

RISIKOEINSCHÄTZUNG: KOMPETENZBEREICH FORENSISCH-PSYCHIATRISCH PFLEGENDER?

PATRICK EHLERT, BIANCA HERMES, MICHAEL ROCH

10. Insights-Fachtagung der FHdD

17. September 2020

INHALTSVERZEICHNIS

1. Problemdarstellung
2. Fragestellung
3. Methodik
4. Hintergrund
5. Ergebnisse
6. Diskussion

PROBLEMDARSTELLUNG

- Das Tätigkeitsfeld Maßregelvollzug und speziell die Risikoeinschätzung ist kein Ausbildungsinhalt von Sozial- und Pflegeberufen
 - erweiterte Kompetenzen durch juristisches, psychiatrisches und deliktrelevantes Wissen erforderlich
- in der Praxis wird hinsichtlich der Risikoeinschätzung ein unterschiedlicher Standard wahrgenommen
 - unterschiedliche Anforderungen an das Pflegepersonal

WELCHE ROLLE UND
HANDLUNGSKOMPETENZEN HABEN
FORENSISCH-PSYCHIATRISCH
PFLEGENDE IN DER
RISIKOEINSCHÄTZUNG?

METHODIK

- Die orientierende Literaturrecherche wurde in wissenschaftlichen Suchmaschinen (PubMed, CINAHL, PSYINDEX, PsycInfo & Quersuche in Google Scholar) durchgeführt
- Suchbegriffe: „Risikoeinschätzung“, „Maßregelvollzug“, „Pflege“, „Forensische Psychiatrie“, „Risk Assessment“, forensic“, „Care“, „forensic psychiatry“
- Schneeballmethode; deutsch- und englischsprachige Literatur
- Zusätzlich wurde das „START–Benutzerhandbuch“ verwendet

PFLEGENDE IN DER RISIKOEINSCHÄTZUNG IM MRV

- Eine der zentralen Aufgaben im Sinne der „Besserung und Sicherung“ (MRVG NRW, 1999) ist die Gefährlichkeitsreduktion (Kolbe, 2013)
- Risikoeinschätzung durch Pflegende in Alltagshandlungen; diese gehen situativ darauf ein (Haynert, 2012) → subjektive Einschätzung
- → aktive Rolle im Behandlungsprozess, Rollenvorbild, Sozio- und Milieugestalter (Haynert, 2012)
- Vereinzelt sind geschulte Pflegende bei der instrumentellen Risikoeinschätzung beteiligt
- → **Kein klar differenziertes Aufgabenprofil**

INSTRUMENTE ZUR RISIKOEINSCHÄTZUNG IM MRV

(Posch & Nguyen, 2012) (Paetsch et al., 2019)

- Risikoinstrumente sind systematische Informationssammlungen
- Sie dienen der Risikoidentifikation
- Problem: nicht erkannte Risiken entziehen sich der Einflussnahme
- Instrumente zur Risikoeinschätzung werden im MRV eingesetzt, um:
 - Einweisungsentscheidungen und Freiheiten von Patienten auf Grundlage des Gesamtrisikoniveaus zu steuern
 - Relevante (!) Behandlungsziele zur Risikominderung aufzuzeigen
- Häufiges Problem der instrumentellen Risikoeinschätzung ist die retrospektive Analyse der Fallakten

ENTWICKLUNG DER RISIKOINSTRUMENTE

(Seifert & Leygraf, 2016)

- Epochale Entwicklung folgte den allgemeinen Veränderungen des MRV
- Ziel: Steigerung der Objektivität, Reliabilität und Validität von Risikoeinschätzungen
- Aktuarische Risikoeinschätzung (HCR-20; PCL-R)
 - Prognosestellung erfolgt aufgrund statischer Faktoren; historische Betrachtung
- Strukturierte, professionelle Beurteilung (SAPROF; START)
 - (sog. SPJ-Instrumente (Douglas, Cox & Webster, 1999))
 - ergänzt aktuarische Risikoeinschätzung; Multiprofessionelle Einschätzungen; Einbezug von statischen und dynamischen Risiko- **und** Schutzfaktoren; ermöglicht Interventionen

DIE *CENTRAL EIGHT* DER PRÄDIKTOREN DELINQUENTEN VERHALTENS

(Andrews & Bonta, 2010)

