

LMU, München

25. Oktober 2013

Ist die Vorausplanung ein geeignetes Mittel, um Zwangsmaßnahmen vorzubeugen?

Raoul Borbé

Südwürttembergische Zentren für Psychiatrie

Abt. I Univ. Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie Ulm



ulm university universität
uulm



Südwürttemberg

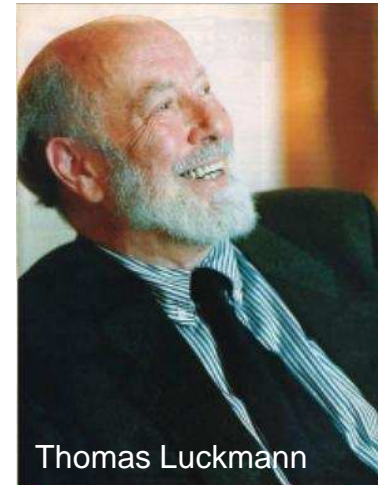




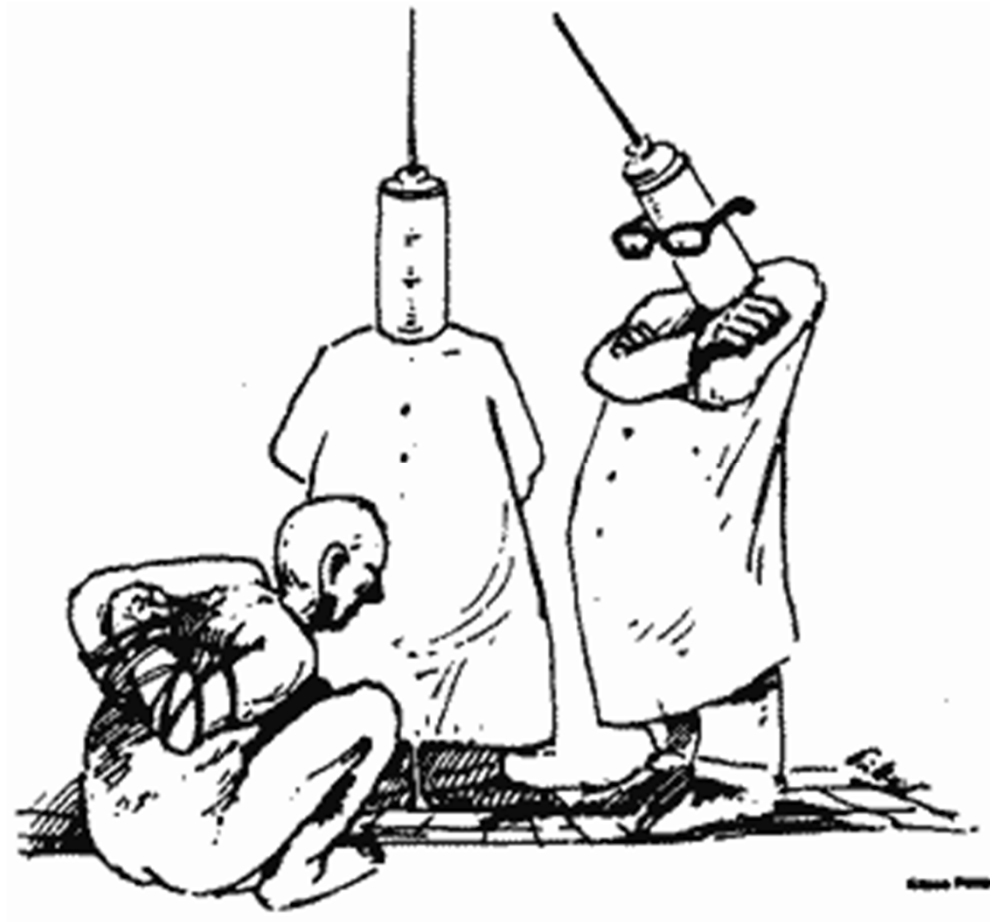
Subjektivität

Die gesellschaftliche Wirklichkeit wird von den Individuen durch ihre subjektive Wahrnehmung erst konstruiert und existiert nicht objektiv (unabhängig) von der Subjektivität.

