

Deeskalation in der Akutpsychiatrie – am Beispiel der UPK Basel



Fabienne Roth



Franziska Rabenschlag



Tiziana Ziltener



Julian Möller



Christian Huber

Die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) sind bestrebt, die Anzahl der Zwangsmassnahmen möglichst gering zu halten und setzen alles auf ihre Reduktion. Eine effektive Deeskalationsstrategie ist dafür zentral (1). Der Begriff Deeskalation ist nicht eindeutig definiert (2). Wichtig scheinen aber ein Bewusstsein für informellen Zwang, ein spezifisches Training, eine respektvolle und empathische Haltung, ein entsprechendes Abteilungsklima, eine positiv empfundene Eintrittssituation sowie allfällige Nachbesprechungen zu sein (3). Die UPK Basel verstehen unter Deeskalation entsprechend nicht nur einzelne Interventionsstrategien, -techniken und Handlungen zur Spannungsreduktion auf individueller Ebene, sondern beziehen verschiedene Ansätze mit ein, die im Beitrag beschrieben werden.

von Fabienne Roth*, Franziska Rabenschlag*,
Tiziana Ziltener*, Julian Möller*
und Christian Huber*

Strukturelle Ansätze

Die UPK sind störungsspezifisch in verschiedene Kliniken und Bereiche unterteilt. Jede Klinik (Klinik für Erwachsene [UPKE], Privatklinik [UPKP], Klinik für Forensik [UPKF], Klinik für Kinder- und Jugendliche [UPKKJ]) der UPK verfügt über mindestens eine Abteilung, die als psychiatrische Intensivabteilung bezeichnet werden kann. Sämtliche Abteilungstüren – ausser diejenigen der UPKF – sind, wenn immer möglich, tagsüber geöffnet. Dabei sind die Stationsöffnungen nicht nur als mechanischer Vorgang zu verstehen, sie bedingen auch eine Handlungsänderung wie die Patientenorientierung oder eine partnerschaftliche Arbeitsweise (4, 5). Nebst den Veränderungen im stationären Bereich bieten die UPKE eine Behandlung zu Hause an: das Home-Treatment als Übergang nach einem stationären Aufenthalt oder bei häufiger Inanspruchnahme eines stationären Angebots. Damit möchte man mit einer gezielten und multiprofessionellen Behandlung auf die Bedürfnisse von Menschen mit einer psychischen Erkrankung reagieren können (6). Der Psychose-, Sucht- und Altersbereich sowie die UPKF und die UPKKJ sind je mit einem bis drei Isolationszimmern ausgestattet. Die am deutlichsten von Patienten, Mitarbeitenden und auch Angehörigen abgelehnten Massnahmen sind bewegungseinschränkende Massnahmen wie das Netzbett, welches mit Netzen umgeben und nach oben hin geschlossen ist. Fixierungen werden in den UPK – mit Ausnahme eines Einzelfalles in

der UPKF – seit Jahrzehnten nicht mehr durchgeführt. Ebenso unbekannt in der Praxis der UPK sind Netzbetten. Im Psychosebereich wurde in einem Isolationszimmer eine sogenannte Medienwand eingebaut, vergleichbar mit einem grossen in die Wand eingebauten Tablet-Computer (8). Diese Medienwand bietet den Patienten während einer Isolation potenzielle Orientierung, Ablenkung und Beschäftigung durch die selbstständige Steuerung und Betätigung der Applikationen wie beispielsweise Musikhören, Zeichnen oder Gamen (9). Auch der Einsatz der Medienwand als deeskalative Intervention ohne geschlossene Isolation findet in der Praxis Einzug und lässt sich am ehesten bei den Konzepten zur Reizregulierung oder der Sensory-Rooms einordnen (10–14).