- Vorhersagevariablen korrelieren verhältnismäßig häufig mit Straftaten
- **Big Four**
 - Vorgeschichte antisozialer Verhaltensweisen (statisch)
 - Antisoziale Persönlichkeitsmerkmale (dynamisch)
 - Antisoziale Denkmuster (dynamisch)
 - Antisoziale Kontakte (dynamisch)
- **Moderate Four**
 - Familie (dynamisch)
 - Schule/ Arbeit (dynamisch)
 - Freizeit (dynamisch)
 - Substanzmissbrauch (dynamisch)

RISIKOFAKTOREN UND DEREN GEGENSPIELER

- **Risikofaktoren** (Glueck & Glueck, 1965 [1939])
 - Der kriminogene Bedarf; Steigerung der Gefährlichkeit
- **Schutzfaktoren** (de Vogel et al., 2010)
 - Die direkten Gegenspieler zu Risikofaktoren; Senkung der Gefährlichkeit
- **Stärkefaktoren** (Webster et al., 2015)
 - Faktoren, die den kriminogenen Bedarf kontrollierbar machen; erlernbare Ressourcen
- **Desistenzfaktoren** (Hofinger, 2012)
 - Implizite und explizite Faktoren zur Abkehr von kriminellem Verhalten; „Spontanheilung“

QUALITATIVE STUDIE ZUR BETEILIGUNG VON PFLEGEKRÄFTEN AM RISIKOMANAGEMENT (Nyman et al., 2020)

- Kernaussagen:
 - Risikoeinschätzung wichtiger Bestandteil des (Re-)Integrationsprozesses
 - Risikobeurteilungen können:
 - die Patient-Pflegenden-Kommunikation fördern
 - jedoch ebenso verletzlich sein und hinderlich im Rehabilitationsprozess wirken => Ressourcen benennen
 - Der Erhalt von Ressourcen wiegt schwerer, als das Erlernen neuer
 - Personenzentrierter Ansatz mit MRV-Behandlung kompatibel

QUALITATIVE STUDIE ZUR BETEILIGUNG VON PFLEGEKRÄFTEN AM RISIKOMANAGEMENT (Nyman et al., 2020)

- Die Beteiligung Pflegender am Risikomanagement fördert:
 - das Empfinden der Wichtigkeit von Risikoinstrumenten
 - den Pflegeprozess, da Zieldefinitionen multiprofessionell getroffen werden können
 - die therapeutische Allianz zwischen Patient und Pflegenden und erhöht den gegenseitigen Respekt für Wissen und Erfahrungen
 - dies ermöglicht den Einbezug der Patienten in Zielvereinbarungen
 - die Kommunikation und verhindert den Verlust von Patientenbeteiligung
 - => bedingte Übertragbarkeit

SHORT-TERM ASSESSMENT OF RISK AND TREATABILITY (START)

- Multiprofessionelles Risikoinstrument zur Bewertung von zeitnahen Risiken & Behandelbarkeit von psychisch erkrankten Menschen
- Sowohl Risiken, als auch Ressourcenorientierte Betrachtung
- Risiken die START einbezieht:

„Risiko der Gewalt gegen andere“

„Risiko der Selbstverletzung“

„Risiko des Suizids“

„Entweichungsrisiko“

„Risiko von Substanzmissbrauch“

„Risiko der Selbstvernachlässigung“

„Risiko der Viktimisierung“

(Webster et al., 2015)

DER START BEURTEILUNGS- BOGEN

22 Items

Stärken und Schwächen

Spezifische Risiken inkl.
T.H.R.E.A.T („THREATS of
HARM that are REAL,
ENACTABLE, ACUTE and
TARGETED“)

