
Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Eine Auseinandersetzung mit dem Indikator
«Freiheitsbeschränkende Massnahmen» in der Psychiatrie

Dr. Johanna Friedli / Leitung Psychiatrie ANQ

Dr. Thomas Meier, Chefarzt SG Psychiatrie-Dienste Süd, Vorstand ANQ

Andreas Dauru, Pflegefachmann HF, Kantonsrat, GL Pro Mente Sana

Referate

I. **WARUM**

FM im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ

Dr. phil. Johanna Friedli, Leitung Psychiatrie ANQ

II. **WAS & WIE**

Informationen zum Instrument EFM, zur Erfassung und Implementierung mit Prozessnutzen und Weiterentwicklung

Dr. med. Thomas Meier, Chefarzt St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd

III. **WER?**

FM aus Sicht von Betroffenen und Angehörigen – Pro Mente Sana

Andreas Dauru, Pflegefachmann HF, Kantonsrat, Leiter Psychosoziales
/ Mitglied GL Pro Mente Sana

WARUM

FM im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ

Dr. Johanna Friedli, Leitung Psychiatrie ANQ

Gesetzliche Grundlagen Messungen: KVG 1994

Art. 32 Voraussetzungen und Umfang der Kostenübernahme

1 Die Leistungen nach den Artikeln 25-31 müssen **wirksam**, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die **Wirksamkeit** muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

2 Die **Wirksamkeit**, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft

Kontrolle Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen

⁸ In Zusammenarbeit mit den Kantonen ordnet der Bundesrat schweizweit **Betriebsvergleiche** zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und **medizinischer Ergebnisqualität**. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern.

Infos – Grundlage der Messungen

- > Umsetzung KVG Art. 32 wurde Kostenträgern & Leistungserbringern überlassen
- > ANQ für diese Aufgabe gegründet

