeitenden, dass ein zu früher Zeitpunkt nachteilig sein könnte. Dabei unterschieden sich die Argumente der Patienten und der Mitarbeiter deutlich: Erstere sahen ihre emotionale Lage und Bereitschaft als entscheidend an, letztere setzten hingegen den Fokus auf das Ausmaß der Symptomatik. Dies könnte darauf hinweisen, dass emotionalen Verarbeitungsprozessen in der Akutbehandlung vermehrt Beachtung geschenkt werden sollte, um eine gute Ausgangsbasis für die kognitive Reflektion zu schaffen, und um die Arbeitsbeziehung beeinträchtigende Gefühle wie Scham oder Wut frühzeitig zu erkennen. Die Auswahl des Nachbesprechungszeitpunkts kann hingegen nur individuell erfolgen und keine allgemeine Empfehlung diesbezüglich ausgesprochen werden. Die Nachbesprechung sollte aber regelmäßig und ggf. auch mehrfach angeboten werden und könnte sich so

in ganz unterschiedliche Ebenen der Erkrankungsverarbeitung integrieren.

Die Suche nach möglichen Alternativen zu der Durchführung von ZM wurde in unserer Studie von Patienten und Mitarbeitenden als wenig erfolgreich beschrieben. Von Patienten wurde oft als einzige Alternative eine längere und intensivere Zuwendung des Personals genannt, wobei die Mitarbeiter diese als bereits ausgeschöpft empfanden. Dass Zuwendung und Gespräche mit den behandelnden Mitarbeitern als Alternative zu Zwang genannt werden, wurde bereits in mehreren Untersuchungen gezeigt [25]. In einer Studie gaben fast zwei Drittel der befragten Patienten an, dass intensivere Gesprächskontakte selbst erlebte ZM hätten verhindern können [11]. Darüber hinaus ist öfter beschrieben worden, dass leider in der Praxis zu wenige Alternativen zum Einsatz kommen, die potenziell hilfreich sein könnten (REFx2). Unsere Pilotstudie stimmt mit diesen Ergebnissen überein; allerdings entfaltet sich wahrscheinlich der erwartete präventive Effekt der Nachbesprechung vor allem durch die Verbesserung und der therapeutischen Beziehung und der Interaktion zwischen Patienten und Teammitgliedern sowie durch gegenseitiges Lernen, ohne dass konkrete Alternativen zwingend gesucht und gefunden werden müssen.

Hinsichtlich der Implementierung der Nachbesprechung wurde die Notwendigkeit regelmäßiger Schulungen und Übungen im Rollenspiel deutlich, um die Qualität der Intervention zu sichern [21] und die Mitarbeiter über den Sinn der Intervention und deren erwartete positive Auswirkung auf das Team zu informieren. Dabei sollte deutlich gemacht werden, dass die Intervention nicht zwingend auf eine Meinungseinigung abzielt, sondern vielmehr ein offenes Forum für alle Beteiligten schaffen soll. Betont wurde auch, dass die Implementierung von Nachbesprechungen auf den Stationen nur mit Unterstützung der Leitungsebenen und als Teil eines zu etablierenden Gesamtbehandlungskonzepts erfolgen kann [13].

Studienlimitierungen

Aufgrund der geringen Fallzahl sind die Ergebnisse nicht verallgemeinerbar. In einer weiteren Studie sollen an einer größeren Stichprobe die Auswirkungen von Nachbesprechungen eingehender untersucht werden.

Ursprünglich waren qualitative Interviews mit Patienten geplant. Alle darauf angesprochenen Patienten lehnten jedoch die Teilnahme daran ab, vor allem aufgrund der geplanten Tonbandaufnahmen, die z.T. als unangenehm erlebt bzw. wahnhaft verarbeitet wurde. Manche Patienten äußerten auch Vorbehalte im Hinblick auf den Datenschutz oder fürchteten negative Folgen für ihre weitere Behandlung. Es konnte daher leider kein vertiefter Einblick in die Sichtweise der Betroffenen gewonnen werden. In der geplanten Folgestudie soll deswegen besonders auf eine verbesserte Aufklärung und Motivation der Teilnehmer geachtet werden, um diese für die Untersuchung wichtige Perspektive einbeziehen zu können.