Behandlungsziele- &
Maßnahmen

Ermöglicht eine Objektive
Beurteilung

START Zeitlicher Rahmen: _____						Datum letztes Rating: _____									
Tage/Wochen/Monate															
Schlüssel-Item	Stärken			START Items	Schwächen			Kritisches Item	Risikohandschrift / Individuelle Warnsignale						
	2	1	0		0	1	2								
<input type="radio"/>				1. Soziale Kompetenz				<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>				2. Beziehungen (Therapeutische Beziehung: ja/nein)				<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>				3. Ausbildung und Beruf				<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>				4. Freizeitgestaltung				<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>				5. Selbstfürsorge				<input type="radio"/>	H	Risiko	T.H.R.E.A.T		niedrig	mittel	hoch
											Nein	Ja			
<input type="radio"/>				6. Psychischer Zustand				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>				7. Emotionaler Zustand				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Selbstverletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>				8. Substanzgebrauch				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Suizid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>				9. Impulskontrolle				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entweichung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>				10. Externe Auslöser				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Substanzmissbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>				11. Soziale Unterstützung (Positive Bezugsgruppenkontakte: ja/nein)				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verwahrlosung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>				12. Materielle Ressourcen				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Viktimisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>				13. Einstellungen				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fallspezifisches Risiko: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>				14. Medikamentencompliance (NA) ¹				<input type="radio"/>	Aktuelle Risikomaßnahmen						
<input type="radio"/>				15. Einhalten von Regeln				<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>				16. Anpassung und Verhalten				<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>				17. Einsicht				<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>				18. Ziele und Pläne				<input type="radio"/>	Aktueller Risikomanagement-Plan						
<input type="radio"/>				19. Coping				<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>				20. Behandelbarkeit				<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>				21. Fallspezifisches Item: _____				<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>				22. Fallspezifisches Item: _____				<input type="radio"/>							

(Webster et al., 2015)

WELCHE ROLLE SPIELT DIE PFLEGE IM START RISIKOINSTRUMENT?

- Das Pflegepersonal ist, unter Berücksichtigung der Multiprofessionalität, in jedem Prozessschritt verankert.
- Zu den Items, die führend abhängig von den Eindrücken des Pflegepersonals abhängig sind gehören:
 - „Fähigkeit zur Selbstfürsorge“, „Psychopathologischer Zustand“, „Emotionaler Zustand“, „Einstellung“ und „Führbarkeit“.
- START bietet außerdem die Möglichkeit eine forensische Pflegediagnostik -& und Pflegeplanung abzuleiten.
 - (Webster et al., 2015)

EMPIRISCHE STUDIE

Hintergrund zur Untersuchung

- Bislang dominierten im Risikoassessment statische / historische Faktoren
 - Dynamische Faktoren sollten integriert und die Ergebnisse nicht nur zum Risikomanagement, sondern auch zur Behandlungsplanung im Sinne der Rehabilitation genutzt werden
 - Insbesondere für dynamische Faktoren sind strukturierte, multidisziplinäre Assessments erforderlich, die gut geschultes Pflegepersonal mit einbeziehen
- (Kroppan et al., 2017)

EMPIRISCHE STUDIE

Ergebnisse

- Mitarbeiter des PED waren bei allen START-Ratings involviert, die Beteiligung anderer Berufsgruppen variierte, insgesamt nahm die Interdisziplinarität im Verlauf zu.
- Bei Langzeitpatienten wurden weniger START-Ratings durchgeführt, als bei Kurzzeitpatienten.
- Die Abstände zwischen den START-Ratings bei individuellen Patienten verringerten sich im Verlauf.

(Kroppan et al., 2017)

EMPIRISCHE STUDIE

- Für die optimale Anwendung des START-Risikoassessments sind folgende Faktoren relevant:
 - Strukturierte Implementation des Instruments im Klinikalltag inkl. Weiterbildung der Mitarbeiter aller Berufsgruppen mit Patientenkontakt
 - Kurze Abstände zwischen START-Ratings, auf Basis der Ergebnisse Festlegung von Behandlungsplan und Sicherungsniveau der Unterbringung
 - Durchführung der Assessments durch multidisziplinäre Teams, bezüglich dynamischer Faktoren sollte Pflegepersonal stets in den Rating-Prozess involviert sein.