Berger, Luckmann: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit, 1966



Zwangmaßnahmen



4 Grundprinzipien der medizinischen Ethik:

- Autonomy
- Beneficence (Gutes tun)
- Nonmaleficence (Schadensvermeidung)
- Fairness (Gerechtigkeit)

(Beauchamp und Childress 2009)

Patientenverfügung
Behandlungsvereinbarung

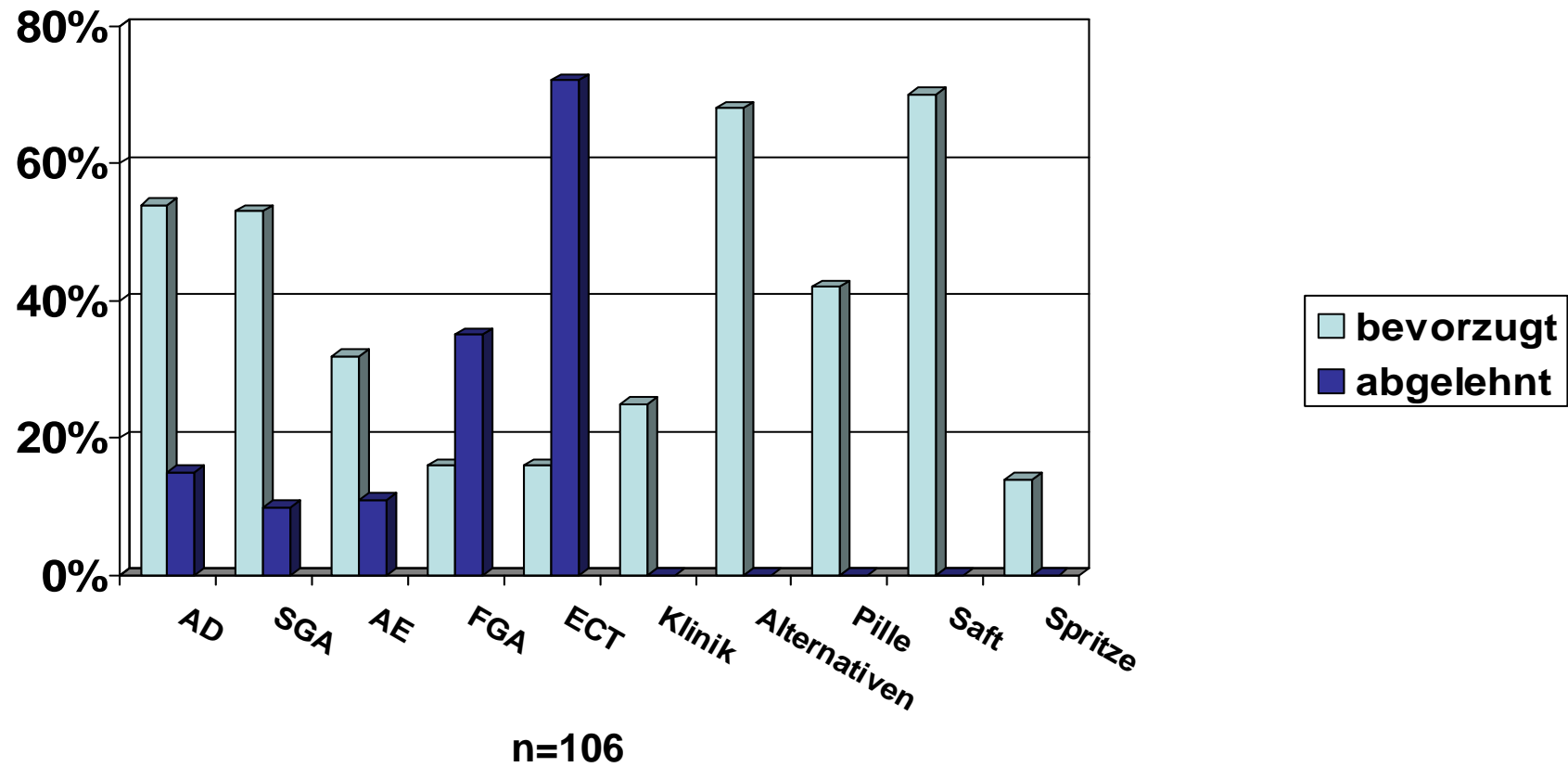


Patientenzentriert selbstbestimmt	>	Konsens	<	Institutionenzentriert Paternalistisch
Psych. Testament	Advance Directives	Behandlungsvereinbarung	Leitlinien unter Einbezug Betroffener	Leitlinien ohne Einbezug Betroffener
Psychiatric wills	Advance Statements	Joint-Crisis plans	Informed consent	Behandlungsvertrag
	Krisenpass Crisis Card	Advance Agreements		
	Ulysses contracts	Krisenplan		
	Self-binding-contract	Consent-in-advance		

Borbé et al.: Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie. Psychiat Prax 2009; 36:7-15

Content and Clinical Utility of Psychiatric Advance Directives

Srebnik et al.(2005) Psychiatr Serv 56; 592-598



Wirkfaktoren von Vorausverfügungen

- Betroffene werden motiviert sich vermehrt aktiv in die Therapie einzubringen
- Der sozial-interaktive Prozess stärkt das therapeutische Bündnis
- Ersatz für eine temporäre Einwilligung in eine Therapie, die eine Zwangsmaßnahme überflüssig machen kann
- Angabe subjektiver Vorstellungen, Wünsche und nicht gewünschter Maßnahmen im Falle einer akuten Krise verhindern unangemessene Reaktionsweisen in der Aufnahmesituation

Papageorgiou et al. 2002