Um so wenige Isolationen wie möglich einsetzen zu müssen, werden in den UPK auch psychiatrische Intensivbetreuungen (auch als 1:1-Betreuung oder Sitzwache bezeichnet) bei akuten psychischen Krisen, zur Deeskalation und zum Schutz der eigenen Person und deren Umfeld eingesetzt. Um eine konstante unterstützende Beziehung zu gewährleisten, werden die Intensivbetreuungen, wenn immer möglich, mit pflegerischen Bezugspersonen des Teams durchgeführt. Nachts oder bei personellen Engpässen können auch externe Mitarbeitende eingesetzt werden. Die Intensivbetreuungen in den UPK werden anhand der schweizerischen Empfehlungen gestaltet (15). Somit steht bei einer Intensivbetreuung mehr die beziehungsorientierte, befähigende und therapeutische Gestaltung im Vordergrund als eine primär schutzgebende und sicherheitsbasierte Durchführung.

Die Mitarbeitenden der UPK dokumentieren des Weiteren über ein internes Meldesystem alle relevanten Aggressionsereignisse. Diese Erfassung eröffnet einerseits Auswertungsmöglichkeiten, um Hinweise in Bezug auf

* Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK), 4002 Basel

Kasten:

Aggressionsprävention und Deeskalation (ADE) in den UPK: Ganz praktisch

Risikoeinschätzung

Treten Patienten in die Klinik ein, ob freiwillig oder im Rahmen einer fürsorglichen Unterbringung (FU), findet in der Regel eine erste Risikoeinschätzung statt. Diese erfolgt durch die Pflegefachpersonen oder je nach Situation multiprofessionell. Dazu wird die Bröset-Gewaltcheckliste (BVC-CH) verwendet. Die BVC-CH ist ein evidenzbasiertes Fremdeinschätzungsinstrument, das psychometrisch als valide getestet wurde (28, 29). Das Instrument konnte sich vor allem aufgrund seiner Verständlichkeit und Handhabbarkeit auch in anderen psychiatrischen Kliniken etablieren. Zusätzlich zur Risikoeinschätzung wird nach einer vorhandenen Patientenverfügung gefragt. Davon ausgehend können Massnahmen für die multiprofessionelle Behandlungsplanung in Bezug auf das Thema Aggressionen und Gewalt abgeleitet werden. Vorzugsweise sind die Betreuungspersonen des Behandlungsteams, wie beispielsweise die Bezugsperson der Pflege, bereits definiert und können sich gezielt in den Behandlungsprozess einbringen. Auch wenn aktuell kein Risiko bestehen sollte, wird empfohlen, das Thema Aggression, Wut oder Ärger in den ersten Gesprächen mit den Patienten aufzugreifen und zu thematisieren. Es geht darum herauszufinden, was für die Patienten schwierige und herausfordernde Elemente sind oder sein könnten, wie sie sich dabei verhalten und welche Strategien sie im Falle von Unmut oder Ärger bereits anwenden. Das erfordert einen offenen und gleichzeitig behutsamen respektvollen Umgang seitens des Behandlungsteams, damit eine Vertrauensbasis geschaffen werden kann. Ein Perspektivenwechsel, also sozusagen «das Aufsetzen der Brille des Gegenübers», hilft dabei, verständnisvoll und offen zu sein.

Frühzeitiges Intervenieren

Ein wichtiger Schritt und ebenfalls im Rahmen der Prävention anzusiedeln, ist die frühzeitige Intervention. Es ergibt keinen Sinn abzuwarten, bis aggressives oder gar gewalttätiges Verhalten auftaucht, da die Erfolgchancen zur Deeskalation mit zunehmender Anspannung erschwert sein können (26). Verhält sich ein Patient agitiert (unruhig, angespannt, ängstlich), nehmen wir das möglichst ernst und ergreifen aktive Massnahmen. Zu vermeiden sind bei diesem Verhalten Grenzsetzungen im Sinne von Aufforderungen, das Verhalten doch anzupassen und sich ruhig zu verhalten. Agitiertes Verhalten soll nicht bagatellisiert, sondern aufgenommen werden, soll Raum erhalten, und zusammen mit dem Patienten sollen Lösungen gefunden werden. Es wird davon ausgegangen, dass Emotionen wie z. B. Ängste hinter dem Verhalten stehen können. Die zu Beginn im Beitrag erwähnte erste Auseinandersetzung mit dem Thema sowie der Perspektivenwechsel