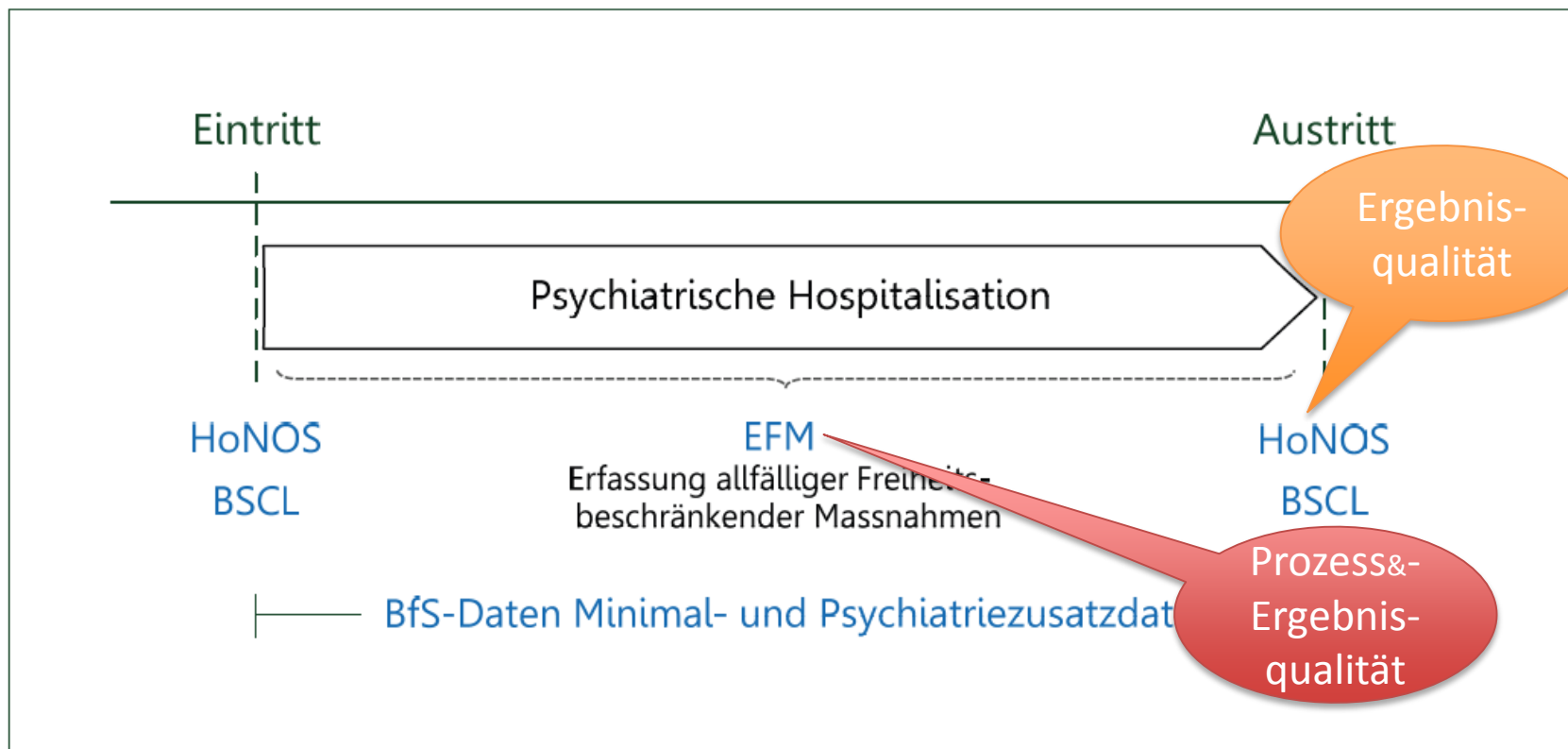
Infos - Grundlage der Messungen

Auftrag des ANQ: Erfüllung des KVG

- **MESSEN** der Ergebnisqualität
Implementierung eines einheitlichen Messsystems zur Dokumentation der Qualität
- **VERGLEICHEN** der Spitaler und Kliniken
Erstellung national vergleichender Auswertungen & transparente Publikation

→ Kontinuierlicher Verbesserungsprozess Spitaler & Kliniken

Infos – FM im Messplan



Stand Messungen Indikator «FM»

- 2 Erhebungsjahre -> Anteil erfasster Massnahmen konnte erhöht werden (Schulungen)
- Weitere Zunahme zu erwarten -> benötigt gute Kommunikation
- Pseudonymisierte Publikation Nov. 2015
- Transparente Publikation Nov. 2016

Besonderheit Interpretation Indikator «FM»

«Weniger» heisst nicht immer «besser»

Aus dem Auswertungskonzept Version 4.0

«Inhaltliche Besonderheiten der freiheitsbeschränkenden Massnahmen als Mass für Qualität müssen bei der Interpretation dieser Ergebnisse berücksichtigt werden. Auch wenn grundsätzlich wenige solcher Massnahmen angestrebt werden, sind weniger Massnahmen nicht zwingend qualitativ besser, da Kliniken über **Klinikkonzepte** zum Einsatz von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen verfügen. Einige Kliniken bevorzugen bspw. den Einsatz von **häufigeren und kürzeren** freiheitsbeschränkenden Massnahmen, wohingegen andere eher **längere, dafür gesamthaft weniger** einsetzen. Für die Qualität des Einsatzes von freiheitsbeschränkenden Massnahmen ist zentral, dass dieser **reflektiert, begründet und dokumentiert ist sowie den Vorgaben des Kindes- und Erwachsenenschutzes entspricht**. Relevant sind für eine Gesamtbeurteilung der Qualität neben dem Anteil freiheitsbeschränkender Massnahmen auch die Häufigkeit pro Fall, die Wiederholungen pro Fall sowie die Kombination mehrerer Massnahmen zum selben Zeitpunkt.»

Aktivitäten zum Indikator «FM»

- Juristische Fachexpertise zum neuen KESR in Bezug Instrument EFM
- Expertengruppe Schulungen FM
- Expertengruppe Audits Controlling FM (mit Beteiligung SAMW Subkommission «Zwangsmassnahmen in der Medizin» und SGAP)
- Expertengruppe Methodendiskussion
- Weiterentwicklungen aufgrund Empfehlungen der EG
Ab 2016 EFM mit Festhaltungsmethoden, EFM-KJP mit gleichem Erfassungszeitrahmen wie EFM und Begriffsänderung «Zwangsmedikation» in «Behandlung ohne Zustimmung des Patienten»
- Teilnahme an Vernehmlassung SAMW Richtlinien
- Sorgfältige Vorbereitung der Kommunikation mit den Medien (Abgrenzung zu FU)
- Q-Day 28.01.2016 Referate zu FM (Recht & Praxis (PUK EP & UPD KJP))

WAS & WIE

Informationen zum Instrument EFM, zur Erfassung und Implementierung mit Prozessnutzen und Weiterentwicklung

Dr. med. Thomas Meier, Chefarzt St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd
Mitglied Vorstand ANQ

Inhalte

Gesetzliche Grundlagen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen ANQ

Wie es zu der nationalen «Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen» (EFM) kam

Auseinandersetzung mit den Messresultaten

Benchmark und Verbesserungsmassnahmen



Ziele

Anregen

- zum offenen Austausch
- zum kritischen Hinterfragen der eigenen Resultate
- zum Lernen von einander
- zum Verändern des Umgangs mit den Freiheitsbeschränkenden Massnahmen

Gesetzliche Grundlagen Medizinische Massnahmen unter FU bei psychischer Störung: ZGB

Art. 433 (Behandlungsplan)

1. Behandlungsplan unter Beizug der betroffenen Person
2. Information über medizinische Massnahmen (betroffene Person und Vertrauensperson)
3. Plan zur Zustimmung unterbreiten

