

Aus dem Zentrum für Neurologie und Psychiatrie
der Universität zu Köln
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. F. Jessen

Langzeitevaluation der Implementierung des Safewards-Modells – Ergebnisse einer Follow-Up- Erhebung unter Patient*innen und Mitarbeitenden der Akutpsychiatrie

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Mohammed Saber Ibrahim Al-Wandi
geboren in Bagdad, Irak

promoviert am 11. Dezember 2024

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. G. R. Fink
1. Gutachter: Professor Dr. med. A. V. Bechdorf
2. Gutachterin: Professorin Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten:

Frau Dr. phil. Johanna Baumgardt

Weitere Personen waren an der Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Im Folgenden lege ich den von mir geleisteten Beitrag an der vorliegenden Promotionsarbeit dar.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Promotionsschrift, die auf der Analyse von Daten beruht, die zwischen dem 15.10.2016 und dem 01.02.2020 in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Klinikum Am Urban erhoben wurden. Da diese Erhebung im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen realisiert wurde, war es nicht erforderlich, dass für diese Erhebung durch die Klinik die Zustimmung einer Ethikkommission eingeholt werden musste. Zur Klärung der Frage, ob ein Ethikvotum für meine Promotionsschrift erforderlich ist, habe ich vor Aufnahme der Promotion eine Anfrage bei der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universitätsklinik zu Köln gestellt. Diese hat

die geplante Promotionsschrift als retrospektive Arbeit eingestuft, da sie auf Daten beruht, die vor meiner Funktion als Doktorand und vor Beginn meiner Promotion erhoben wurden. Vor diesem Hintergrund sah auch die Universitätsklinik zu Köln keine Notwendigkeit für das Einholen eines Ethikvotums für die vorliegende Arbeit.

Nach Annahme als Doktorand sowie Bekanntgabe der Thematik und der Fragestellung erfolgte durch meine Person eine detaillierte Literaturrecherche in der wissenschaftlichen Datenbank „PubMed“ über das Safewards-Modell, in Rahmen derer ich nach verschiedenen Aspekten, wie die zeitliche Aktualität, Implementierungsmodalitäten sowie Ergebnispräsentation, die für die Thematik relevanten Publikationen ausgewählt habe. Die anschließende Literaturverwaltung und regelmäßige Aktualisierung der Literatur wurde parallel während des gesamten Zeitraumes der Promotion von mir fortgesetzt, um einen aktuellen Wissensstand über die Thematik voranzusetzen. Nach Erhalt aller der im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen stammenden und benötigten Daten über Patienten- und Mitarbeitendenbefragungen, Basisdokumentationen, Daten über freiheitsentziehende Maßnahmen und Umsetzungstreue der untersuchten Interventionen des Safewards-Modells habe ich mit Unterstützung meiner Zweitbetreuerin und Forschungskordinatorin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Frau Dr. phil. Johanna Baumgardt, die statistische Datenbereinigung, -aufbereitung und -auswertung mithilfe der Software „SPSS 21“ (IBM® SPSS® Statistics) durchgeführt. Die anschließende statistische Auswertung wurde durch Frau Dr. phil. Johanna Baumgardt ermittelt. Schließlich begann ich mit der Interpretation der Ergebnisse und Textverfassung, die ich nach Rücksprache mit Frau Dr. phil. Johanna Baumgardt mehrmals überarbeitet habe. Nach Abschluss des Textes fügte ich das Literaturverzeichnis in das Dokument ein.

Die im Laufe der Promotionsarbeit anfallenden Fragen bzgl. Regelungen, Auflagen und Modalitäten der Promotion habe ich stets nach Rücksprache mit Frau Dr. phil. Johanna Baumgardt durch eigenständige Recherchen und Nachbefragungen über Voraussetzungen, Ablauf, Regelungen und dem Promotionsverfahren an dem medizinischen Promotionsbüro der Uniklinik Köln beantwortet. Die für die Realisation der Promotion benötigten Qualifikationen, wie Pflichtmodule und Schlüsselqualifikationen, habe ich selbstständig erworben. Ebenfalls erfolgte im Rahmen des Promotionsverfahrens die selbstständige Erarbeitung eines Exposés, welches ich dem Promotionsbüro ausgehändigt habe. Eine vollständig von mir selbst erstellte Präsentation über die Ergebnisse meiner Promotionsarbeit erfolgte am 26.04.2022 im Rahmen der klinikinternen Fortbildung der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Vivantes Klinikums Am Urban.

Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten (Amtliche Mitteilung der Universität zu Köln AM 132/2020) der Universität zu Köln gelesen habe und verpflichte mich hiermit, die dort genannten Vorgaben bei allen wissenschaftlichen Tätigkeiten zu beachten und umzusetzen.

Köln, den 19.10.2023

Unterschrift:

Danksagung

Ein herzlicher Dank geht an allen Patient*innen und beteiligten Mitarbeitenden des Vivantes Klinikums Am Urban in Berlin, die an diese Arbeit mitwirkten und halfen, neue Erkenntnisse für eine bessere Behandlung und für günstigere Arbeitsbedingungen in der Akutpsychiatrie zu gewinnen.

In diesem Rahmen bedanke ich mich besonders bei Professor Dr. med. Andreas Bechdorf, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, der durch seinen Einsatz und seine Arbeit bei der Klärung wichtiger medizinischer Fragestellungen in der Forschung verhilft. Durch seinen unentwegten Forschergeist wurde diese Arbeit ermöglicht.

Ein außerordentlicher Dank gilt Frau Dr. phil. Johanna Baumgardt, meine Betreuerin und ehemalige Forschungs Koordinatorin im Vivantes Klinikum Am Urban in Berlin, die mich von Beginn an beriet, unterstützte, aufklärte und motivierte. Gerade ihre verständnisvollen und geduldigen Charakterzüge ließen mich in den aussichtslosesten Situationen Hoffnung und neue Kraft zur Fortsetzung der Arbeit schöpfen. Sie fungierte als Anker bei Herausforderungen und als Rückendeckung während allen Arbeitssituationen. Dies alles vereint mit ihrer Eloquenz und fachlichen Expertise verhalf mir bei der Vollendung dieser Arbeit.

Meinem Vater als Vorbild danke ich vom ganzen Herzen für seine weisen Ratschläge und ermutigenden Worte. Durch seine geduldige Lebensweise lehrte er mich meine Lebensphilosophie und -normen zu finden und denen nachzugehen. Das Wort „Vision“ lernte ich durch ihn verstehen und verinnerlichen.

Meiner Mutter danke ich vom Herzen für ihre unbegrenzte Liebe und stärkenden Worte. Stets erkannte sie meinen inneren Gemütszustand und wusste, wie sie mich auffängt. Meinen Brüdern, meine Schwestern, meiner Ehefrau und meinen Neffen danke ich für ihre Unterstützung und Rückhalt, die ich zur Realisierung dieser Arbeit und viele weitere Etappen in meinem Leben benötigte.

Mama Shyreen und meiner Tochter, Lavin, danke ich besonders, weil sie die Motivation und Freude in meinem Leben sind, die ich zur Bewältigung meiner Herausforderungen geschenkt bekommen habe.

Durch keinen Vergleich und keine Beschreibung kann ich meinen aufrichtigen Dank und Liebe diesen Personen gegenüber schildern.