können wichtige Hinweise dafür liefern, welche Interventionen weiter indiziert sein könnten. Oft erweisen sich aber Faktoren wie das Anwesendesein, sich Zeit zu nehmen, zuzuhören und «menschliches» Begegnen als Schlüssel zum Erfolg.

Deeskalation bei aggressiv bedrohlichem Verhalten

Kommt es zu Situationen mit aggressiv bedrohlichem Verhalten, werden Massnahmen zur Eskalationsvermeidung, Spannungsreduktion und Reduktion der inneren Not eingesetzt (26). Aggressiv bedrohliches Verhalten kennzeichnet sich durch konkret gerichtete Drohungen, erhöhte Anspannungszustände sowie deutlichen verbalen und nonverbalen Ausdruck von Wut und Ärger. Die deeskalierenden Massnahmen beinhalten gezielte verbale Techniken sowie nonverbale Deeskalationsmassnahmen wie beispielsweise die Körpersprache und sicherheitsrelevante Aspekte. In solchen Situationen soll nicht allein gehandelt werden, und es benötigt klare Absprachen. Eine mögliche drohende Eskalation wird beachtet, Alarmierungsmöglichkeiten und die persönliche Sicherheit gewinnen an Bedeutung (26).

Zwangsmassnahmen im Rahmen eines Aggressionseignisses

Erst wenn deeskalative Massnahmen scheitern, kommen Zwangsmassnahmen im Rahmen eines Aggressionseignisses als letztes Mittel zum Einsatz. Zwangsmassnahmen wie auch die Körpertechniken sollten von geschultem Personal durchgeführt werden. Dabei sind entsprechend den Leitlinien schonende und strukturiert ablaufende Vorgehensweisen in Bezug auf Festhaltetechniken anzuwenden und der Sicherheit und der Unversehrtheit aller Beteiligten höchste Priorität beizumessen (6). Für die Praxis empfiehlt es sich, die Arbeitsschritte und die Aufteilung in internen Standards festzuhalten und in den Schulungen multiprofessionell zu üben und zu wiederholen.

Nachbesprechung

Ein Aggressionseignis benötigt immer auch eine Nachsorge. Dabei ist wiederum an alle Beteiligten zu denken: die Patienten, die direkt involvierten Mitarbeitenden, aber auch andere Patienten oder Personen auf den Abteilungen, die ein Aggressionseignis indirekt miterlebten, wie beispielsweise Angehörige. Für Patienten bietet sich eine strukturierte Nachbesprechung von erlebten Zwangsmassnahmen an, welche zunehmend Einzug in die Praxis findet und auch von der S3-Leitlinie klar empfohlen wird (6, 30). In den UPK zielen wir darauf ab, dafür definierte und geschulte Ansprechpersonen, Anlaufstellen, psychologische Unterstützung sowie kollegiale Hilfestellungen innerhalb eines Teams einzusetzen.

Handlungsbedarf und Interventionsanpassungen zu erhalten. Andererseits bietet sie eine wichtige Sensibilisierung für das Thema Aggression und Gewalt. Eine notwendige Sensibilisierung, um Haltungsänderungen und den professionellen Umgang der Mitarbeitenden zu unterstützen (2).

