



9. Forum des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) GZ/NU am 24.10.2019 in Günzburg

Impulsreferat 1: Seelische Krisen und psychiatrische Notfälle aus medizinischer Sicht

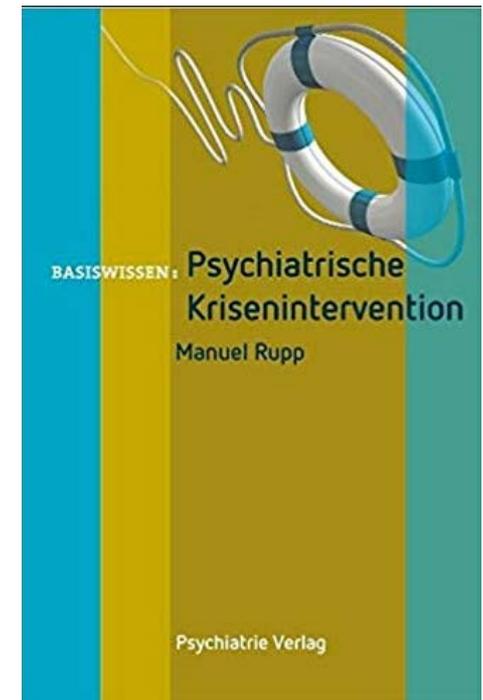
Thomas Becker

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg



Psychosoziale Krisen

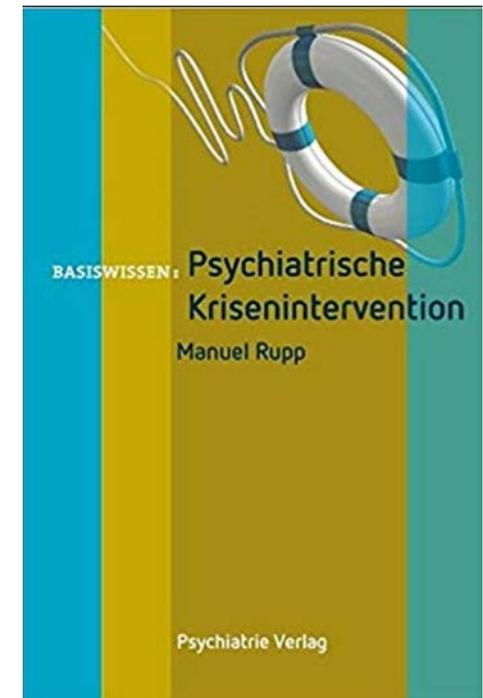
- Reaktionen auf außerordentliche äußerliche Belastungssituationen (traumatische Erlebnisse)
- Krisen sind „normale“ Durchgangsstadien im Leben und Zeichen von Veränderungsprozessen
- Krisen können zu Missverhältnis zwischen persönlichen Belastungen und Ressourcen führen
- Erhöhte seelische und körperliche Anspannung während psychischer Krise (ungewohnte Beanspruchung zu bewältigen)





Psychosoziale Krisen

- Krisenbewältigung wird erschwert bei
 - schweren belastenden Ereignissen (z.B. Kriegserfahrungen)
 - reduzierter psychischer Belastbarkeit/ weniger psychischen Ressourcen
 - Zusatzbelastung durch psychische Erkrankung, ihre Behandlung (z.B. durch Medikamente) und ihre Folgen (z.B. innere Umorientierung nach Psychotherapie)
 - problemverstärkendem Verhalten (z.B. Alkoholkonsum)
 - weiteren, äußerlichen Belastungen durch Beziehungskonflikte
 - Ressourcenmangel (z.B. finanzielle oder soziale Not)
- ➔ Professionelle Hilfe wird dann nötig, wenn Krisen nicht mehr mit eigenen Ressourcen oder mit Hilfe des sozialen Umfelds bewältigt werden können
- ➔ Krisenintervention zielt auf Mobilisierung zusätzlicher psychophysischer Ressourcen ab





Psychosoziale Krisen versus Notfälle

Krise	Notfall
<p>Psychisches Gleichgewicht gefährdet → vermindert belastbar → kann ohne psychischen Gleichgewichtsverlust gemeistert werden</p>	<p>Verlust des psychischen Gleichgewichts → Selbst-/ Fremdgefährdung</p>
<p>Kommunikationsfähig und kooperationsbereit, fähig und bereit, Vereinbarungen mit Krisenhelfer zu treffen/ Verantwortung zu übernehmen</p>	<p>Nicht kommunikationsfähig, unberechenbar, unzuverlässig, nicht kooperativ</p>
<p>→ Krisenintervention: Beratung in flexiblem Setting (z.B. ambulant, Hausbesuch)</p>	<p>→ Notfallintervention: Direkte Intervention, evtl. Zwang, höchste Betreuungspriorität</p>



Psychosoziale Krisen im BayPsychKHG (Juli 2018)

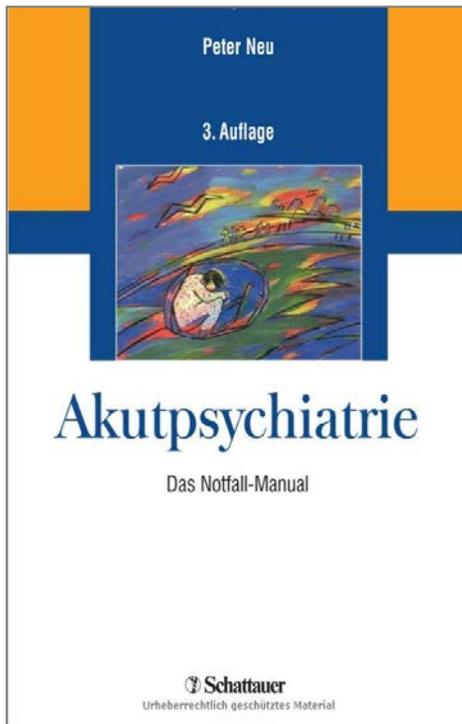
Art. 1

Krisendienste

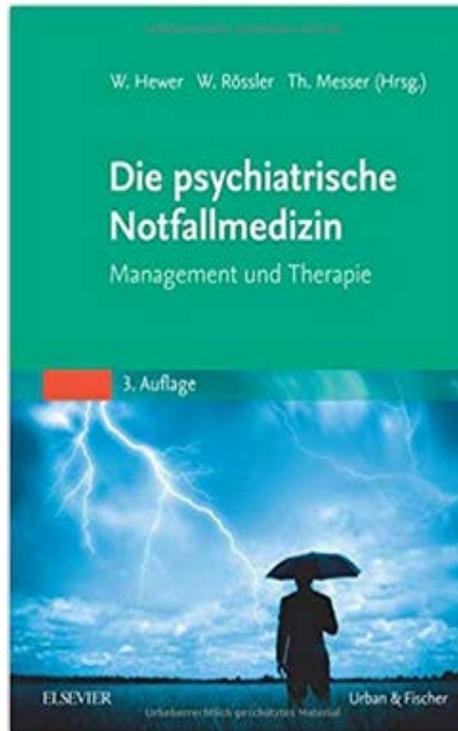
(1) ¹ Die Bezirke sollen selbst oder durch Beauftragte psychosoziale Beratungs- und Hilfeangebote für Menschen in psychischen Krisen (Krisendienste) errichten, betreiben und bedarfsgerecht weiterentwickeln. ² Sie erledigen diese Aufgabe im eigenen Wirkungskreis. ³ Jede hilfesuchende Person kann sich im Rahmen des vorgehaltenen Angebots an die Krisendienste wenden.