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	8
1. ZUSAMMENFASSUNG	9
2. EINLEITUNG	10
2.1. Problemlage auf akutpsychiatrischen Stationen	10
2.1.1. Risikofaktoren für konflikthafte Situationen	10
2.1.2. Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherheit	12
2.1.3. Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen auf Patient*innen	14
2.1.4. Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen auf Mitarbeitende	15
2.2. Das Safewards-Modell	15
2.2.1. Hintergrund und theoretische Herleitung	15
2.2.2. Die zehn Interventionen des Safewards-Modells	18
2.3. Stand der Forschung	21
2.3.1. Einzelstudien	21
2.3.2. Systematische Übersichtsarbeiten	21
2.4. Fragestellung	36
3. LANGZEITEVALUATION DER IMPLEMENTIERUNG DES SAFEWARDS-MODELLS – ERGEBNISSE EINER FOLLOW-UP-ERHEBUNG UNTER PATIENT*INNEN UND MITARBEITENDEN DER AKUTPSYCHIATRIE	37
4. DISKUSSION	43
4.1. Limitationen	45
4.2. Ausblick	46
5. LITERATURVERZEICHNIS	47
6. ANHANG	57
6.1. Abbildungsverzeichnis	57
6.2. Tabellenverzeichnis	57

**7. VERÖFFENTLICHUNGEN VON ERGEBNISSEN ZUR EVALUATION DER
IMPLEMENTIERUNG DES SAFEWARDS-MODELLS AM VIVANTES KLINIKUM
AM URBAN**

58

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Bspw.	Beispielsweise
Bzgl.	Bezüglich
Bzw.	Beziehungsweise
Essen CES-D	Essen Climate Evaluation Schema - Deutschland
FEM	Freiheitsentziehende Maßnahmen
GS	Globale Stationsklima
Inkl.	Inklusiv
Qual.	Qualitativ
SE	Stationserleben
SM	Safewards-Modell
t_0	Zeitpunkt vor der Implementierung des Safewards-Modells
t_1	Zeitpunkt nach der Implementierung des Safewards-Modells
t_2	Zeitpunkt der Follow-Up-Erhebung
Tab.	Tabelle
TH	Therapeutischer Halt
UNBRK	Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
z.B.	Zum Beispiel
ZP	Zusammenhalt der Patienten

1. Zusammenfassung

Das Safewards-Modell wurde zwischen 2016 und 2018 direkt vor (t_0) und nach (t_1) dessen Implementierung auf zwei geschützten Stationen in einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit sektorbezogener Aufnahmeverpflichtung evaluiert. In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse der Follow-Up-Erhebung berichtet, die 15 Monate nach Implementierungsende (t_2) durchgeführt wurden. Hierfür wurden Mitarbeitende und Patient*innen beider Stationen mittels des anonymisierten Fragebogens Essen Climate Evaluations Schema (EssenCES-D) schriftlich zum Stationsklima befragt. Mitarbeitende wurden zudem mittels der Globaleinschätzung von Neuberger und Allerbeck zu ihrer Arbeitszufriedenheit befragt. Des Weiteren wurde anhand von klinikinternen Routinedaten die Anzahl aller freiheitsentziehenden Maßnahmen eruiert. Zudem wurde die Umsetzung des Safewards-Modells sowohl auf objektiver als auch auf subjektiver Ebene erhoben. Die subjektive Umsetzung der einzelnen Safewards-Interventionen erfolgte mit Hilfe eines selbstentwickelten Fragebogens; objektiv konnte die Umsetzungstreue dieser Interventionen mittels der Organisation Fidelity Checklist bestimmt werden.

Das Stationsklima wurde zum Erhebungszeitpunkt t_2 sowohl seitens der Patient*innen als auch Mitarbeitenden fast durchgehend besser bewertet als zum Zeitpunkt t_0 . Die Arbeitszufriedenheit war zu beiden Messzeitpunkten (t_0 und t_2) überdurchschnittlich, verbesserte sich jedoch im Vergleich zum Zeitpunkt direkt nach der Implementierung (t_1) nicht signifikant. Zum Zeitpunkt t_2 war im Vergleich zu t_0 auf einer Station eine signifikante Reduktion der freiheitsentziehenden Maßnahmen beobachtet worden, während diese auf der anderen Station leicht zunahmen. Die objektiv eingeschätzte Umsetzungstreue und der subjektiv erhobene Umsetzungsgrad waren zum Erhebungszeitpunkt t_2 hoch. Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass durch die Implementierung der Interventionen des Safewards-Modells in der Akutpsychiatrie auch längerfristig Verbesserungen des Stationsklimas und der Arbeitszufriedenheit erzielt werden können. Das Safewards-Modell scheint ebenfalls dazu geeignet zu sein, die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen zu reduzieren.

