



# Offenes Behandlungskonzept und Reduktion von Zwang – Erfahrungen im Tessin

---

Q-Day 2018, Bern  
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

---

Im ganzen Kanton	730
In der CPC	500

Verhältnis  
Einweisungen/Zwangseinweisungen:

Im ganzen Kanton	25%
In der CPC	35%
Anteil kant. FU in CPC	73%



# Offenes Psychatriekonzept

---

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



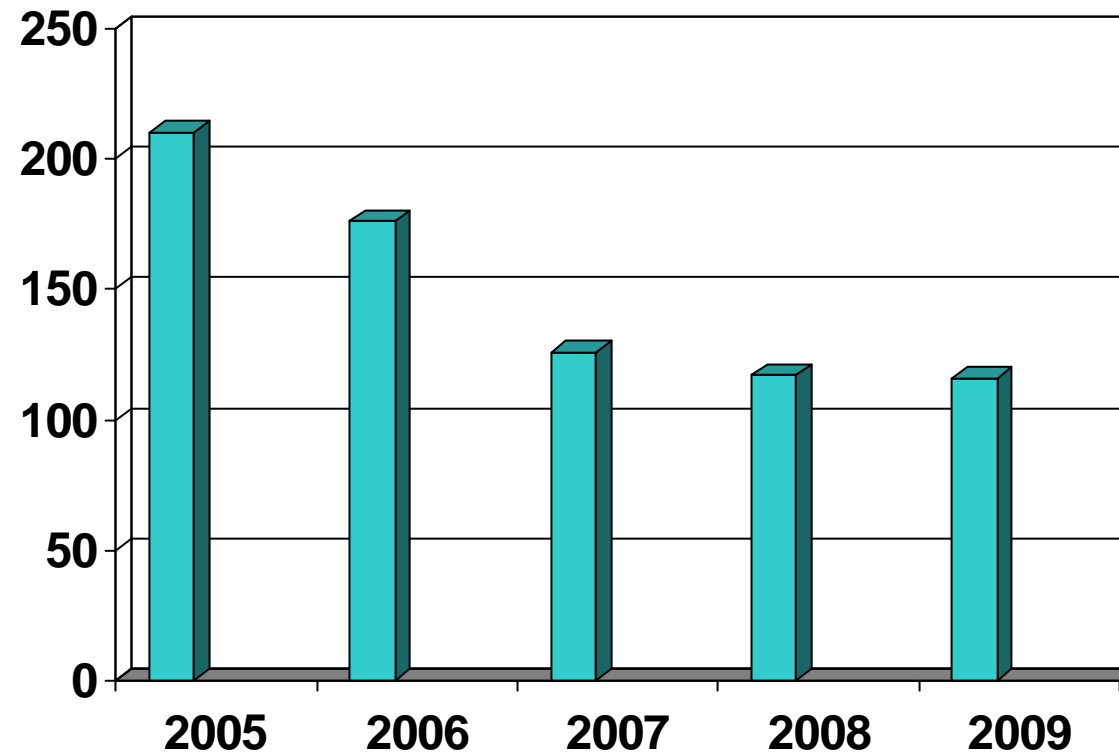
## Zwangsbehandlungen 2012 in CPC

---

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

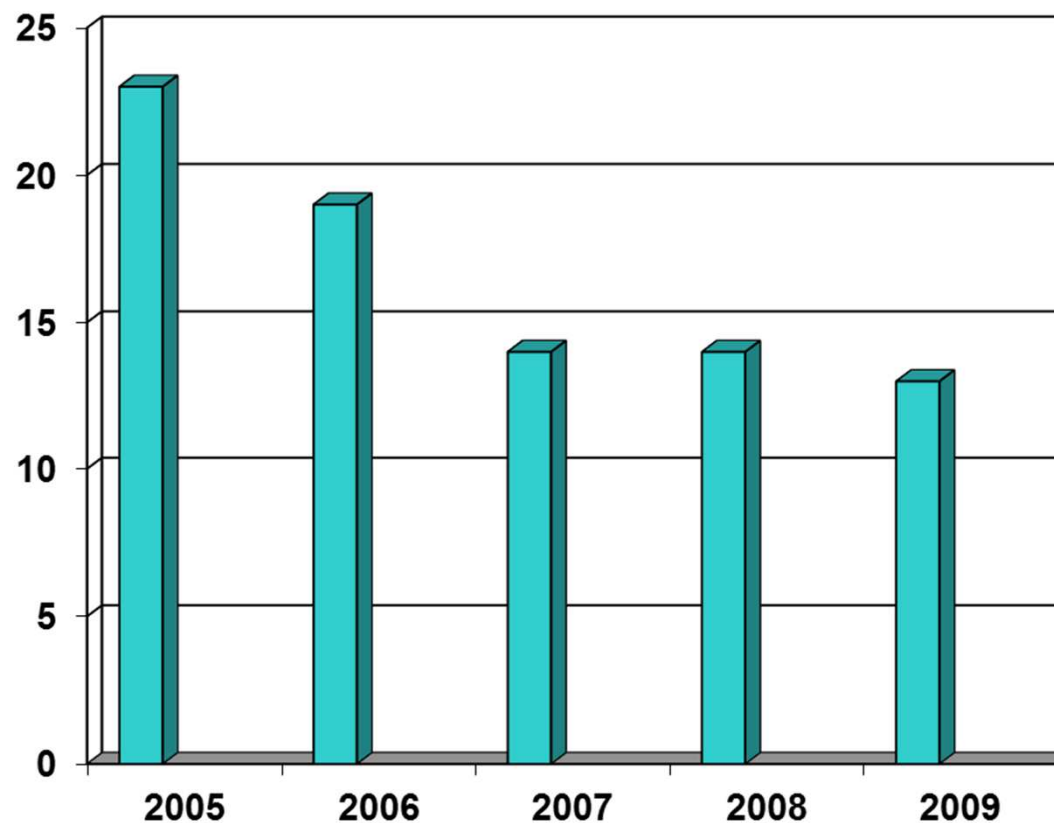
# Fixierte Personen 2005 - 2009 in der CPC

---



# % 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

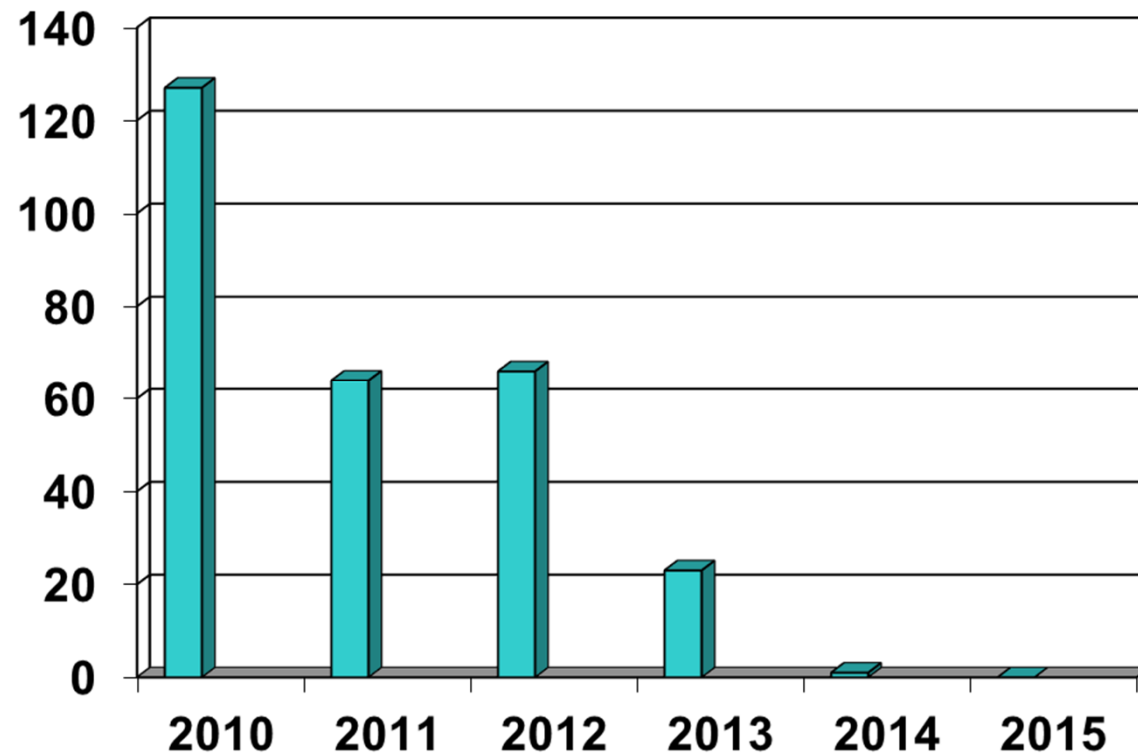
Gefahr der Vernachlässigung/Verwahrlosung des Patienten unter dem Deckmantel der Patientenautonomie