(2) ¹ Die Krisendienste umfassen jeweils eine Leitstelle und, daran angegliedert, mobile Fachkräfte des Krisendienstes, die auf Anforderung durch die Leitstelle vor Ort tätig werden. ² Die Leitstellen sind unter einer bayernweit einheitlichen Rufnummer rund um die Uhr erreichbar. ³ Im Bedarfsfall vermitteln die Krisendienste ambulante oder stationäre Versorgungsangebote.

- BayPsychKHG definiert psychische Krisen nicht eindeutig
- BayPsychKHG legt den Fokus hauptsächlich auf Maßnahmen bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung
- Krisendienste als zentrale Anlaufstelle bei psychischen Krisen
- Krisendienste als „Elemente der Versorgungskette“ mit Anspruch der Prävention und Bahnung des Wegs in geeignete Versorgungsstrukturen



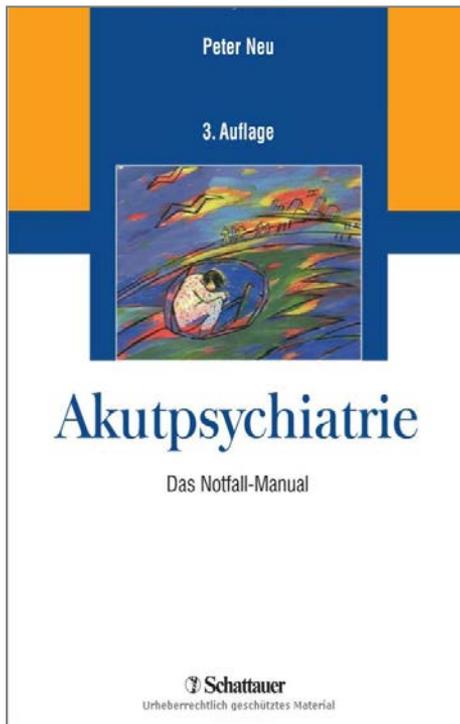
Neu 2016



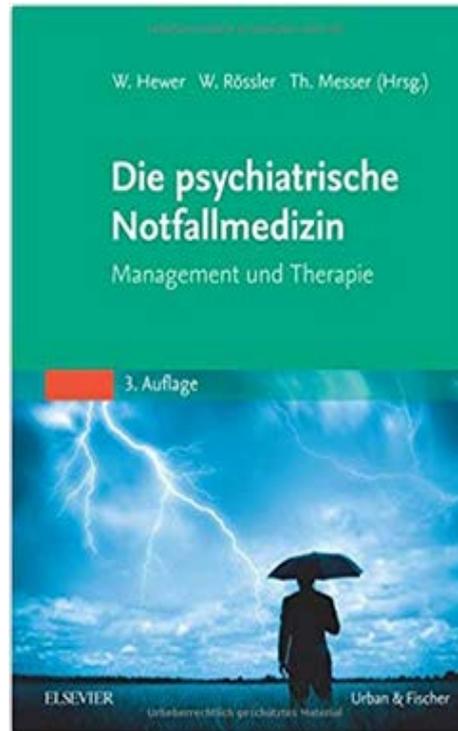
Hoyer et al 2017

Psychiatrische Notfälle

- Notärzte: ca. 500.000 Patienten/ Jahr
- Notambulanzen: ca. 1,5 Mio Patienten/ Jahr
- Stationäre Aufnahmen: ca. 500.000 Patienten/ Jahr
- Häufigste Ursachen: Intoxikationen, Erregungszustände, Suizidalität



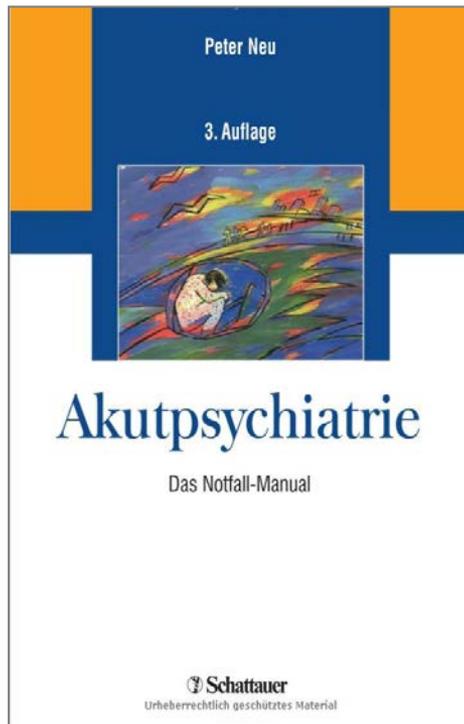
Neu 2016



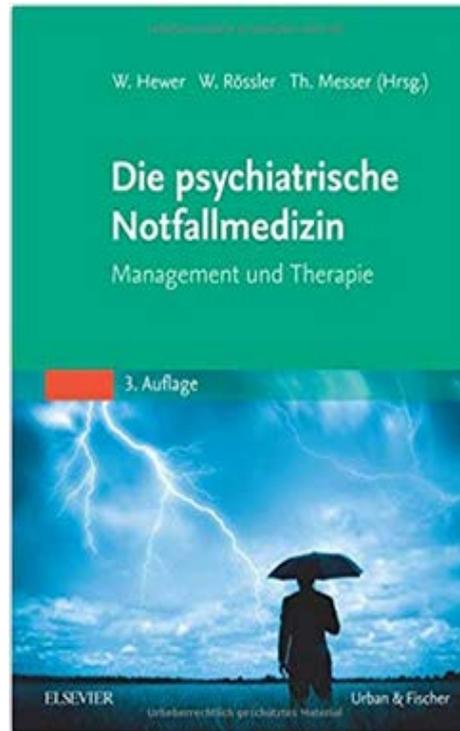
Hoyer et al 2017

Kenntnisse zu psych. Notfällen

- Sicherheit in psychodiagnostischen Standards/ psychopathologischer Diagnostik
- Somatisch-medizinische Kenntnisse
- Kenntnisse in verbaler Krisenintervention
- Sicherheit im Umgang mit Notfallmedikamenten
- Kenntnisse der juristischen Rahmenbedingungen
- Eingespielte/ geübte Strategien im Team zur Notfall-/ Krisenbewältigung
- Sicherheitstraining zum Eigenschutz