	Advance directives group (n=79), n (%)	Control group (n=77), n (%)
Number of subsequent sections under Mental Health Act¹		
0	64 (81)	61 (79)
1	9 (11)	11 (14)
2	4 (5)	5 (6)
>2	2 (2)	0
Days on subsequent sections		
0	64 (81)	61 (79)
1-100	10 (13)	14 (18)
101-365	5 (6)	2 (2)
Days as an in-patient on a subsequent voluntary admission		
0	52 (66)	49 (64)
1-100	20 (25)	22 (29)
101-200	6 (7)	5 (6)
201-365	1 (1)	1 (1)
Number of patients readmitted voluntarily	13 (16)	12 (16)

1. Grouped medians: advance directives group 0.2 (range 0-4), control group 0.22 (range 0-2).

- RCT
- 156 Patienten
- 12 Monate
- Primäres Zielkriterium: zwangsweise Wiederaufnahme

Papageorgiou A, King M, Janmohamed A, Davidson O, Dawson J (2002) Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness. *Brit J Psychiatry* 181: 513-519

Henderson et al. 2004

- single-blinded randomised controlled trial
- 160 patients (F2, F31)
- Primary outcome: Aufnahme in der Klinik, Verweildauer

Table 3 Hospital admission and use of the Mental Health Act 1983

	Intervention group (n=80)	Control group (n=80)	Test statistic*	P value
Missing data	0	1	—	—
No (%) patient admitted at least once	24 (30)	35 (44)	3.25	0.07
Mean (median) No of bed days†:				
Whole sample	32 (0)	36 (0)	1.52	0.15
Those admitted	107 (75)	83 (48)	0.74	0.39
No (%) of patients with at least one compulsory admission	10 (12.5)	21 (26.5)	4.84	0.03
Mean (median) time on section (days):				
Whole sample	14 (0)	31 (0)	4.13	0.04
For those on section	114 (104)	117 (99)	0.00	0.98