Art. 434 (Behandlung ohne Zustimmung)

Fehlt Zustimmung, kann Chefarzt anordnen, wenn

1. gesundheitlicher Schaden oder Gefährdung Dritter droht
2. die betroffene Person bezüglich Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig ist
3. keine angemessenere Massnahme zur Verfügung steht

Gesetzliche Grundlagen Medizinische Massnahmen unter FU bei psychischer Störung: ZGB

Art. 435 (Notfälle)

1. In Notfallsituation können Massnahmen zum Schutz der betroffenen Person oder Dritter sofort ergriffen werden
2. Ist bekannt, wie die Person behandelt werden will, ist dies zu berücksichtigen

Art. 438 (Einschränkung Bewegungsfreiheit)

Bestimmungen über die Einschränkung der Bewegungsfreiheit in Wohn- und Pflegeeinrichtungen sind sinngemäss anwendbar.

Gesetzliche Grundlagen Einschränkung Bewegungsfreiheit: ZGB

Art. 383 (Voraussetzungen)

1. Weniger einschränkende Massnahmen nicht ausreichend
 - a. Ernsthafte Gefahr für das Leben oder die körperliche Integrität der betroffenen Person oder Dritter
 - b. oder schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens
2. Vorgängig wird der betroffenen Person erklärt, warum was für voraussichtlich wie lange geschieht

Art. 384 (Protokollierung und Information)

1. Über jede Massnahme wird Protokoll geführt
2. Vertretungsperson wird informiert

Zusammenfassung gesetzliche Grundlagen (EFM)

Bewegungseinschränkende
Massnahmen ohne FU
Art. 383 ff. ZGB

Bewegungseinschränkende
Massnahmen unter FU
Art. 438 ZGB

- Isolation
- Fixierung
- Bewegungseinschränkung Stuhl
- Bewegungseinschränkung Bett

Behandlung einer psychischen Störung
ohne Zustimmung unter FU
Art. 434 ZGB

Behandlung einer psychischen Störung
ohne Zustimmung ohne/unter FU im Notfall
Art. 379 sowie Art. 435 ZGB

- Zwangsmedikation (inkl. Fixierung oder Isolation als Teil der Behandlung)

EFM in der Erwachsenenpsychiatrie

Art der Freiheitsbeschränkenden Massnahme	Kategorie	Zeitraum resp. Zeitpunkt
Isolation		Beginn und Ende (Datum und Uhrzeit)
Fixierung		Beginn und Ende (Datum und Uhrzeit)
Zwangsmedikation	Oral / Injektion	Zeitpunkt: Datum und Uhrzeit
Bewegungseinschränkungen im Stuhl	≤ 4h/ > 4h	Datum der Durchführung
Bewegungseinschränkungen im Bett	≤ 4h/ Ganze Nacht (und Tag)	Datum der Durchführung

EFM in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Art der Massnahme	Kategorie	Erfassung pro Fall
Isolation		$\leq 2h, > 2h$ (pro Tag mit Isolation / Anzahl Tage mit den vorliegenden Varianten erfassen)
Fixierung		$\leq 2h, > 2h$ (pro Tag mit Fixierung / Anzahl Tage mit den vorliegenden Varianten erfassen)
Zwangsmedikation	Oral	1-malig, > 1-mal (pro Tag mit Zwangsmedikation / Anzahl Tage mit den vorliegenden Varianten erfassen)
Zwangsmedikation	Injektion	1-malig, > 1-mal (pro Tag mit Zwangsmedikation / Anzahl Tage mit den vorliegenden Varianten erfassen)

Geschichte der Erfassungen

1997:

Chefärzte von sieben Kliniken gründen einen Q-Zirkel (Königsfelden, Oberwil, Pfäfers, Solothurn, St.Urban, Wil, Zürichberg; Jahre später kommen Münsingen und Luzern hinzu)

2000/01:

Dr. Hanspeter Wengle, Wil, regt Erhebung und Vergleich von Zwangsmassnahmen an;

Unter Leitung von Renate Bernhardsgrütter, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Wil, werden Zwangsmassnahmen einheitlich definiert und ein auf die Akutpsychiatrie bezogenes Instrument erarbeitet.