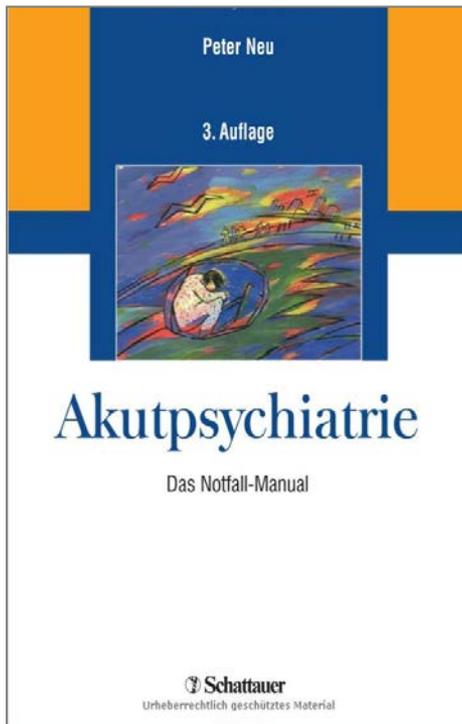
Neu 2016



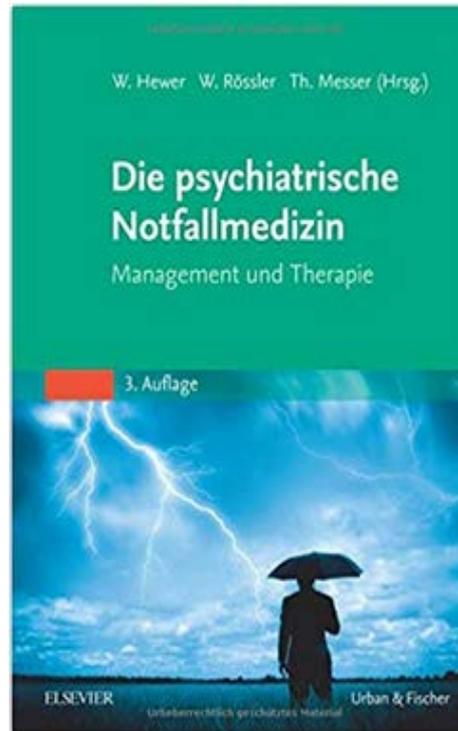
Hoyer et al 2017

Definition

- Notfall liegt vor, wenn plötzlich und unerwartet wesentliche gesundheitliche Schädigung zu befürchten ist, die unverzüglich in besonderer Behandlungseinrichtung (z. B. Krankenhaus) versorgt werden muss, auch wenn noch keine unmittelbare Lebensgefahr besteht, und bei der eine Versorgung durch niedergelassene Ärzte definitiv nicht ausreicht.
- Psychiatrischer Notfall = med. Situation, in der akutes Auftreten/ Exazerbation psychischer Störung zu unmittelbarer Gefährdung von Leben/ Gesundheit des Betroffenen u./od. seiner Umgebung führt und die sofortiger Diagnostik und/oder Therapie bedarf



Neu 2016



Hoyer et al 2017

Notfallpsychiatrisch relevante Störungen und Syndrome

- Suizidalität
- Erregungszustände
- Delir - Bewusstseinsstörungen und Verwirrtheit
- Intoxikationen und andere substanzbedingte Störungen
- Paranoid-halluzinatorisches Syndrom
- Manisches Syndrom
- Stupor und Katatonie
- Angststörungen
- Psychosoziale Krisen und Traumatisierung
- Anorexie



... und DGPPN S2k-Leitlinie

publiziert bei  **AWMF online**
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“

(Stand: 13.04.2019)

AWMF-Registernummer: 038-023

Federführende Fachgesellschaft:

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Konsentierende Fachgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

Autorengruppe:

Mitglieder des Referats Notfallpsychiatrie der DGPPN unter Federführung von:

Prof. Dr. med. Frank-Gerald Pajonk

Prof. Dr. med. Thomas Messer

Prof. Dr. med. Horst Berzewski

Koordination und Redaktion:

Leitlinienkoordinator: Prof. Dr. med. Frank-Gerald Pajonk,
Praxis Isartal, Kloster Schäftlarn 8, 82067 Kloster Schäftlarn

Ko-Koordinator: Prof. Dr. med. Thomas Messer
Danuvius Klinik, Krankenhausstr. 68, 85276 Pfaffenhofen

Inhaltsverzeichnis

1	Präambel	7
2	Abkürzungen	8
3	Einführung	11
3.1	Hintergrund der Leitlinie und Problemstellung	11
3.1.1	Definition des psychiatrischen Notfalls.....	12
3.1.2	Häufigkeit psychiatrischer Notfälle	15
3.1.3	Notfallpsychiatrisch relevante Störungsbilder und Situationen	18
3.1.4	Datenlage zur notfallpsychiatrischen Versorgung in den unterschiedlichen Versorgungssektoren	20
3.2	Schwierigkeiten bei der Durchführung von Untersuchungen in der Notfallpsychiatrie	25
3.3	Ziele der Leitlinie	26
3.4	Zielgruppen und Geltungsbereich	26
4	Methoden der Leitlinie	28
4.1	Definition und Aufgaben von Leitlinien	28
4.2	Auftraggeber	29
4.3	Autorengruppe	29
4.4	Konsentierende Fachgesellschaften	31
4.5	Beteiligung von Patienten und Angehörigen	33
4.6	Methodik der Leitlinienerstellung	33
4.7	Interessenkonflikte	35
4.8	Finanzierung der vorliegenden Leitlinie	35
4.9	Verabschiedung der Leitlinie	36
4.10	Gültigkeitsdauer, Aktualisierung, Ansprechpartner	36
5	Notfallpsychiatrisch relevante Syndrome und Störungen	37
5.1	Bewusstseinsstörungen, Verwirrheitszustände	37
5.2	Delir	39



Crisis

The Journal of Crisis Intervention
and Suicide Prevention

Published under the auspices of the International Association for Suicide
Prevention (IASP)





Samaritans (charity)

From Wikipedia, the free encyclopedia

*"The Samaritans" redirects here. For the ethnoreligious group, see Samaritans. For other uses, see Samaritan (disambiguation).
Not to be confused with Samaritan's Purse.*

Samaritans is a registered **charity** aimed at providing emotional support to anyone in **emotional distress**, struggling to cope, or at risk of **suicide** throughout the **United Kingdom** **helpline**. Although Samaritans is a secular organisation, the name is derived from the **Biblical Parable of the Good Samaritan**.^[6]

[https://en.wikipedia.org/wiki/Samaritans_\(charity\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Samaritans_(charity))