Vorgeschichte von Traumatisierung erhöht die Wahrscheinlichkeit von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie

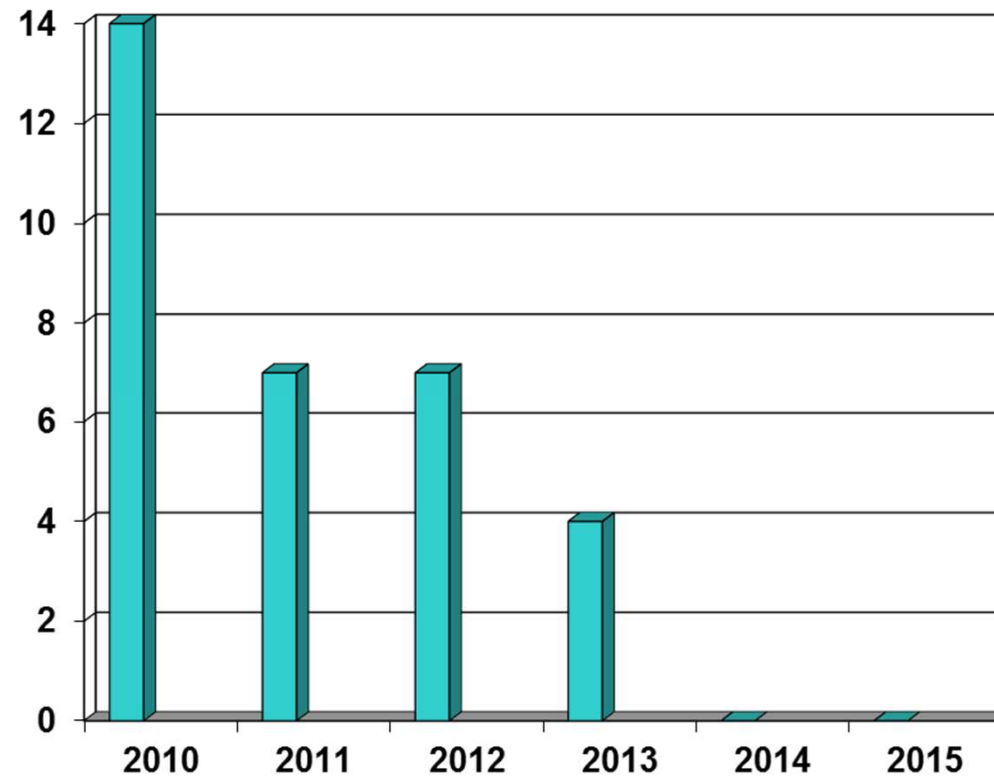
*Steinert et al. J Clin Psychiatry 2006*

# 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

2016 auch Versuch zur physischen Aggression dabei (32 im 2015, 35 im 2014)

## Anzahl Zwangsmedikationen po/im

---

	2014	2015	2016
<b>oral</b>	53	18	16
<b>i.m.</b>	154	142	161
<b>total</b>	207	160	177





## Suicide Patienten CPC

---

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