Geschichte der Erfassungen (Akutpsych)

2002: Erste Tagung in Königsfelden zu
«Juristischen Fragen im Kontext der Zwangsmassnahmen»; Workshops
zu Gewaltverminderung, Deeskalation

2002/03: Erster Messzyklus und offene Diskussion der Daten («Lernen
vom Besten»)

2003: Tagung in Oberwil zu
«Projekt Benchmark: Erlebnisse, Erfahrungen und Resultate»;
Workshops zu Stress-Situation Zwangsmassnahme

Geschichte der Erfassungen (Akutpsych)

2003 – 09: Kontinuierliches Erheben von Zwangsmassnahmen in der Akutpsychiatrie

2005: Tagung in Wil zu
«Was öffnet die Türen?»; Workshops zu Traumatisierung und Bewältigungsmöglichkeiten

2009: Tagung in Münsingen zu
«Zwangsmassnahmen – ein ethisches und therapeutisches Dilemma»

Geschichte der Erfassungen (Alterspsych)

2003: Erste Treffen der Arbeitsgruppe «Freiheitsbeschränkende Massnahmen in der Gerontopsychiatrie» unter Leitung von Renate Bernhardsgrütter und Domenica Schnider

Definition der Massnahmen gegen den Willen, Festlegen der Erfassungskriterien

2004: Beginn wiederholter Messungen und offener Vergleiche

Geschichte der Erfassungen (Alterspsych)

2004: Tagung in St. Urban zu
«Kreative Alternativen zu Zwangsmassnahmen in der Gerontopsychiatrie», «Zwangsmassnahmen im Spannungsfeld zwischen Fürsorge und freiem Willen», «Vorbeugen von Zwangsmassnahmen ... mit Methoden aus der Verhaltenstherapie»

2007: Tagung in Wil zu
«Freiheitsbeschränkende Massnahmen ... : Ja – aber wie? Nein – aber was sonst?»

2010: Tagung in Pfäfers zu
«Nachtcafé & Co», «Circadiane Rhythmen», «Interventionskonzept Sturzrisiko», «Zwangshygiene versus Verwahrlosung»

Geschichte der Erfassungen (KIQ-Pilotprojekt)

Ab 2004:

Zusammenarbeit mit einem Benchmark Deutscher Kliniken

Oktober 2008 – September 2010:

KIQ-Pilotprojekt (KIQ = Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung) erfasst Isolationen, Fixationen und Zwangsmedikationen bei Patienten mit F2 und F3 Diagnosen

2012:

Freiheitsbeschränkende Massnahmen werden Teil des Messpakets
ANQ

EFM – Was bringt's? (Benchmark ab 2002)

- Kultur: Enttabuisierung, offener Austausch, Anregung zum Lernen
- Mitarbeitende: Sensibilisierung / Stärkung im Umgang mit Zwang
- Förderung des Risikobewusstseins im Kontext mit Fremdaggressionen
- Aggressionsmanagement-Trainings / Schulung in Deeskalation
- Reduktion der Anzahl und der Dauer der Massnahmen
- Standardisierte Aufarbeitung im Team, mit Patienten
- Kreative Lösungen zur Förderung der Bewegungsfreiheit und zur Beruhigung im Alter
-

Bsp. Klinik Pfäfers: Implementieren ins KIS

The screenshot displays two windows from the ANQ software. The left window, titled 'Info', shows patient details for 'Testschul, Test MA 3':

- Geschlecht: männlich
- Alter: 40 (03.03.1973)
- Fall-ID: 200056004
- Station: TESTS
- Behandlungsart: stationär
- Aufnahmedatum: 03.12.2012
- Entl.datum: einliegend (416 Tage)
- VIP

The right window, titled 'Freiheitsbeschränkende Massnahme', shows a specific entry for 'ANQ - Freiheitsbeschränkende Massnahme' for 'Herr Testschul, Test MA 3, 03.03.1973 (40 j)'. It includes fields for Name, Vorname, Geburtsdatum, Fall-ID (200056004), Aufnahmedatum (03.12.2012 10:20), and Aktuelle Station (TESTS-Teststation). Below this, there are buttons for 'Rechtsstatus eingeben', 'Nachbesprechung verordnen', 'Nachbesprechungsraster ausdrucken', and 'Richtlinie Nachbesprechung'. The 'Aktueller Rechtsstatus' is noted as 'FU Amtsarzt 6 Wochen, 22.08.2013 bis 31.12.9999'. A list of radio buttons allows selecting a type of measure, such as 'Isolation' or 'Sicherheitsmassnahme im Bett während Tag und Nacht (dauernd)'. There are also fields for 'Beginn' and 'Ende' dates and times. A text area titled 'Beschreibung zur Situation und den Umständen' contains a paragraph describing the measure. At the bottom, there is a section for 'Anzeige aller Freiheitsbeschränkenden Massnahmen während der aktuellen Behandlung'.