Ireland Scotland Wales Central office About us Our branches Media centre

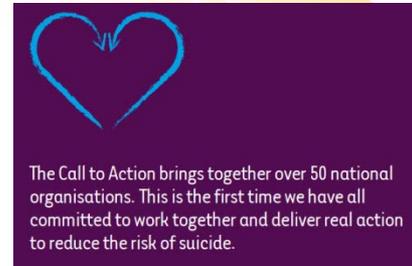
SAMARITANS PLEASE DONATE CONTACT US NOW

How we can help you In your community Volunteer with us Support us For business

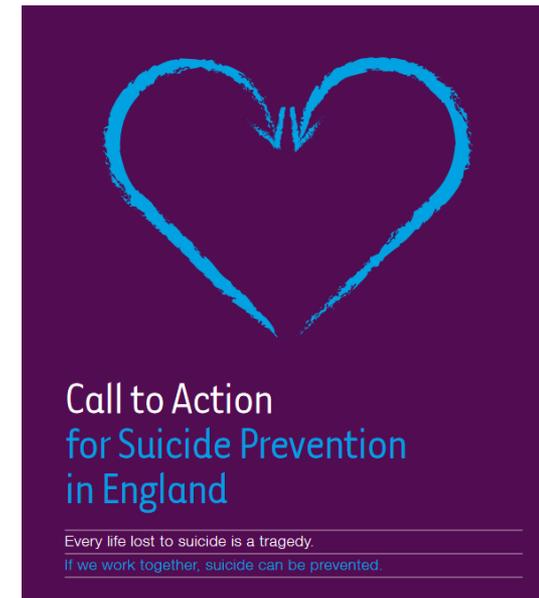
Home > Samaritans' policy and influencing work > National Suicide Prevention Strategies

NATIONAL SUICIDE PREVENTION STRATEGIES

The UK and the Republic of Ireland have national suicide prevention strategies to reduce suicide. Samaritans wants to make these as effective as possible.



The Call to Action brings together over 50 national organisations. This is the first time we have all committed to work together and deliver real action to reduce the risk of suicide.



Call to Action for Suicide Prevention in England

Every life lost to suicide is a tragedy.
If we work together, suicide can be prevented.



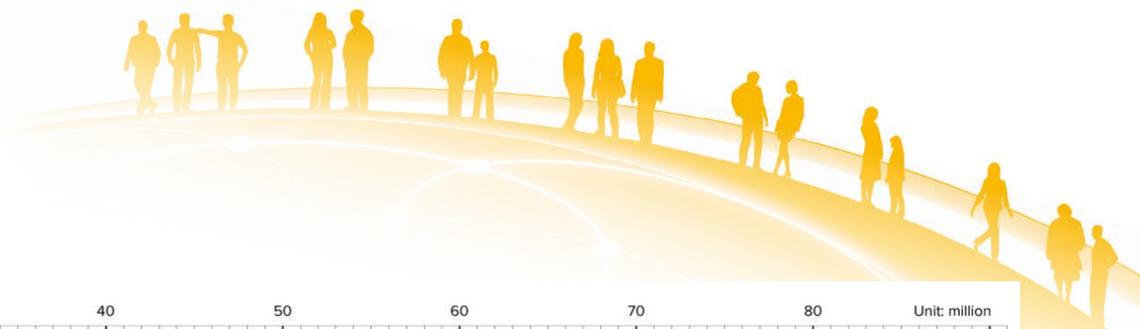
Gliederung

1. Psychiatrische Interventionen für Geflüchtete
2. Psychosoziale Hilfsangebote nach Katastrophenereignissen
3. Katastrophen- und Krisendienste im Rahmen regulärer Versorgung
4. Psychiatrische Soforthilfedienste/ Crisis intervention and home treatment
5. Suizidprävention/ Samaritans
6. Diskussion



Gliederung

1. **Psychiatrische Interventionen für Geflüchtete**
2. Psychosoziale Hilfsangebote nach Katastrophenereignissen
3. Katastrophen- und Krisendienste im Rahmen regulärer Versorgung
4. Psychiatrische Soforthilfedienste/ Crisis intervention and home treatment
5. Suizidprävention/ Samaritans
6. Diskussion



65.6 million
forcibly displaced people worldwide

Refugees
22.5 million
17.2 million under UNHCR mandate
5.3 million Palestinian refugees registered by UNRWA

Stateless people
10 million

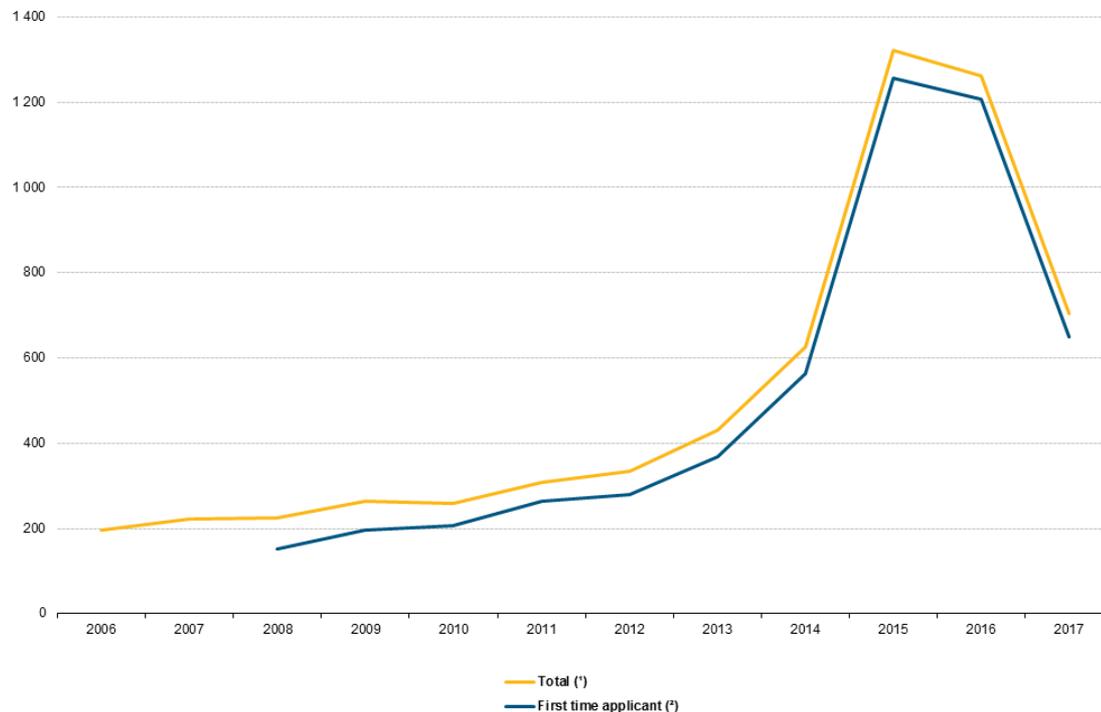
Refugees resettled
189,300 in 2016

Gastgeberländer

Turkey	2.9 million
Pakistan	1.4 million
Lebanon	1.0 million
Islamic Republic of Iran	979,400
Uganda	940,800
Ethopia	791,600
Europe (without Turkey)	2.3 million



Asylanträge (Nicht-EU-Bürger) in 28 EU-Mitgliedsstaaten 2006–2017 (in 1000)



(*) 2006 and 2007: EU-27 and extra-EU-27.