Zur Gewährleistung langfristiger Effekte scheinen regelmäßige Evaluationen und Aufarbeitungen der Ergebnisse mit den Mitarbeitenden von großer Bedeutung zu sein. Zur Etablierung der einzelnen Interventionen im Arbeitsalltag stellen Fortbildungen und Einarbeitungsveranstaltungen wichtige und gute Maßnahmen dar.

2. Einleitung

2.1. Problemlage auf akupsy psychiatrischen Stationen

Eine Behandlung auf geschützten psychiatrischen Stationen ist bei akuten Eigen- und/oder Fremdgefährdungen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen indiziert¹⁻⁸. Da die Behandlungen auf geschützten Stationen eine Freiheitsbeschränkung mit reduzierter Selbstbestimmungsfähigkeit darstellen sowie meist gegen den Willen der Patient*innen durchgeführt werden, unterliegen alle Zwangsmaßnahmen und -behandlungen rechtlichen Grundlagen. Zur Regulierung von Zwangsmaßnahmen mit einschränkendem Charakter auf die Grund- und Menschenrechte einschließlich Sicherungsmaßnahmen, wie freiheitsbeschränkende Maßnahmen in Form von Festhalten, Isolierung in einem gesonderten Raum, Ausgangsbeschränkungen, freiheitsentziehende Maßnahmen in Form von mechanischen Fixierungen und medikamentöse Zwangsbehandlungen kommen unterschiedliche öffentlich-rechtliche Landesgesetze, das Bürgerliche Gesetzbuch, Strafrecht und das Betreuungsrecht mit unterschiedlichen Verfahrensweisen und Voraussetzungen zur Anwendung⁷⁻²³.

Zwangsmaßnahmen sind häufig mit negativen und teils traumatisierenden Erlebnissen für die Betroffenen verbunden^{7,8,10-12}. Als Folge können aggressive Verhaltensweisen zum Ausdruck kommen. Diese können ihrerseits zur Herstellung von konfliktreichen und gewalttätigen Situationen, wie Erregungszustände mit aggressivem Auftreten und/oder verbaler Aggression, Fremdgefährdung, Suizidalität, Fluchtverhalten, Ablehnung der Nahrungsaufnahme oder Intoxikation mit psychotropen Substanzen führen^{1,2,5,6}. Zusätzlich stellen Unstimmigkeiten zwischen Mitarbeitenden und Patient*innen eine Quelle für Gewalt auf psychiatrische Stationen dar^{24,25}.

2.1.1. Risikofaktoren für konflikthafte Situationen

Diverse Einflussparameter, wie patient*innen-bezogene Eigenschaften, Patient*in-Patient*in-Interaktionen, Patient*in-Mitarbeitende-Interaktionen, mitarbeiter-bezogene Faktoren und stationsspezifische Parameter scheinen das Auftreten von Aggression und Gewalt zu begünstigen⁷. Als prädisponierende Erkrankungen für aggressive Verhaltensweisen sind insbesondere die Schizophrenie und weitere Erkrankungen mit Positivsymptomen, wie Wahrnehmungsstörungen, Halluzinationen und Wahnvorstellungen, zu nennen, die besonders häufig zu aggressiven Vorfällen führen können^{24,26-31}. Dabei scheint eine hohe Anzahl an Patient*innen mit derartigen psychotischen Symptomen das Auftreten von