(Kroppan et al., 2017)

ERGEBNISSE

- Spezifische Leistung Pflegender bei der Gefährlichkeitsreduktion & Risikoeinschätzung in der Forschung kaum abgebildet (Kolbe, 2013)
- Risikoeinschätzung findet durch Pflegende hauptsächlich intuitiv bei der Beziehungsgestaltung und in Alltagssituationen statt
- Integration der Pflegenden bei der Risikoeinschätzung führt nachweislich zu einer Verbesserung der Zuverlässigkeit der prognostischen Verfahren (Nyman et al., 2020)
- Es fehlen wissenschaftlich ausgearbeitete und evaluierte Behandlungsstandards zur Gefährlichkeitsreduktion, vor allem länderübergreifend (Hechsel, 2020, S. 123)

DISKUSSION

- einheitlicher Qualitätsstandard zum Risikomanagement sollte entwickelt werden
- Erstellung eines klar differenzierten Aufgabenprofils → Needham & Almvik (2014)
- Qualifizierung der Mitarbeiter bei der instrumentellen Risikoeinschätzung durch Fort- und Weiterbildung, Akademisierung
- START sollte in den Pflege- und Behandlungsplan integriert werden
→ aktiver Einbezug der Pflegenden, Objektivität

**VIELEN DANK FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT!**

LITERATURVERZEICHNIS

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. Routledge.
- C. Webster (Verfasser), J. Brink, M. Martin, T. Nicholls, S. Desmarais, R. Müller-Isberner (Hrsg.), W. Schmidbauer (Hrsg.), P. Born (Übers.), K. Sendrowski (Übers.)
Insitut für forensische Psychiatrie Haina, 2015.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y. & de Vries Robbé, M. (2010). *Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk*. Utrecht: Forum Educatief.
- Douglas, K. S., Cox, D. N. & Webster, C. D. (1999). Violence risk assessment: science and practice. *Legal and criminological psychology*, 4, S. 149 - 184.
- Glueck, S. & Glueck, E. (1965 [1939]). *Five Hundred Criminal Careers*. New York: Kraus Reprint Co.

LITERATURVERZEICHNIS

- Haynert, H. (2012). Das ungenutzte Potential der forensischen Pflege. Der Beitrag der Forensischen Pflege zu Gefährlichkeitsreduktion, Bewältigung der Anlasserkrankung und Wiedereingliederung in die Gesellschaft. In: Haynert, H. & Kammeier, H. (Hrsg.), *Wegschließen für immer? Ethische, rechtliche und soziale Konzepte im Umgang mit gefährlichen Menschen auf dem gesellschaftlichen Prüfstand*, S. 112. Lengerich: Pabst.
- Hechsel, M. (2020). Die forensisch-psychiatrische Pflege stärken. Forderungen für den Maßregelvollzug. In: Dr. med. Mabuse (Hrsg.), *Forensisch-psychiatrische Pflege*, 247, S. 47-49.
- Hofinger, V. (2012). „Desistance from crime“ – Eine Literaturstudie. Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie. Wien.
- Kolbe, H. J. (2013). Forensisch-psychiatrische Pflege im Maßregelvollzug. Motor für gesellschaftliche Innovation. Beltz Juventa. *Pflege & Gesellschaft*, 18 Jg., S. 101-116.
- Kroppan, E., Nonstad, K., Iversen, R. B., & Søndena, E. (2017). Implementation of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability over two phases. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 321.
- Maßregelvollzugsgesetz (MRVG) Nordrhein – Westfalen (NRW) vom 15.06.1999 mit dem Stand vom 12.08.2020.

LITERATURVERZEICHNIS

- Nyman, M., Hofvander, B., Nilsson, T. & Wijk, H. (2020). Mental health nurses' experiences of risk assessments for care planning in forensic psychiatry. *International journal of forensic mental health*, 19(2), S. 103 – 113.
- Paetsch, A., van Os, T. W. D. P., Trouquete, N. A. C. & van den Brink, R. H. S. (2019). Single-item predictive validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) for violent behaviour in outpatient forensic psychiatry. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 30(4), S. 630 – 641.
- Posch, P. N. & Nguyen, T. (2012). Risikoidentifikation und Risikoinstrumente im Rohstoffmanagement. *Controlling & Management Review*, 56, S. 52 – 57.
- Ramesh, T., Igoumenou, A., Montes, M. V., & Fazel, S. (2018). Use of risk assessment instruments to predict violence in forensic psychiatric hospitals: a systematic review and meta-analysis. *European psychiatry*, 52, 47-53.
- Trost, A. (2020, April). *Risikoprognostik und –Management als Aufgabe der forensisch-psychiatrischen Pflege. Wahlmodul Forensik vom Kurs PP18.1 an der FHdD am 02.04.2020. Bielefeld.*