(†) 2006 and 2007: not available.

Source: Eurostat (online data codes: migr_asycz and migr_asyappctza)



Evidenz für Behandlung psychischer Störungen bei Flüchtlingen

- Keine spezifische wissenschaftliche Evidenz für die meisten psychischen Störungen
- Einige Evidenz für PTSD-Behandlung

 **PLOS** | ONE

RESEARCH ARTICLE

Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis

Michela Nosè¹, Francesca Ballette¹, Irene Bighelli¹, Giulia Turrini¹, Marianna Purgato¹, Wietse Tol², Stefan Priebe³, Corrado Barbui^{1*}

- Psychosoziale Interventionen sind effektiv in der Reduktion von PTSD-Symptomen (NNT=4-5)
- Stärkste Evidenz für narrative Expositionstherapie



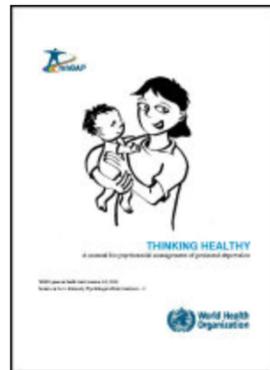
Wie gelingt sog. scale up? Niedrig intensive Interventionen

Thinking Healthy

A manual for psychological management of perinatal depression

Authors:

World Health Organization



Publication details

Number of pages: 180
Publication date: 2015
Languages: English; Spanish and Turkish.
WHO reference number: WHO/MSD /MER/15.1

Downloads

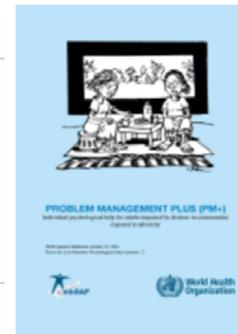
- English
- Spanish 
- Turkish

Problem Management Plus (PM+)

Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity

Authors:

World Health Organization



Publication details

Number of pages: 140
Publication date: 2016
Languages: Arabic; Chinese; English; Japanese; Spanish and Urdu
WHO reference number: WHO/MSD /MER/16.2

Downloads

- Arabic
- Chinese
- English
- Japanese
- Spanish
- Urdu



Wie gelingt sog. scale up? E- Health-Angebote

The screenshot shows the homepage of the website 'Online Psychotherapy Ilajnafsy'. The header includes the logo with Arabic text 'علاج نفسي عبر الإنترنت' and 'Online Psychotherapy Ilajnafsy', a search icon, and a navigation menu with links for HOME, ONLINE THERAPIES, SCIENCE, ABOUT US, and CONTACT. The main content area features a large image of two hands reaching towards each other, with a blue overlay on the right containing the text: 'WELCOME TO ILAJNAFSY WEB-BASED PSYCHOTHERAPY IN ARABIC'.



Evidenz für web-basierte Interventionen für Flüchtlinge

- RCT web-basierte PTSD-Behandlung vs Wartelisten-Kontrollgruppe bei Arabisch sprechenden Patienten
- 10 Sitzungen, 2 wöchentliche schriftliche Hausaufgaben
Individuelles Feedback durch geschulte Therapeuten
- Effektgröße $d=0.9$ (ITT)
- Drop-out-Rate 41% *(Knaevelsrud et al 2015)*
- RCT einer angeleiteten, Selbsthilfe-Problemlösungs-Intervention für Migranten mit Depression in den Niederlanden
- Kein signifikanter Unterschied zwischen experimenteller und Wartelisten-Kontrollgruppe bei post-Interventions-Untersuchung
- Drop-out-Rate 42% *(Ünlü Ince 2013)*



Gliederung

1. Psychiatrische Interventionen für Geflüchtete
2. **Psychosoziale Hilfsangebote nach Katastrophenereignissen**
3. Katastrophen- und Krisendienste im Rahmen regulärer Versorgung
4. Psychiatrische Soforthilfedienste/ Crisis intervention and home treatment
5. Suizidprävention/ Samaritans
6. Diskussion



Psychosoziale Katastrophendienste

RESEARCH ARTICLE

Measuring and modelling the quality of 40 post-disaster mental health and psychosocial support programmes

Michel L. A. Dückers^{1,2,3*}, Sigridur B. Thormar⁴, Barbara Juen⁵, Dean Ajdukovic⁶,
Lindy Newlove-Eriksson⁷, Miranda Olf^{3,4}

OPSIC OPERATIONALISING
PSYCHOSOCIAL
SUPPORT IN CRISIS

- Befragung von Koordinatoren hinsichtlich Qualität psychosozialer Katastrophenmanagement-Programme
- Untersuchung bezieht sich auf große Katastrophen in EU-Ländern (Naturkatastrophen, Terroranschläge, Flugzeugabstürze, Zugunglücke, Massenpaniken, Amokläufe)
- Untersuchte Programme umfassen humanitäre Hilfe, Informationen für Betroffene, praktische (z.B. finanzielle) Hilfe, soziale und emotionale Unterstützung und psychisches Gesundheitsmanagement
- Qualitätsdomänen
 - Planung und Versorgungssysteme
 - Angewandte Maßnahmen und Interventionen
 - Psychosoziale Grundprinzipien
 - Allgemeine Bewertungskriterien



Schlussfolgerungen für psychosoziale Katastrophendienste

- bei besser elaborierter Planung und starken Versorgungssystemen besseres Outcome des psychosozialen Krisenmanagements
- Flexible Gestaltung der Kriseninterventions-Programme aufgrund von Kontextunterschieden und der spezifischen Bedarfe und Probleme Betroffener wichtig
- Koordination wichtig (national, gelegentlich international)
- “Brückenfunktion” der Krisenprogramme in der Überführung Betroffener in das reguläre psychiatrische Versorgungssystem, z.B. bei anhaltenden psychischen Problemen



Gliederung

1. Psychiatrische Interventionen für Geflüchtete
2. Psychosoziale Hilfsangebote nach Katastrophenereignissen
3. **Katastrophen- und Krisendienste im Rahmen regulärer Versorgung**
4. Psychiatrische Soforthilfedienste/ Crisis intervention and home treatment
5. Suizidprävention/ Samaritans
6. Diskussion