KONSEQUENZEN FÜR KLINIK UND PRAXIS

- Die standardisierte Nachbesprechung wird als hilfreich bewertet. Sie fördert den Ausdruck emotionalen Erlebens und trägt zur Entwicklung der therapeutischen Beziehung bei.
- Sie sollte den Patienten regelmäßig und mehrfach angeboten werden, um den individuell günstigsten Zeitpunkt festzulegen. Ihre Qualität sollte durch Schulungen der Teammitglieder gesichert werden.
- Die Unterstützung durch die Leitungsebene und die Integration der Nachbesprechung in ein gemeinsames Behandlungskonzept sind unabdingbar.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ et al. Special Section on Seclusion and Restraint: Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. *Psychiatric Services* 2005; 56: 1123–1133
- [2] Theodoridou A, Schlatter F, Ajdacic V et al. Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Res* 2012; 200: 939–944
- [3] Katsakou C, Bowers L, Amos T et al. Coercion and Treatment Satisfaction Among Involuntary Patients. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 286–292
- [4] Priebe S, Katsakou C, Amos T et al. Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 49–54
- [5] Ilkiw-Lavalle O. Differences Between Patient and Staff Perceptions of Aggression in Mental Health Units. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 389–393
- [6] Olofsson B, Jacobsson L. A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8: 357–366
- [7] Katsakou C, Marougka S, Garabette J et al. Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalization? A mixed-methods study. *Psychiatry Res* 2011; 187: 275–282
- [8] Azeem MW, Aujla A, Rammerth M et al. Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2011; 24: 11–15
- [9] Lewis M, Taylor K, Parks J. Crisis prevention management: A program to reduce the use of seclusion and restraint in an inpatient mental health setting. *Issues Ment Health Nurs* 2009; 30: 159–164
- [10] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde – DGPPN. *Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie*. Heidelberg: Steinkopff; 2010
- [11] Mielau J, Altunbay J, Gallinat J et al. Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2016; 266: 337–347
- [12] Mielau J, Altunbay J, Heinz A et al. Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive. *Psychiatr Prax* 2017; 44: 316–322
- [13] Mahler L, Jarchovejadi I, Montag C, Gallinat J. *Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag; 2013
- [14] Needham H, Sands N. Post-seclusion debriefing: A core nursing intervention. *Perspect Psychiatr Care* 2010; 46: 221–233
- [15] Ryan R, Happell B. Learning from experience: Using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing. *Int J Ment Health Nurs* 2009; 18: 100–107
- [16] Sutton D, Webster S, Wilson M. Debriefing following seclusion and restraint: a summary of relevant literature. 2014: Retrieved from <http://aut.researchgateway.ac.nz/handle/10292/9084>
- [17] Whitecross F, Seear A, Lee S. Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22: 512–521
- [18] Duan N, Bhaumik D, Palinkas L et al. Optimal Design and Purposeful Sampling: Complementary Methodologies for Implementation Research. *Adm Policy Ment Health* 2015; 42: 524–532
- [19] Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011
- [20] Mayring P. *Qualitative Content Analysis*. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research; 2000; 1(2)
- [21] Faschingbauer KM, Peden-McAlpine C, Tempel W. Use of Seclusion: Finding the Voice of the Patient to Influence Practice. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2013; 51: 32–38
- [22] Bonner G, Wellman N. Postincident review of aggression and violence in mental health settings. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2010; 48: 35–40
- [23] Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D et al. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002; 9: 465–473
- [24] Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patients' perceptions of seclusion: A qualitative investigation. *J Adv Nurs* 2000; 31: 370–377
- [25] Haglund K, Von Knorring L, Von Essen L. Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003; 10: 65–72
- [26] Teichert M, Schäfer I, Lincoln TM. Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg? *Psychiatr Prax* 2016; 43: 101–106
- [27] Heumann K, Bock T, Lincoln TM. Bitte macht (irgend)was! Eine bundesweite Online-Befragung Psychiatrieerfahrener zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. *Psychiatr Prax* 2017; 44 : 85–92