konflikthaften Situationen zu erhöhen ^{25-27,32}. Auch antisoziale Verhaltensweisen, wie sie beispielsweise im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen auftreten können, erhöhen das Risiko für das Auftreten von Aggression und Gewalt ³³. Patient*innen, die aggressives oder selbstverletzendes Verhalten während stationärer Voraufenthalte oder in der Vorgeschichte zeigten, neigen derartige Verhaltensweisen zu wiederholen und somit konflikthafte Situationen zu provozieren ^{30,31}. Ähnlich verhält es sich mit der Zahl an Voraufenthalten. Je höher die Voraufenthalte in der Psychiatrie sind, desto wahrscheinlicher werden von diesen Patient*innen Eskalationen verursacht ³⁰. Der Konsum von Alkohol scheint die Aggressionswahrscheinlichkeit ebenfalls zu fördern ³⁴. Ein junges Alter der Patient*innen und ein männliches Geschlecht wurden ebenfalls als Risikofaktoren für konflikthafte und gewalttätige Zwischenfälle identifiziert ^{30,35,36}. Des Weiteren ist ein sogenanntes „Crowding“, also eine Überbelegung der Stationen, mit resultierend gesteigertem Stressniveau auf den Stationen als weiterer Risikofaktor für aggressive Situationen zu nennen ³⁷. Die Verweildauer der Patient*innen und die Art der Unterbringung (freiwillig oder gegen den Patientenwillen) sind ebenfalls zu berücksichtigen ^{5,27,30,34,38,39}. Patient*innen mit unfreiwilligem Aufenthalt auf akutpsychiatrische Stationen tendieren den Aufenthalt als stressiger und ungünstiger wahrzunehmen, sodass die von diesen Patient*innen ausgehende Rate an Gewaltakten höher zu sein scheint ^{5,39}. Darüber hinaus bestehen Hinweise, dass Patient*innen mit Migrationshintergrund schlechter sozial integriert sind und einen erschwerten Zugang zur Pflege haben, was langfristig zu einer erhöhten psychiatrischen Morbidität führen kann ⁴⁰⁻⁴².

Neben patient*innen-spezifischen existieren mitarbeiter-spezifische Faktoren und objektive Rahmenbedingungen, welche als externe Parameter die Anwendung von Gewalt begünstigen und den Umgang der Mitarbeitenden mit den Patient*innen beeinflussen ^{24,25,27,38,39}. So können Personalmangel sowohl im ärztlichen als auch pflegerischen Bereich, ein hoher Krankenstand der Mitarbeitenden und eine hohe Mitarbeitendenfluktuation zu einer gesteigerten Arbeitsbelastung des Personals und langfristig zu Überlastungsphänomenen beitragen ^{25,27,43}. Diese hohe Arbeitslast gepaart mit dem Wunsch der Mitarbeitenden nach schnellen Lösungen in akuten Situationen und daraus resultierende Insuffizienz- und Hilflosigkeitsgefühle scheinen aggressive Zwischenfälle durch die Anwendung von Zwangsmaßnahmen negativ zu beeinflussen ^{25,39}.

Die Wahrscheinlichkeit nach alternativen, gewaltfreien Lösungen zu suchen, sinkt in solchen Fällen²⁵. Die Arbeitserfahrung des Behandlungsteams wurde als ein weiterer Einflussfaktor des Stationsklimas identifiziert. So steht eine eher geringe Berufserfahrung der Beschäftigten in einem ungünstigeren Verhältnis zur Wahrnehmung und Behandlung der Patient*innen als längere Berufserfahrung^{25,26,44}. Hier scheinen verbale und non-verbale Fertigkeiten als therapeutische Interventionen eine wichtige Rolle zu spielen. Da derartige Fertigkeiten von Berufsanfänger*innen häufig unzureichend eingesetzt werden können, kann dies zu Schwierigkeiten zwischen Patient*innen und Mitarbeitenden beitragen. Als Beispiel sei die Sprache und die Gegenübertragung als Bestandteil der psychodynamischen Psychotherapie erwähnt, die zu einer Konfliktenwicklung führen können^{25,45,46}. Auch üben persönliche und private Faktoren der Mitarbeitenden Einfluss auf das berufliche Handeln und die Bereitschaft zur Gewaltausübung aus²⁵. In diesen finden persönliche Überzeugungen zu psychiatrischen Erkrankungen, moralische Einstellungen zu Zwangsmaßnahmen und das Weltbild der Mitarbeitenden Berücksichtigung²⁵. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Überzeugung, medikamentöse Therapien seien höherwertiger als Psychotherapien und dass bei deren Ablehnung andere Therapieformen nicht in Betracht gezogen werden, in der Psychiatrie weit verbreitet sind²⁵. Unmittelbar damit verbunden ist die fehlende Haltung einiger Mitarbeitenden, Zwangsmaßnahmen als letzte Therapieoption zu werten²⁵. Insgesamt scheinen alle Situationen, in denen eine Machtausübung seitens der Mitarbeitenden in Form von Anweisungen oder Verbote möglich war oder durchgeführt wurde, das größte Potenzial für Gewalt und Aggression auf den Stationen zu besitzen⁴⁷.