Katastrophen- und Krisendienste im Rahmen regulärer Versorgung

Psykososiale tiltak ved kriser og ulykker

Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 14 –2007
Kunnskapsoppsummering



- 29 RCTs zu den Effekten psychosozialer Interventionen auf die Entwicklung von Traumafolgestörungen, funktionellen Einschränkungen und Verhaltensstörungen
- Fokus: Ereignisse mit geringen Opferzahlen und wenigen traumatisierten Individuen, die durch das reguläre Versorgungssystem/ örtliche Dienste aufgefangen werden können (z.B. Verkehrsunfälle, Brände, Gewalttaten, sexueller Missbrauch)



Katastrophen- und Krisendienste im Rahmen regulärer Versorgung

- Keine Effekte von psychologischer Nachbereitung (Psychological Debriefing) im Vergleich zu Kontrollgruppen ohne Intervention
- KVT erbrachte stärkere Effekte im Vergleich zu anderen Interventionen (z.B. ein- oder mehrstündige Individual- oder Gruppenprogramme oder Beratungen) und Kontrollgruppen

KVT vs andere IV	Nach 3 bis 6 Monaten	Nach 9 Monaten	Nach 3 bis 4 Jahren
Relatives Risiko für PTBS-Diagnose	0,54	0,38	0,25

➔ Präventive Effekte nur für KVT bestätigt



Gliederung

1. Psychiatrische Interventionen für Geflüchtete
2. Psychosoziale Hilfsangebote nach Katastrophenereignissen
3. Katastrophen- und Krisendienste im Rahmen regulärer Versorgung
4. **Psychiatrische Soforthilfedienste/ Crisis intervention and home treatment**
5. Suizidprävention/ Samaritans
6. Diskussion



Psychiatrische Soforthilfedienste

- Geringer Zugang zur ambulanten psychiatrischen Akutversorgung bei psychischen Krisen
- ➔ weitere Verschlechterung der psychischen Gesundheit
- bei langer Wartezeit auf Behandlung
- ➔ Überbeanspruchung von ambulanten Notdiensten bei
- Krisen, die keine Notfälle sind
- Psychiatrische Soforthilfedienste :
 - schneller Zugang zur psychiatrischen Begutachtung und Behandlung
 - Stabilisierung des Patienten
 - Eskalation akuter Krisen verhindern
- **Wie sollen Soforthilfeprogramme designt werden, um die**
- **bestmögliche Behandlung zu gewährleisten?**





Systematic Review

Urgent Psychiatric Services: A Scoping Review

Nadiya Sunderji, MD¹; Jason Tan de Bibiana, MSc²; Vicky Stergiopoulos, MD, MHSc³

¹ Staff Psychiatrist and Medical Director, Ambulatory Care, St Michael's Hospital, Toronto, Ontario; Assistant Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Ontario.

Correspondence: 30 Bond Street, St Michael's Hospital, Toronto, ON M5B 1W8; sunderjin@smh.ca.

² Research Coordinator, St Michael's Hospital, Toronto, Ontario.

³ Clinician Scientist, Centre for Research on Inner City Health, Li Ka Shing Knowledge Institute, Toronto, Ontario; Psychiatrist-in-Chief, St Michael's Hospital, Toronto, Ontario; Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Ontario.

- Vergleich von 10 Soforthilfedienst-Programmen
- Insgesamt positive Effekte der Programme auf psychische Gesundheit, Selbstwirksamkeit, Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden
- Keine Effekte auf generelles Funktionsniveau oder Suizidalität
- Verbesserung von Versorgungszugang und –inanspruchnahme
- Verringerung der Wartezeit auf Behandlung von 4-6 Wochen auf 12 Tage
- Verringerung von Überweisungen an den psychiatrischen Bereitschaftsdienst und weniger nächtliche Klinikeinweisungen



Schlussfolgerungen für psychiatrische Soforthilfedienste

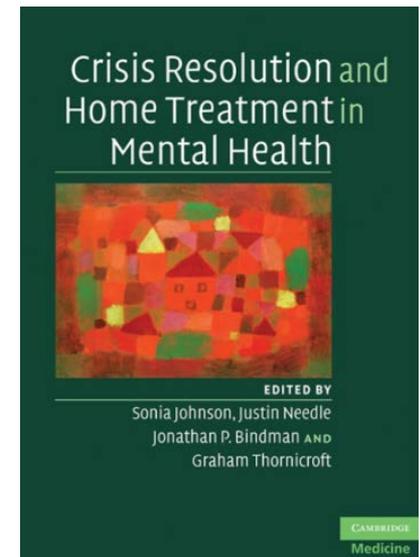
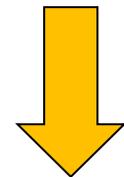
- Psychiatrische Soforthilfedienste können die Versorgungskontinuität an kritischem Punkt fördern (z.B. nach Erstkontakt mit Notfallambulanz)
- Solche Programme haben das Potenzial, die vermeidbare Inanspruchnahme von Akutversorgungsangeboten zu verringern
- Schlüsselfunktion der Triage bei der Zuteilung geeigneter Behandlung, sowie dem Sicherstellen der Nachhaltigkeit des Soforthilfedienstes
- Eine berufsübergreifende Teamzusammensetzung kann zur akkuraten Einschätzung von Risiken und Bedarfen und individuell zugeschnittenen Krisenlösungen beitragen



Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment)

Crisis intervention teams, Crisis resolution teams, Crisis resolution and home treatment teams (CRHTs) oder Home treatment teams

- häusliche Behandlung einer akuten Krankheitsepisode durch spezialisiertes multiprofessionelles Team
- ärztlich-psychiatrische Kompetenz
- rund um die Uhr (oder Klinik im Hintergrund)
- fester Bestandteil: Hausbesuche (Home treatment)
- Ziel: Vermeidung/ Reduktion einer Krankenhausbehandlung
- Inhalte: Assessment & Management der akuten Erkrankungsphase, Symptommanagement, psychosoziale Interventionen, Abschätzung und Management von Risiken
- Ressource: Familien und erweitertes soziales Netzwerk des Patienten