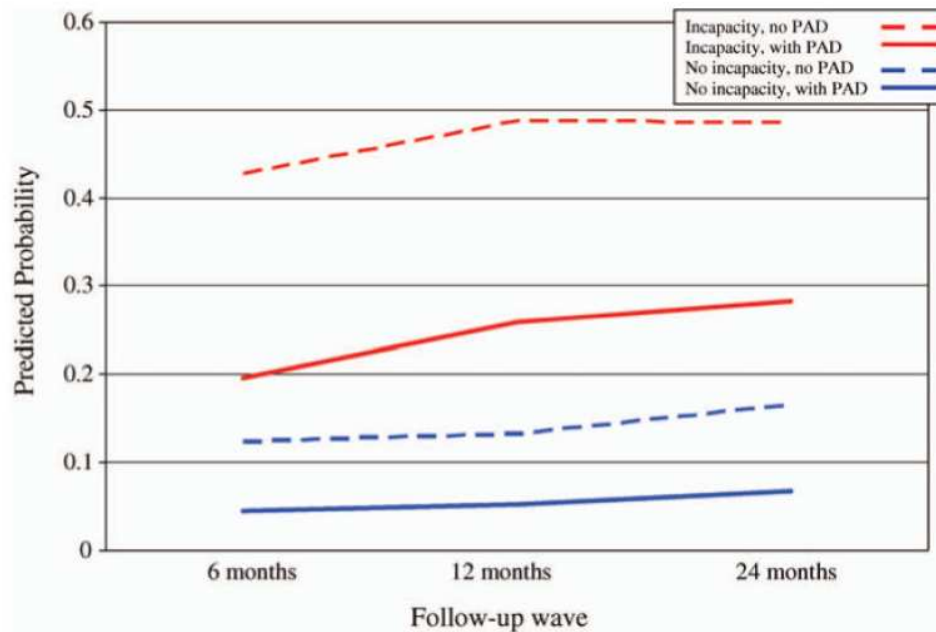
* χ^2 values from Mann-Whitney tests, except proportions admitted or on section, which were from Pearson's χ^2 tests.

†For 34 participants in control group because of missing data.

Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G (2004) Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 329: 136-140

Swanson et al. 2008

- Randomisiert-kontrollierte Studie (147/92)
- 24 Monate Nachbeobachtung
- Hauptoutcomeparameter: jegliche CCI (coercive crisis interventions)



Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB et al. (2008) Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. *J Ment Health*; 17: 255-267

Swanson et al. 2008

Longitudinal effects of PADs on frequency of coercive crisis interventions (CCIs) over 24 months: General Estimating Equations (GEE) repeated-measures Poisson regression analysis

	Odds of Coercive Crisis Interventions			
	Bivariate associations		Adjusted multivariate model ²	
	OR	95% CI	OR	95% CI
<i>Independent variables</i>				
Time (month)	0.99	(0.95-1.03)	1.00	(0.96-1.04)
Baseline history of coercive crisis interventions	1.36	(1.14-1.63)***	1.21	(1.04-1.40)*
Baseline PAD selection propensity score ¹	0.20	(0.06-0.74)*	0.77	(0.19-3.12)
Completed Facilitated PAD	0.38	(0.20-0.74)**	0.50	(0.26-0.98)*
<i>Time variant covariates</i>				
Episode of decisional incapacity within period	3.61	(1.84-7.09)***	2.61	(1.43-4.75)**
Global assessment of functioning (GAF) score in period	0.92	(0.87-0.97)**	0.95	(0.91-0.99)*
Statistical significance: * <i>p</i> <0.05; ** <i>p</i> <0.01; *** <i>p</i> <0.001			Model information: N=446 person-period observations DF=439 Log likelihood=-206.57	

¹ Baseline variables in the propensity score included: age, D-CAT-PAD reasoning scale, DAI medication problem subscale, TMQ internal motivation subscale, and history of victimization. Propensity variables were selected by conducting a staged multivariable logistic regression analysis predicting PAD completion.

² Other covariates were tested but eliminated from the model as nonsignificant. These included demographics (race, sex), diagnosis, and substance abuse.

Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB et al. (2008) Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. *J Ment Health*; 17: 255-267

Thornicroft et al. 2013

- CRIMSON study (CRisis plan IMPact: Subjective and Objective coercion and eNgagement)
- 569 Teilnehmer

	Control group (n=280)	JCP group (n=267)	Odds ratio (95% CI)	p value
At least one period of compulsory admission	56 (20%)	49 (18%)	0.90 (0.59 to 1.38)	0.63
At least one admission (compulsory or voluntary)	81 (29%)	77 (29%)	1.00 (0.69 to 1.44)	0.98
Duration of compulsory admissions (days)*				
Mean (SD)	20.6 (73.4)	22.3 (72.0)	2.21 (-10.01 to 14.43)†	0.72
Median (range)	0 (0-600)	0 (0-507)	..	0.53
Duration of admissions (days)*				
Mean (SD)	26.4 (76.2)	29.5 (75.7)	3.04 (-9.72 to 15.81)	0.64
Median (range)	0 (0-600)	0 (0-507)	..	0.92
Number of admissions*				
Mean (SD)	0.48 (0.92)	0.51 (1.01)	1.06 (0.84 to 1.35)‡	0.61
Median (range)	0 (0-6)	0 (0-7)	..	0.96

JCP=joint Crisis Plan. * Summary data for entire sample including those who were not admitted during the follow-up period. †Difference (95% CI). ‡Rate ratio (95% CI).

Table 2: Summary of admission outcomes at follow-up

Thornicroft G, Farrelly S, Szukler G et al. (2013) Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. Lancet 381, online March 26

Evidenz

	Papageorgiou 2002	Henderson 2004/06	Rittmannsb. 2006	Swanson 2008	Khazaal 2009	Thornicroft 2013
Wiederaufnahme	●	↓	↓		↓	●
Kumulierte Aufenthaltsdauer	●	●	↓		↓	●
Nach UBG/ Mental Health Act	●	↓	↓		↓	●
Anwendung von Zwang				↓	↓	●
Zufriedenheit	●			↑		
Kosten		↓				

Papageorgiou et al. (2002) Brit J Psychiatry 181:513-519 und (2004) J Mental Health 13:379-388

Henderson et al. (2004) BMJ 329:136-140 und Flood et al. (2006) BMJ 33:729

Rittmannsberger et al. (2006) Psychiatr Prax 33:95-98

Swanson et al. (2008) J Mental Health 17:255-267

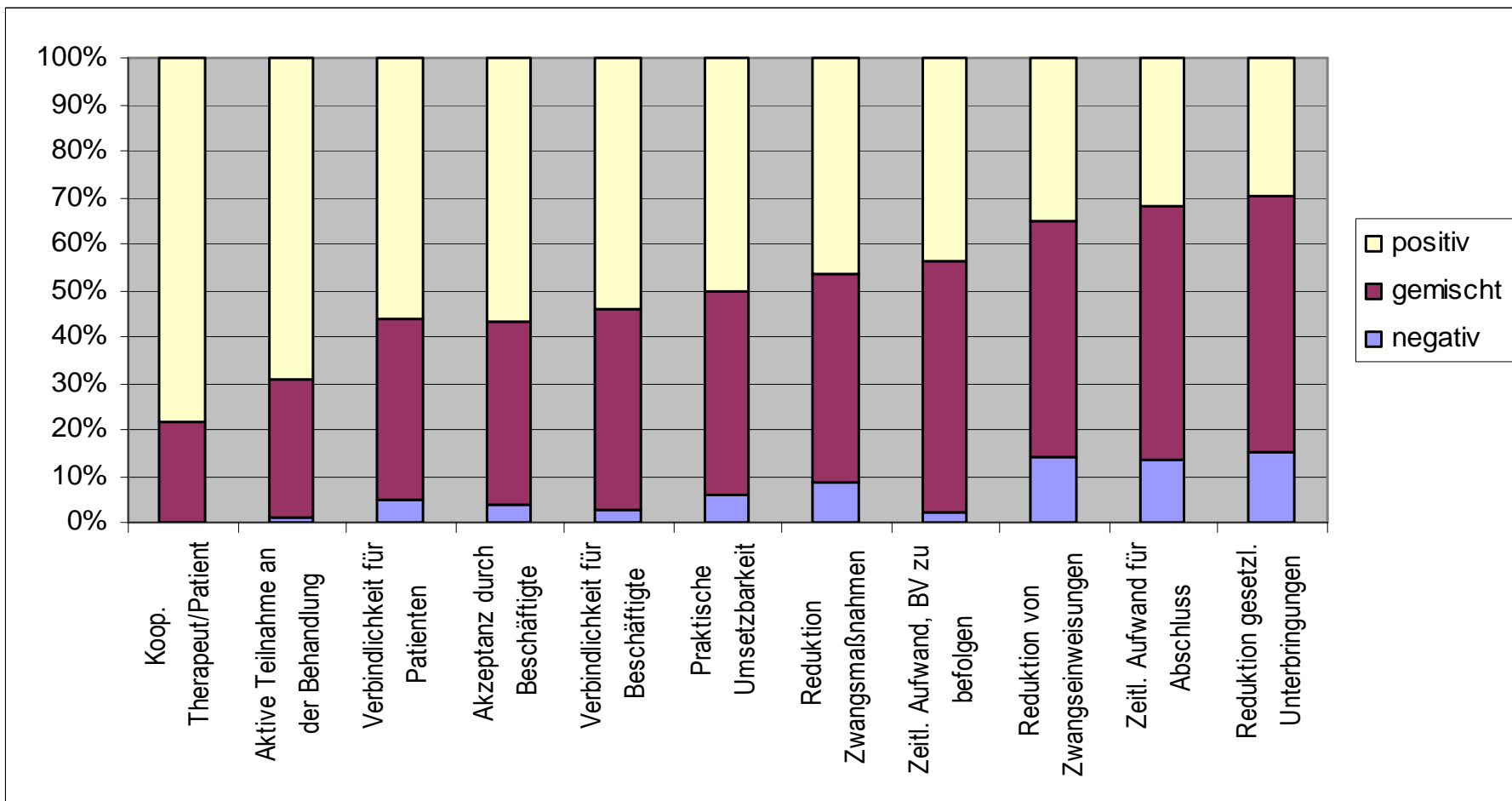
Khazaal et al. (2009) Patient Educ Couns 74:35-38