Objektive Rahmenbedingungen, wie bauliche und organisatorische Faktoren mit Einfluss auf Gewalt und Aggression auf akutpsychiatrische Stationen umfassen die Stationsgröße sowie räumliche Gegebenheiten und die Innenausstattung, welche Auswirkungen auf die Privatsphäre der Patient*innen und das Stationsklima haben^{24,25,37,45,48,49}. In einer Analyse konnte gezeigt werden, dass ein größeres Platzangebot für Patient*innen und ein gesteigerter Komfort zu einer Reduktion aggressiver sowie konflikthafter Situationen beitragen⁴⁹.

2.1.2. Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherheit

Die genannten Konflikte, aggressiven Zwischenfälle und Ausnahmestände bergen Gefahren für alle Beteiligten^{4,24,50}. Dabei ist die Gewährleistung der

Sicherheit der Patient*innen vor sich selbst und von Dritten eines der Hauptziele akutpsychiatrischer Stationen ^{4,45}. Um die Sicherheit auf den Stationen zu wahren oder wiederherzustellen, kommen restriktive Maßnahmen sowie Schutz- und Zwangsmaßnahmen zur Anwendung, obgleich diese selbst schädliche Auswirkungen auf Patient*innen und Mitarbeitende haben und Konflikte provozieren können ^{4,5,27,43,45,50–53}. Dabei existieren unterschiedliche Begriffe, die diese Maßnahmen mit freiheitsbeschränkendem und -entziehendem Charakter beschreiben. Häufig verwendete Begriffe hierfür sind Zwangsmaßnahmen, Zwangsbehandlungen, Sicherungsmaßnahmen, freiheitsentziehende oder -beschränkende Maßnahmen ^{7–12,14,15,54}. Zur besseren Übersicht wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff *Zwangsmaßnahmen* verwendet. Unter diesen werden alle Interventionen mit einem einschränkenden Einfluss auf die Grund- und Menschenrechte, der Freiheit, die Selbstbestimmungsfähigkeit und/oder der körperlichen Unversehrtheit verstanden, die gegen den Willen der Patient*innen angeordnet werden ^{7–12,14,15,54}. Laut dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UNBRK) werden allen unter den Zwangsmaßnahmen zusammengefassten Interventionen ebenfalls als ein Verstoß gegen die Menschenrechte angesehen ⁵⁵. Zu ihnen zählen freiheitsbeschränkende Interventionen, wie das Festhalten, die Isolierung, Ausgangsbeschränkungen und 1:1-Betreuungen, aber auch freiheitsentziehende Maßnahmen, in Form von mechanischen Fixierungen und medikamentösen Zwangsbehandlungen ^{2,52,56,57}.