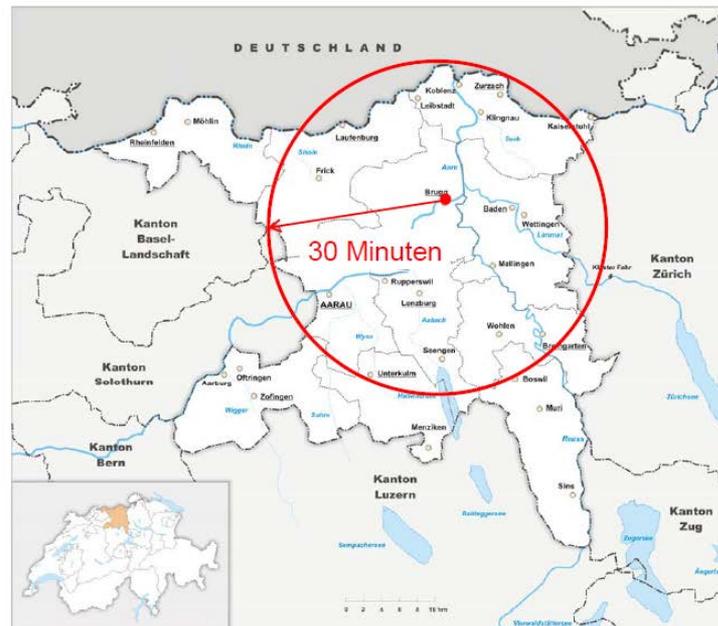
Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld auf verschiedene Zielparameter

	Metaanalyse NICE-Leitlinie Schizophrenie 6 RCTs NICE 2014	Metaanalyse Cochrane Review 8 RCTs Murphy 2015
Krankheitsassoziierte Merkmale		
↓ Sterbefälle		~
↓ Symptomschwere		++ ¹
↑ Allgemeinzustand		~
↑ soziale Funktionen		~
Behandlungsassoziierte Merkmale		
↓ stationäre Wiederaufnahmeraten (ohne initiale Aufnahme)	++	++ ¹
↓ stationäre Behandlungszeiten		++ ¹
↓ Behandlungsabbrüche		++
Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion		
↑ Beschäftigungssituation		~
↓ Haftstrafen, Gewaltaktivitäten		~
↓ Wohnungslosigkeit		~
Zufriedenheit und erlebte Belastungen		
↓ erlebte Belastungen, Angehörige		++
↑ Behandlungszufriedenheit, Patienten	++ ¹	++ ¹
↑ Behandlungszufriedenheit, Angehörige		++ ¹
↑ Lebensqualität		~
Kosteneffektivität		
↑ Kosteneffektivität		++ ¹



Home Treatment in der Akutbehandlung im Kanton Aargau, Schweiz

Einleitung – Home Treatment der PDAG Versorgungsregion

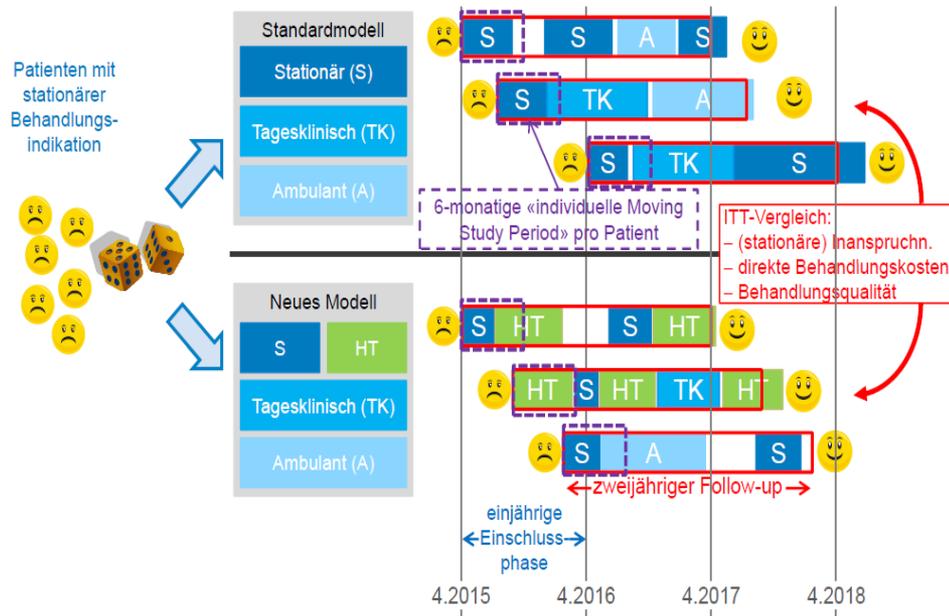


ca. 80% der Aargauer Bevölkerung erreichbar

25.11.2016

Begleitevaluation

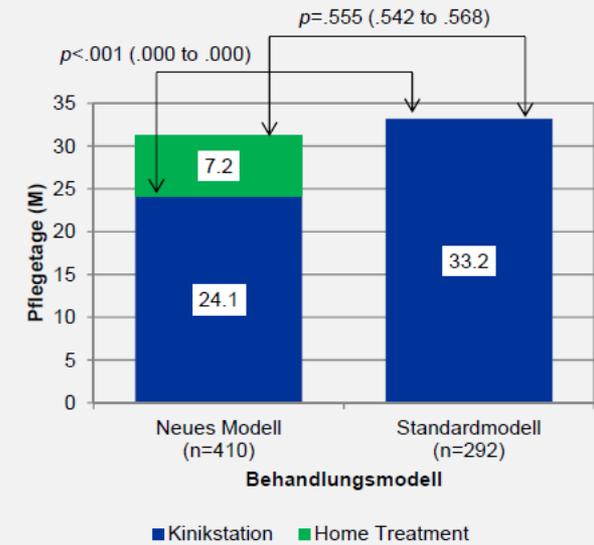
RCT zum Vergleich zweier Behandlungsmodelle



Ergebnisse

Primärer Endpunkt

Durchschnittliche Anzahl Pflegetage pro Patient: Intention to treat-Analyse



Note: Mann-Whitney U-test: Monte Carlo method (99% CI)



Positive Aspekte aus Nutzer-Sicht



Zugang und Verfügbarkeit

- Niedrigschwelliger Zugang
- Rasche Hilfe
- Verfügbarkeit über 24 h an 7 Tagen die Woche
- Telefonische Erreichbarkeit
- Management und Koordination aller anderen Hilfen



Akzeptanz als „normal“

- Respekt, Verständnis und Vertrauen spüren
- Ressourcen betonen
- Verantwortung für den eigenen Recovery-Prozess übernehmen



Verbleiblichkeit zu Hause mit Krise

- Erfahrung, eine Krise „sicher“ in der eigenen Wohnung zu handeln bedeutet eine sehr wichtige Erfahrung
- Erfahrung Nähe Hoffnung und erhalte die Kontinuität der Alltagsroutine aufrecht

➔ Voraussetzung: tatsächliche Verfügbarkeit der Teammitarbeiter bei Bedarf



Empfehlungen (Update)

Empfehlung 10 (NEU):

In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia-Ib

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

Empfehlung 11 (NEU):

Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

Empfehlung 12 (NEU):

Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)



HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

VOLUME 20 ISSUE 3 JANUARY 2016
ISSN 1366-5278



**Improving outcomes for people in mental health crisis:
a rapid synthesis of the evidence for available
models of care**

*Fiona Paton, Kath Wright, Nigel Ayre, Ceri Dare, Sonia Johnson,
Brynmor Lloyd-Evans, Alan Simpson, Martin Webber and Nick Meader*