Kommunikation

Derzeit wird in den UPK ein Projekt zum Thema «Sprache und Dokumentation» durchgeführt. Damit soll der Fokus u. a. auf eine deeskalative Wort- und Sprachwahl gerichtet werden, um auch subtile Formen der Aggression – aufseiten der Fachpersonen wie auch der Patienten – wahrzunehmen und ihr deeskalativ zu begegnen. Subtile Formen von Aggression und Gewalt werden auch als informeller Zwang (16) oder Behandlungsdruck (17) bezeichnet. Damit sind Interaktionen mit Patienten gemeint, wie z. B. Verhandeln oder Überreden, mit dem Ziel, die Behandlungsbereitschaft zu verbessern (18) sowie formalen Zwang zu vermeiden (16). Rund ein Drittel der psychiatrischen Patienten in der Schweiz und im Vereinigten Königreich berichten von Erfahrungen mit konditionalen Angeboten oder Drohungen (18, 19). Im Versorgungsangebot der USA sind es sogar 45 bis 60 Prozent (20). Von Fachpersonen wird informeller Zwang seltener als solcher erkannt (17, 21). Weiter hat sich gezeigt, dass nicht nur formaler Zwang, sondern auch informeller Zwang von Patienten negativ empfunden wird und die therapeutische Beziehung beeinträchtigt (16, 22, 23). Auch zeigte sich, dass Patienten informellen Zwang eher akzeptieren, wenn sie diesen als gerecht wahrnehmen, das heisst bei höchstmöglicher Partizipation, Würde, Transparenz und Vertrauen (24). Eine gute therapeutische Beziehung führt am ehesten zur Akzeptanz von Zwang (25).

Aggressionsprävention und Deeskalation (ADE)

Neben den beschriebenen strukturellen Ansätzen und dem Fokus auf Sprache und Dokumentation bieten die UPK seit 2014 ein obligatorisches flächendeckendes Deeskalations- und Aggressionsmanagement (ADE) für alle Mitarbeitenden mit Patientenkontakt an. Die systematische Schulung von Mitarbeitenden in Deeskalationstechniken und Strategien zum Umgang mit aggressivem Verhalten wird in der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zur Verhinderung von Zwang empfohlen (6).

RADAR-Methode®

Die ADE Schulungen in den UPK richten sich nach der RADAR-Methode® des Holländers Leo Regeer. RADAR steht für *Risiko erfassen* und *einschätzen, Aggressionsmerkmale erkennen, Diagnose* und *Ergebnis bestimmen, Aktionen* und *Interventionen planen* und *reagieren, handeln und registrieren*. Das RADAR-Modell stellt ein Frühwarnsystem dar, welches Risiken für Aggression und Gewalt in vier Stufen einteilt und davon ausgehend Interventionsstrategien ableitet (26). Die Interventionen bestehen aus deeskalativen und kommunikativen Techniken sowie aus Körpertechniken zum Schutz und zur Sicherheit aller Beteiligten. Je nach Berufsgruppe und Patientenkontakt sind die Schulungsinhalte entspre-

chend angepasst und dauern von einem Tag bis zu einem fünftägigen Basiskurs. Die Mitarbeitenden aus den entsprechenden Berufsgruppen der UPK sind verpflichtet, diese Kurse zu besuchen. Die Basiskurse richten sich an die pflegerischen und sozialpädagogischen, medizinischen sowie psychologischen Mitarbeitenden. Sie beinhalten Themenblöcke zu Verständnis von Aggression, Gewalt und herausforderndem Verhalten, Aggressionstheorien und Verlaufsprozessen, Training von verbaler und nonverbaler Deeskalation, Prävention und Sicherheitsmanagement, Nachsorge und Nachbearbeitung, rechtlichen und ethischen Aspekten, Assessment und Risikoeinschätzung sowie Training von persönlichen Sicherheitstechniken und Teamtechniken. Die Schulungen entsprechen den inhaltlichen und strukturellen Vorgaben des Netzwerks Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen (NAGS) Schweiz (27). Zusätzlich werden in den UPK jährliche Auffrischkurse in verbaler Deeskalation und den Körpertechniken angeboten. Dabei werden konkrete Praxissituationen aufgegriffen, evaluiert und Handlungsalternativen erarbeitet. Seit zwei Jahren werden zunehmend positive Erfahrungen mit abteilungsbezogenen multiprofessionellen Refresher-Angeboten gemacht. Diese ermöglichen auf individueller und Teamebene eine vertiefte Auseinandersetzung und Reflexion der herausfordernden Situationen, eine gezieltere Herangehensweise und unterstützten zudem ein gemeinsames Verständnis und Verantwortungsbewusstsein (*Kasten*). ●