Bsp. Klinik Pfäfers: Implementieren ins KIS



→ Rechtsstatus eingeben

→ Nachbesprechung verordnen

→ Nachbesprechungsraster ausdrucken

→ Richtlinie Nachbesprechung

Aktueller Rechtsstatus am 26.08.2015 - 11:45: **Testpatient**, 11.03.2015 bis 31.12.9999

Freiheitsbeschränkende Massnahme

- Isolation
- Fixierung
- Zwangsmedikation oral
- Zwangsmedikation Injektion
- Bewegungseinschränkung im Stuhl bis zu 4 Std.
- Bewegungseinschränkung im Stuhl mehr als 4 Std.
- Bewegungseinschränkung im Bett kurz: bis zu 4 Std.
- Bewegungseinschränkung im Bett ganze Nacht.
- Bewegungseinschränkung im Bett während Tag und Nacht (dauernd)

Beginn:

Datum:

Uhrzeit:

Ende:

Datum:

Uhrzeit:

Bsp. Klinik Pfäfers: Implementieren ins KIS

Diagnosen:

Nachbesprechungsraster

Wie haben sie die Zwangsmassnahme erlebt? Was haben sie gefühlt?	
Was hätte gemacht werden können, um die Zwangsmassnahme zu verhindern?	
Hätte es eine Variante/Möglichkeit gegeben, die ihnen besser geholfen hätte als die durchgeführte Zwangsmassnahme?	
Können sie den Sinn/Grund der Zwangsmassnahme mit dem jetzigen Abstand erkennen oder nachvollziehen?	
Ist die Zwangsmassnahme gut abgelaufen? Hätte diese angenehmer oder besser durchgeführt werden können? Haben sie Lösungs- oder Verbesserungsideen?	
Hat die erlebte Zwangsmassnahme eine negative Auswirkung auf die Zusammenarbeit/Vertrauen mit dem Stationsteam?	
Individuelle Fragen: Könnte während der Isolation etwas besser gemacht werden? Was hat ihnen während der Isolation gefehlt? Was hat ihnen während der Isolation geholfen?	

Bsp. Klinik Pfäfers: Implementieren ins KIS

Richtlinie Nachbesprechung

PRAKTISCHE DURCHFÜHRUNG DER DIREKTEN NACHBESPRECHUNG

Günstig ist, schon in der Vorinformation vor Durchführung der freiheitsbeschränkenden Massnahme, auf die Nachbesprechung hinzuweisen und zur Teilnahme auffordern.

Die Nachbesprechung wird von der Person geleitet, die die organisatorische Verantwortung der freiheitsbeschränkenden Massnahme inne hatte (nicht unbedingt vom Arzt, der die rechtliche Verantwortung hat).

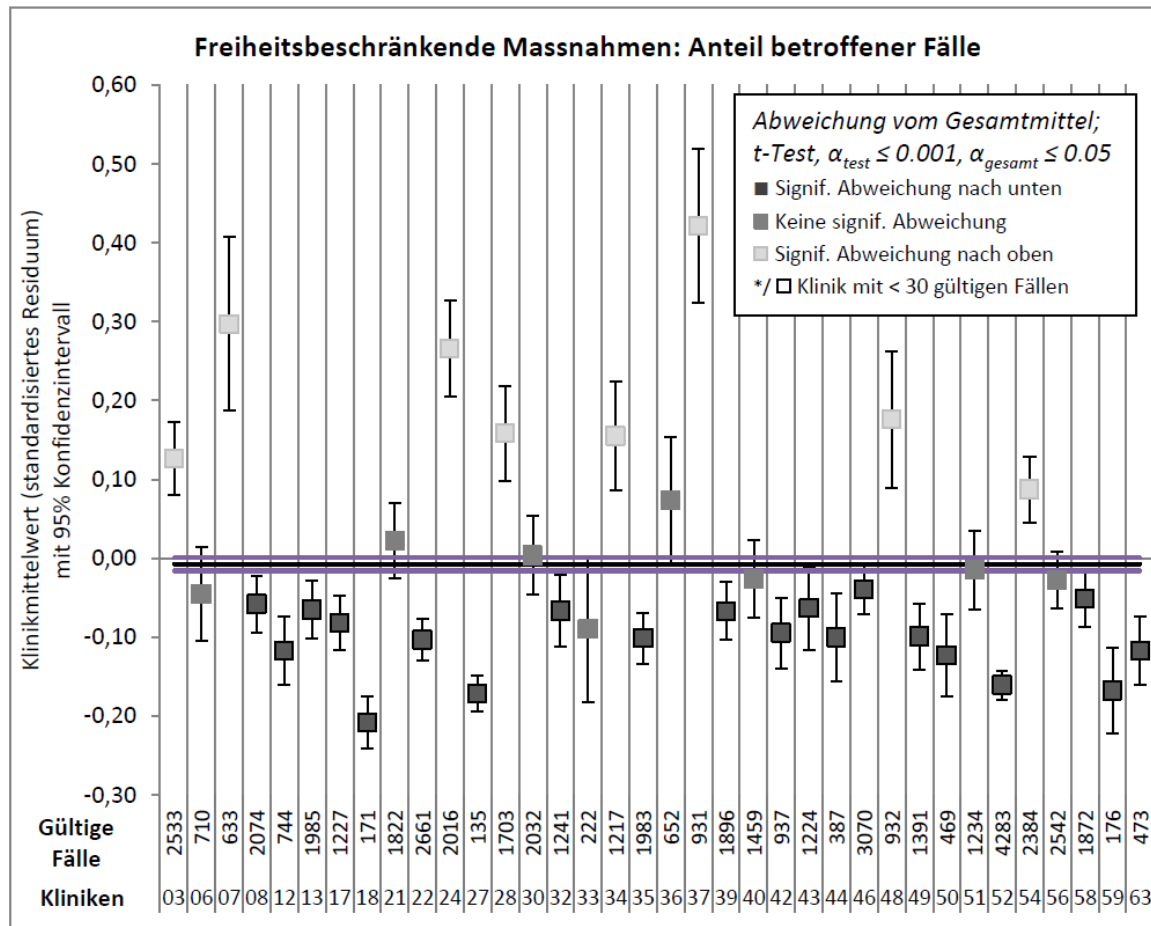
Die Nachbesprechung gliedert sich in mehrere Phasen:

- Die erste Phase dient der Informationsvermittlung. Dabei werden die Umstände erklärt, die zur Durchführung der freiheitsbeschränkenden Massnahme Anlass gaben. Die Beteiligten haben die Möglichkeit, Fragen zu stellen oder ergänzende Informationen abzugeben.
- In der zweiten Phase wird die Befindlichkeit der Beteiligten erfragt („Wie geht es euch?“, „Wie wurde das Vorgehen erlebt?“). Weiterhin wird thematisiert, ob sich jemand gefährdet fühlte oder weiter gefährdet fühlt.
- In einer dritten Phase wird noch einmal kurz der organisatorische Ablauf durchgegangen: Wie wurde die Informationsvermittlung erlebt? Wie wurden die Absprachen erlebt? Wer fühlte sich gefährdet und wie? Wie wurde der Patient behandelt/gefährdet? Wie wurden Mitpatienten behandelt? Was könnte verbessert ablaufen? Weitere Vorschläge?.
- Zuletzt soll vom Organisationsverantwortlichen die Notwendigkeit der weiteren Betreuung von schwer betroffenen oder auch verletzten Mitarbeitern abgeschätzt und die Weiterbetreuung eingeleitet werden (Benachrichtigung der zuständigen Vorgesetzten). Anschliessend können die Helfer anderer Stationen an ihren Arbeitsplatz zurückkehren.

TEAM-INTERNE BEHANDLUNGSPLANUNG

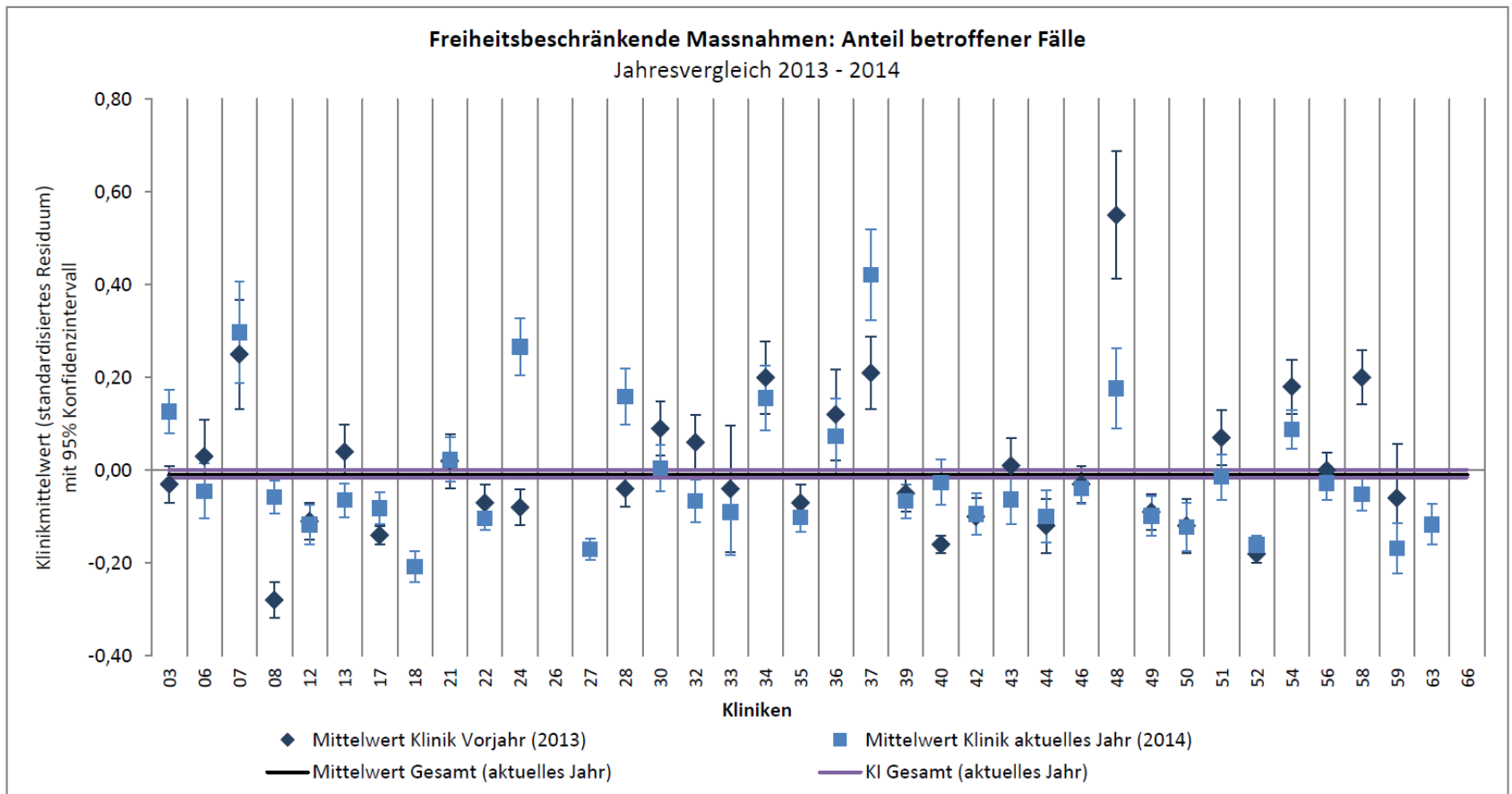
- Nach der Nachbesprechung erfolgt die weitere interdisziplinäre Behandlungsplanung (inhaltlich getrennt von der Nachbesprechung) im Stationsteam.
- Anordnung der Überwachungsparameter und -frequenz (Sichtkontrollblatt) durch den Arzt
- Festlegen der weiteren Medikation
- Benennung der für die Nachbesprechung mit dem Patient zuständigen Person