- Health technology assessment, durchgeführt 2014, narrative Synthese
- 1 Review von Reviews, 6 syst. R. , 9 LL, 15 Studien
- Liaison-Psychiatrieteams + (Abläufe)
- Wenig Evidenz zu Polizeiaufgaben
- Crisis resolution teams + (klinische und Kosten-Effektivität)
- Krisenhäuser und Akuttagesklinik (NICE LL)
- Recovery Orientierung + (Wohlbefinden)



Gliederung

1. Psychiatrische Interventionen für Geflüchtete
2. Psychosoziale Hilfsangebote nach Katastrophenereignissen
3. Katastrophen- und Krisendienste im Rahmen regulärer Versorgung
4. Psychiatrische Soforthilfedienste/ Crisis intervention and home treatment
5. **Suizidprävention/ Samaritans**
6. Diskussion



Zalsman et al. 2016: Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review (*Lancet Psychiatry*)

- 164 Studien eingeschlossen, davon 23 systematische Reviews, 12 Meta-Analysen, 40 RCTs, 67 Kohortenstudien und 22 Querschnittsstudien.
- **Eindeutige Evidenz vorhanden für**
 - Eingeschränkter Zugang zu Methoden
 - Präventionsprogramme an Schulen
 - Clozapin/ Lithium
- **Probleme**
 - Suizid ist selten
 - Zu wenig (aussagekräftige) Studien
 - Geringe Vergleichbarkeit der Studienergebnisse
 - Synergie-Effekte unklar





Samaritans- Krisenintervention am Telefon

- 1953 von Chad Varah, Vikar der Church of England, in London als Seelsorge-Hotline zur Suizidprävention gegründet
- Auftrag zur emotionalen Unterstützung bei psychischen Krisen mit hohem Risiko suizidaler Gedanken
- Erste 24-Stunden-Seelsorgehotline in UK und Irland
- 21200 ausgebildete freiwillige Helfer (Stand 2015)
- Teil von Volunteer Emotional Support Helplines (VESH), dem weltgrößten internationalen Netzwerk von Telefonseelsorgeorganisationen
- 5,4 Millionen Anrufe im Jahr 2017 entgegengenommen (einen Anruf in 6 Sekunden)



HOW WE CAN HELP YOU

We offer a safe place for you to talk any time you like, in your own way – about whatever's getting to you. You don't have to be suicidal.

Find out [why our service works](#) and [what you can expect](#) when contacting us.

If you have any concerns about our service before you try it, [hear from others](#) about [how we've helped them](#). Please don't suffer alone.



How our service helps

We know a lot about what can help you through tough times.

We can help you explore your options, understand your problems better, or just be there to listen.



Get in touch

Find out [how to get in touch](#) with Samaritans and [what you can expect](#) from our service.

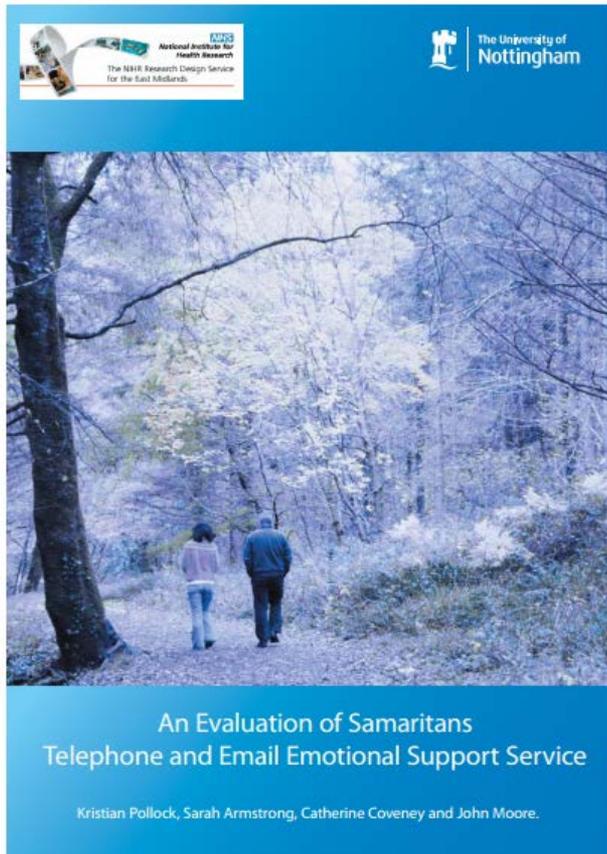
It doesn't matter who you are, how you feel, or what has happened. If you feel that things are getting to you, [get in touch](#).



Helping yourself and others

Find out more including [reasons to contact us](#), [what to do if you're feeling suicidal](#), or [if you're worried about someone else](#).

Qualitative Untersuchung des Samaritans-Telefondiensts



- Befragung von Anrufern und Helfern
- Ein Großteil der Anrufer berichteten, dass sie vom Kontakt mit den freiwilligen Helfern profitierten
- Enttäuschungen auf Seiten einer Minderheit der Anrufer und der Helfer bei Diskrepanzen in Verständnis, Erwartungen und Ansprüchen an den Dienst
- große Distanz zwischen den Idealen der Organisation und der praktischen Arbeit in Zweigstellen, in denen nur ein kleiner Anteil der Anrufer suizidale Gedanken schildert oder schwerwiegende Krisen durchlebt
- Laut Helfern entsprechen viele Anrufer nicht der eigentlichen Zielgruppe des Angebots
- → Empfehlung: formale Erweiterung des Angebots an
- Menschen ohne Gefahr eines Suizidversuchs, die
- z.B. nur "jemanden zum Reden" suchen



Gliederung

1. Psychiatrische Interventionen für Geflüchtete
2. Psychosoziale Hilfsangebote nach Katastrophenereignissen
3. Katastrophen- und Krisendienste im Rahmen regulärer Versorgung
4. Psychiatrische Soforthilfedienste/ Crisis intervention and home treatment
5. Suizidprävention/ Samaritans
6. **Diskussion**



Diskussion

- Es gibt viel wissenschaftliches und öffentliches Interesse am Thema
- Wir wissen Einiges über Hilfen für die Zielgruppen von ‚Flüchtlingen‘ und ‚Katastrophenopfern‘
- Soforthilfedienste für Menschen mit psychischen Störungen sind erfolgreich, wichtig sind die Kontinuität bei den Hilfsangeboten und der Übergang von der Notfall- in die Regelversorgung
- Das Interesse an Home Treatment hat historisch viel mit Krisenbewältigung zu tun
- Nicht-Regierungsorganisationen und geschulte Laien sind in der Umsetzung von Krisenhilfen wichtig



... vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

E-Mail: t.becker@uni-ulm.de

Internet: www.uni-ulm.de/psychiatriell