Korrespondenzadresse:

*Dr. phil. Franziska Rabenschlag
 Bereichsleitung Pflege ZDK, ZPE
 Zentrum für Diagnostik und Krisenintervention
 Zentrum für Psychotische Erkrankungen
 Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
 Wilhelm-Klein-Strasse 27
 4002 Basel
 E-Mail: Franziska.Rabenschlag@upk.ch*

Merkpunkte:

- Die Deeskalationsstrategie in den UPK setzt auf verschiedenen Ebenen an. Sie umfasst Strukturen und die Organisation der Behandlungsprozesse sowie Mitarbeitende und Patientinnen und Patienten.
- Zentral ist die Schulung aller Mitarbeitenden.
- Bei den Schulungen gibt es nach einigen Jahren Erfahrung einen Trend weg von allgemein gehaltenen Aggressionspräventions- und Deeskalationsschulungen im klassischen Sinne hin zu massgeschneiderten teambezogenen Trainings vor Ort auf den Abteilungen.

Literatur:

1. Richter D: Deeskalation von Konfliktsituationen. Strategie zur Vermeidung von Zwangsmassnahmen. *Psychiat Pflege Heute* 2014, 20(4), 221–225.
2. Nau J, Walter G, Oud N (Hrsg.). Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement. Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (2., vollständig und erweiterte Aufl.). Bern: Hogrefe. 2019.
3. Aguilera-Serrano C, Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Moreno-Küstner B, Mayoral-Cleries F: Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: a systematic review. *Can J Psychiatry* 2018, 63(2), 129–144.
4. Lang U: Innovative Psychiatrie mit offenen Türen. Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie. Berlin-Heidelberg: Springer. 2013.
5. Lang U, Walter M, Borgwardt S, Heinz A: Über die Reduktion von Zwangsmassnahmen durch eine «offene Türpolitik». *Psychiat Prax* 2016, 43(6), 299–301.
6. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2018). S3 Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Abgefragt am 11.03.2020 unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/53%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20LITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf
7. Reisch T, Beeri S, Klein G, Meier P, Pfeifer P, Bühler E, Jäger M: Comparing Attitudes to Containment Measures of Patients, Health Care Professionals and Next of Kin. *Front Psychiatry* 2018, 9(529), 1–8.
8. Reconnect BV. (2020). Medienwand. Abgerufen am 19.03.20 unter http://reconnect.com/?page_id=7&lang=de
9. Durrer M, Meinhof J: Das Erleben der Isolationszeit mittels Medienwand in der Akutpsychiatrie. Evaluation eines Praxisprojekts. *Psychiatrische Pflege* 2019, 4(4), 1–6.
10. Björkdahl A, Perseins K, Samuelsson M, Lindberg MH: Sensory rooms in psychiatric inpatient care: Staff experiences. *Int J Ment Health Nurs* 2016, 25(5), 472–479.
11. Cummings KS, Granfield SA, Coldwell CM: Caring with Comfort Rooms: Reducing Seclusion and Restraint Use in Psychiatric Facilities. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2010, 48(6), 26–30.
12. Lloyd C, King R, Machingura T: An investigation into the effectiveness of sensory modulation in reducing seclusion within an acute mental health unit. *Advances in Mental Health* 2014, 12(2), 93–100. doi: 10.1080/18374905.2014.11081887
13. Scheydt S, Needham I, Nielsen GH, Behrens J: Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie. Entwicklung eines theoretischen Bezugsrahmens. *Pflege* 2016, 29(5), 227–233. doi: 10.1024/1012-5302/a000491