Thornicroft et al. (2013) Lancet 381: online March 26

Hindernisse für die Einführung einer Behandlungsvereinbarung

Hindernisse für Einführung einer BV	Angabe in % (n=55 Kliniken)
Mangelnde Nachfrage seitens der Pat.	72,7
Umsetzbarkeit individueller BV im klin. Alltag	43,6
keine Nachfrage seitens der Klinik	41,8
Bürokratischer/organisatorischer Mehraufwand	38,2
Schwerpunkt auf anderen Instrumenten	38,2
Ärztlicher/therapeutischer Mehraufwand	27,3
Verbindlichkeit indiv. BV für Ärzte/Therapeuten	23,6
BV stehen evtl. im Widerspruch zu Zwangsmaßnahmen	23,6
Einsehbarkeit/Verfügbarkeit der BV	21,8
Verbindlichkeit indiv. BV für Patienten	14,5
BV nicht immer vereinbar mit Therapieleitlinien	14,5
Patienten können die Tragweite der BV nicht erfassen	12,7
Sonstige Gründe	7,3

Erfahrungen der Kliniken mit der Anwendung von Behandlungsvereinbarungen (n=115)



Borbé et al.: Anwendung von psychiatrischen Behandlungsvereinbarungen in Deutschland – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Nervenarzt 2012; 83:638-643

Patientenverfügung

Akzeptanz von Patientenverfügungen:

- 3% grundsätzlich nicht akzeptiert
- 40% unter bestimmten Bedingungen
- 53% grundsätzlich akzeptiert

Instrument	Yes	No	Unsure
Joint crisis plans	23%	27%	44%
Psychiatric advance directives	11%	26%	55%

Table 4: "Do you think joint crisis plans and advance directives lead to a reduction of involuntary hospital admissions and compulsory treatment?" (n=94, each with single response)

Autonomy does not have to mean being independent, it could include having improved relationships between patients and clinicians, ensuring that communication is enhanced and that there is more appropriate sharing of ideas and making realistic choices, whether to preferred treatment or to the options and consequences of reduced treatment.

Jacqueline M. Atkinson, 2007