Sie alle unterliegen öffentlich-rechtliche Landesgesetze, dem Bürgerlichen Gesetzbuch, Strafrecht oder das Betreuungsrecht mit unterschiedlichen Verfahrensweisen und Voraussetzungen ^{7–23}. Dabei wird einheitlich vorausgesetzt, dass diese Maßnahmen nur von geschultem Personal als Intervention der letzten Wahl nach Versagen alternativer Deeskalationsmaßnahmen auf ärztlicher Anordnung durchgeführt werden ^{11,15,54}. Auch die Verhältnismäßigkeit zwischen Zweck und Risiken der Zwangsmaßnahmen sowie die Dauer der Interventionen muss stets sorgfältig evaluiert werden ^{15,58,59}. Die Form der Zwangsmaßnahmen unterscheidet sich zwischen Kulturen, Staaten und unterschiedlichen rechtlichen Gegebenheiten zum Teil sehr. Häufigkeit und Art dieser Maßnahmen variieren zudem zwischen Regionen und können sogar zwischen einzelnen Stationen eines Krankenhauses unterschiedlich eingesetzt werden ^{25,27,39}.

Einheitliche Angaben oder offizielle Zahlen zu Zwangsmaßnahmen und ihrer Anwendungen existieren nicht ^{25,45}.

2.1.3. Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen auf Patient*innen

Obwohl die Zwangsmaßnahmen keinerlei therapeutische Effekte besitzen, nur in Notfallsituationen bei fehlenden Alternativen und unter stark kontrollierten Bedingungen stattfinden sollten ^{11,15,54,58–60}, finden diese in der Psychiatrie weit verbreitete Anwendungen ^{4,39,61}. Der mögliche schädliche Einfluss dieser Anwendungen auf die psychiatrische Behandlung und die Patient*innen sind erheblich und Thema aktueller Forschungen. Insbesondere innerhalb der letzten zwei Dekaden wurden die negativen Folgen dieser Maßnahmen als ein großes Problem in der Psychiatrie identifiziert ^{39,57,62–65}. So stellen sie nicht nur physische Gefahren für die Patient*innen und Mitarbeitende dar, sondern wirken sich auch negativ auf die psychiatrische Behandlung, das therapeutische Klima auf den Stationen und die Mitarbeiterzufriedenheit aus ^{5,27,38,50,52,66}. Gerade das Stationsklima, als ein bedeutender und fester Bestandteil einer erfolgreichen psychiatrischen Therapie, scheint starken Einfluss auf die Motivation der Patient*innen, ihrer Therapiebereitschaft und -vertrauen, der Zufriedenheit und dem allgemeinen Therapieerfolg zu haben ^{5,38,66–68}. Es existiert eine enge Relation zu dem therapeutischen Halt, das beschreibt, inwieweit das Stationsklima stützend auf die Therapiebedürfnisse der Patient*innen wirkt ^{38,69}. Aus Sicht der Patient*innen scheint der therapeutische Halt sogar ein Schlüsselaspekt des Stationsklimas zu sein ⁴⁸. Zwangsmaßnahmen führen zu einem verlängerten stationären Aufenthalt, belasten das Vertrauen in das Personal und die von ihnen initialisierten Therapien mit daraus resultierender Ablehnung dieser ^{4,27,52}. Das hat einen erheblichen Einfluss auf Patient*innen, die an einer chronischen Störung leiden und auf wiederholte psychiatrische Behandlungen angewiesen sind ⁵². Die Erfahrungen von restriktiven Maßnahmen in der Vergangenheit prägen zukünftige Behandlungsentscheidungen von Patient*innen ^{52,70}. Patient*innen, die auf geschlossen geführten Stationen aufgenommen werden, um vor allem die Entweichungsgefahr zu bekämpfen, empfinden weniger Sicherheit, einen verminderten Patientenzusammenhalt, weniger therapeutischen Halt und beurteilen das Stationsklima schlechter ^{5,71–73}. Es bestehen Hinweise, dass bereits das Miterleben von Gewalt, ohne direkt involviert zu sein, zu einer gesteigerten Belastung von Patient*innen führen kann ^{39,57}. Gerade das Sicherheitsempfinden als ein menschliches Grundbedürfnis ^{74,75} wird als

unverzichtbar für eine erfolgreiche Behandlung angesehen, weshalb Maßnahmen, die die Sicherheit gefährden, zu vermeiden sind ⁵.