Bsp. Klinik Pfäfers - Wo stehen wir heute?



Bsp. Klinik Pfäfers - Wo stehen wir heute?

3.3.3. Freiheitsbeschränkende Massnahmen: Anteil Fälle mit mind. einer FM



Bsp. Klinik Pfäfers - Wo stehen wir heute?

Legende
FM: Signifikante Abweichung nach unten (für HoNOS/BSCL nach oben)
Keine signifikante Abweichung
* < 30 gültige Fälle => keine Signifikanz errechnet
FM: Signifikante Abweichung nach oben (für HoNOS/BSCL nach unten)
Nach Auskunft der Klinik keine betroffenen Fälle
Keine Daten geliefert

Klinik	FM	Isolation	Fixierung	Zwangs- medikation	Bewegungs- einschränkung
	Anteil betroffener Fälle	Intensität / Fall	Intensität / Fall	Häufigkeit / Fall	Häufigkeit / Fall
03					
06				*	*
07			*	*	*
08			*		*
12		*		*	
13				*	
17			*		*
18				*	
21			*		
22				*	
24			*		
26					
27				*	
28			*		
30			*		*
32				*	*
33			*	*	
34					*
35					
36			*	*	*
37			*	*	*
39			*		
40				*	
42			*		*
43			*		
44		*			*
46			*		*
48					*
49					
50		*	*	*	
51			*	*	*
52			*		*
54			*		

Bsp. Klinik Pfäfers - Und wie geht's weiter?

2015:

Projektstart Autonomiefördernde Fürsorge in Klinik Pfäfers

2016:

Die Wiederaufnahme der Benchmarkaktivitäten zu Freiheitsbeschränkenden Massnahmen wird an der Q-Circle-Tagung in Pfäfers diskutiert

Teil III

WER?

FM aus Sicht von Betroffenen und Angehörigen – Pro Mente Sana

Andreas Dauru, Pflegefachmann HF, Kantonsrat,
Leiter Psychosoziales / Mitglied GL Pro Mente Sana

„Freiheitsbeschränkende Massnahmen“

- Sicht der Betroffenen und Angehörigen**
- Forderungen von Pro Mente Sana**

SGPP Jahreskongress 2015

Andreas Daurù, Pflegefachmann HF, Stiftung Pro Mente Sana



Freiheitsbeschränkende Massnahmen und FU

- **15,7% der Patientinnen und Patienten in der CH sind unfreiwillig in er Psychiatrie (ANQ,2013).**
- **Häufigste Zwangsmassnahmen (ANQ,2013) in der CH – Psychiatrie:**
 - Isolation (n=2893)
 - Zwangsmedikation (n=1476)
 - Bewegungseinschränkungen (z.B. Bettgitter) (n=598)
 - Fixierungen (n=505)
- **Zahlen sind von Klinik zu Klinik unterschiedlich:**
 - Klinikprofil
 - «Mentalitätsunterschiede», Haltung, Personalbestand?
Sparmassnahmen?

- **Jedoch:**

FU's und freiheitsbeschränkende Massnahmen sind nicht gänzlich wegzudenken bzw. zu verhindern und haben in entsprechenden Fällen ihre Berechtigung.