14. Scheydt S, Müller Staub M, Frauenfelder F, Nielsen GH, Behrens J, Needham I: Sensory overload: A concept analysis. *Int J Ment Health Nurs* 2017, 26(2), 110–120.
15. Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (AFG-PsyP) des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft (VFP) (Hrsg.). (2019, 1. Aufl.). *Intensivbetreuungen erwachsener Menschen in psychiatrischer Behandlung: Empfehlungen*. Bern: Autor.
16. Jäger M, Ketteler D, Rabenschlag F, Theodoridou A: Informal coercion in acute inpatient setting – Knowledge and attitudes held by mental health professionals. *Psychiatry Research* 2014, 220(3), 1007–1011. doi: 10.1016/j.psychres.2014.08.014
17. Schori D, Jäger M, Elmer T, Jaeger S, Mahlke C, Heumann K, Rabenschlag F: Knowledge on types of treatment pressure. A cross-sectional study among mental health professionals. *Arch Psychiatr Nurs* 2018, 32(5), 662–669. doi: 10.1016/j.apnu.2018.03.005
18. Jaeger M, Rossler W: Enhancement of outpatient treatment adherence: patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness. *Psychiatry Reserach* 2010, 180(1): 48–53. doi: 10.1016/j.psychres.2009.09.011
19. Burns T, Yeeles K, Molodynski A, Nightingale H, Vazquez-Montes M, Sheehan K, Linsell L: Pressures to adhere to treatment («leverage») in English mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry* 2011, 199(2), 145–150. doi: 10.1192/bjpp.1110.086827
20. Monahan J, Redlich AD, Swanson J, Robbins PC, Appelbaum PS, Petrila J, McNiel DE: Use of Leverage to Improve Adherence to Psychiatric Treatment in the Community. *Psychiatric Services* 2005, 56(1), 37–44. doi: 10.1176/appi.ps.56.1.37
21. Elmer T, Rabenschlag F, Schori D, Zauboni G, Kozel B, Jäger S, Jäger M: Informal coercion as a neglected form of communication in psychiatric settings in Germany and Switzerland. *Psychiatry Res* 2018, 262, 400–406.
22. Theodoridou A, Schlatter F, Ajdacic V, Rössler W, Jäger M: Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Res* 2012, 200(2–3), 939–944. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.012
23. Pridham KMF, Berntson A, Simpson ALF, Law SF, Stergiopoulos V, Nakhost A: Perception of Coercion Among Patients With a Psychiatric Community Treatment Order: A Literature Review. *Psychiatr Serv* 2016, 67(1), 16–28.
24. Watson AC, Angell B: Applying procedural justice theory to law enforcement's response to persons with mental illness. *Psychiatric Services* 2007, 58(6), 787–793.
25. Lorem GF, Hem MH, Molewijk B: Good coercion: patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *Int J Ment Health Nurs* 2015, 24(3), 231–240.
26. LEO Management. Abgerufen am 20.03.2020 unter <http://www.leo.nl/de/index.html>
27. Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen Schweiz (NAGS). Abgerufen am 23.03.2020 unter <https://www.aggressionsmanagement.ch/index.php>
28. Van De Sande R, Nijman HL, Noortthoom EO, Wierdsma AI, Hellenboom E, van der Staak C, Mulder CL: Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: Effect of short-term risk assessment. *BR J Psychiatry* 2011, 199(6), 473–478.
29. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug JH, Fischer JE: Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. *BR J Psychiatry* 2008, 193(1), 44–50.
30. Wullschleger A, Vandamme A, Ried J, Pluta M, Montag C, Mahler L: Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmassnahmen auf psychiatrischen Akutstationen: Ergebnisse einer Pilotstudie. *Psychiat Prax* 2019, 46(3), 128–134.