- **Wichtig ist:**

Auf das nötigste reduzieren und Durchführung so «erträglich» wie möglich.



Sicht der Betroffenen und Angehörigen

- Ein FU oder Zwangsmassnahmen können traumatisierenden und bedrohliche Auswirkungen haben; vor allem auf den Betroffenen, aber auch auf dessen Angehörige.
- **Möglich, negative Auswirkungen (Bsp.):**
 - Vertrauen in die Behandlung und die Psychiatrie schwindet -> Gefahr, dass sich ein Patient zu spät in erneute, nötige Behandlung gibt -> Teufelskreis
 - Compliance schwindet
 - Scham und Selbststigmatisierung
 - Nachhaltige Traumatisierung -> Verzweiflung

Sicht der Betroffenen und Angehörigen

- **Zitate von Betroffenen:**

«Das schlimmste war, dass der Arzt kein Wort mit mir geredet hat»

«...Er hätte mich mindestens anhören können, wie ich die Situation sehe.» – «Ich war zwar aufgewühlt, aber mit dem Kopf völlig da...»

- **Aber auch:**

«Wenn ich voll in der manischen Phasen bin, dann brauch ich ein Iso – die einzige Möglichkeit, dass ich wieder etwas Ruhe finde»

- **Zitate von Angehörigen:**

«Als er einen FU erhielt, war ich irgendwie auch erleichtert, es war eine Möglichkeit, auch mal Verantwortung abgeben zu können»

- **Aber auch:**

«Ich hatte grosse Schuldgefühle» - «Ich wurde einfach stehen gelassen, niemand gab mir Informationen über die weiteren Schritte»



Sicht der Betroffenen und Angehörigen

Wie Zwangsmassnahmen von Betroffenen und Angehörigen erlebt werden, hängt viel davon wann, wie, wo und warum diese durchgeführt werden.

- **Bei FU – Situationen (Bsp.):**
 - Umgang von Seiten der Polizei (Sensibilität auf die Situationen vorhanden?) -> Transport (Handschellen), „Tonalität“, Gespräch usw.
 - Fachkompetenz des einweisenden Arztes (kein Notfallpsychiater vorhanden -> Notärzte, Spitalärzte, Hausärzte) -> Stichwort: Fachkräftemangel auf dem Gebiet der Psychiatrie.
 - Zeitfaktor bez. Abklärungen und Gespräch mit dem Patienten.
 - Betreuung und Nachbetreuung der anwesenden Angehörigen.
- **Bei freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Psychiatrie (Bsp.):**
 - Grundhaltung und Philosophie im Team/Klinik was den Umgang mit FM betrifft -> Know-how, Methoden- und Fachkompetenz, „Toleranz“.
 - Standards im Umgang/Zusammenarbeit mit Angehörigen.
 - Zeitressourcen und Kapazität von Ärzten und Pflegenden -> Stichwort: Fachkräftemangel, Sparmassnahmen, Finanzierung
 - Infrastruktur der Kliniken (Gebäude, Farben, Möglichkeiten der Bewegung, des Rückzugs usw.)



Forderungen von Pro Mente Sana

Positionspapier «Autonomie stärken – Zwang eindämmen»:

- **Einweisungen (FU) durch entsprechende Fachärzte**
 - Möglichst Fachärzte der Psychiatrie.
- **Förderung der Psychiatrischen Patientenverfügung**
 - Mitsprache der Patienten, Förderung der Autonomie, Leitplanken für Behandler.
- **Vertrauensperson und Schaffung unabhängiger Dienste**
 - Unterstützung des Betroffenen, Vorbeugen von Konflikten und somit evtl. Zwangsmassnahmen.
- **Nachbesprechung nach FM sind Standard**
 - Aufklärung/Klärung der Situation nachträglich, Verständnis und Vertrauen fördern.
- **Austrittsgespräch und Behandlungsvereinbarung sind Standard**
 - Vorbereitung für evtl. Wiedereintritt durch Festlegung von Grundsätzen für zukünftige Behandlungen.

Forderungen von Pro Mente Sana

- **Ausbau der integrierten und patientenorientierten Versorgung**
 - MoKi, Mobile Equipen, ACT/Hometreatment, GiA
- **Förderung von möglichst gewaltfreien Institutionen**
 - Leitbilder, Richtlinien, Standards, «good clinical practice»
(Personaldotation, Aggressionsmanagement, Recovery/Peer usw.).
- **Entwicklung von gemeinsamen Wertehaltungen im interdis. Team**
 - Recovery – Haltung, Bewusster Umgang mit FM -> Weiterbildungen, Modelle wie z.B. «7 Schritte Dialog».
- **Verbesserung der Statistik, Ausbau der Forschung**
 - ANQ, aussagekräftige, statistische Daten über FU's.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