2.1.4. Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen auf Mitarbeitende

Die Folgen von Aggression und Gewalt wirken sich sowohl auf Patient*innen als auch auf die Mitarbeitenden negativ aus ²⁵. In Bezug auf die Mitarbeitenden bedeutet dies, dass sie einerseits selbst das Ziel von Aggression von Patient*innen sein und somit negative Folgen tragen können. Andererseits kann das Personal durch die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen zu einer Deeskalation oder Abnahme konflikthafter Situationen beitragen ^{25,47}. Im erst genannten Fall sind ähnliche Folgen wie bei Patient*innen mit Gewalterfahrungen zu verzeichnen. Die Mitarbeitenden berichten von Traumatisierungen und Unsicherheitserleben ⁴. Derartige Erfahrungen wiederum beeinflussen die Behandlungsqualität negativ ⁴. Zudem berichten Mitarbeitende, die selbst Gewalt ausüben und Zwangsmaßnahmen durchführen, häufig über Schuldgefühle ^{66,76–78}. Schuldgefühle gepaart mit einer verminderten persönlichen Handlungsfähigkeit wiederum tragen zu einer deutlich geringeren Arbeitszufriedenheit bei ^{79,80}. Die Anwendung von restriktiven Maßnahmen und Zwangsmaßnahmen korreliert zudem mit einer erhöhten Arbeitszeit der Mitarbeitenden ^{39,81,82}.

2.2. Das Safewards-Modell

2.2.1. Hintergrund und theoretische Herleitung

Angesicht der oben beschriebenen Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen ³¹ empfehlen Leitlinien, Forschungsarbeiten und das UNBRK einheitlich alternative Interventionen ³⁹ zur Sicherung des Schutzes von akutpsychiatrischen Patient*innen ^{15,83–85}. Mit dem oben genannten Ziel wurden Versuche zur Identifizierung von Konfliktsituationen, sowohl physischer als auch verbaler Art, Fluchtverhalten, Selbstverletzungen sowie weiterer Faktoren unternommen, die Zwangsmaßnahmen begünstigen und deren Vermeidung zu einer erhöhten Sicherheit in der Akutpsychiatrie beitragen können ^{38,39}. Bisherige Versuche, die Sicherheit auf akutpsychiatrische Stationen zu steigern und Gewalt sowie Eindämmungsmaßnahmen zu reduzieren, zeigten sich jedoch insuffizient, da sie nur isolierte Auslösefaktoren und Maßnahmen berücksichtigten ^{1,4,27,38,86}. Eine Schwäche bisheriger Modelle stellt somit ihre eingeschränkte Sicht auf Ursprungsquellen für Konflikte und Zwangsmaßnahmen dar ^{1,4,27,86}. Andere

Modelle wiederum beschränkten sich auf einzelne Konfliktformen, wie bspw. Aggression ^{1,86}. Als Interventionsmöglichkeit wurde der Fokus auf die Vermeidung und das Management von Gewalt durch die Mitarbeitenden gelegt ¹. Die Notwendigkeit der positiven Einstellung der Mitarbeitenden, die Bedeutung von objektiven Rahmenbedingungen, die Empathie der Mitarbeitenden und Maßnahmen zur Besserung der Beziehungen zwischen Mitarbeitenden und Patient*innen fanden zumeist kaum Berücksichtigung ⁴. Untersuchungen zu anderen Modellen wiesen strukturelle Schwächen im Studiendesign auf oder sie konnten keine statistisch signifikanten Effekte nachweisen ¹.

Aus diesen Erkenntnissen wird die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betrachtungsweise durch eine multifaktorielle Verfahrensweise deutlich ^{1,39,86}. Unter Berücksichtigung der beschriebenen Erkenntnisse wurde das Safewards-Modell entwickelt ^{1,2,39,86}. Die Ziele des Safewards-Modells sind die Reduktion von Konflikten und Zwangsmaßnahmen sowie die Förderung einer besseren stationären Behandlung. Es wurde im Vereinten Königreich entwickelt und in verschiedene Sprachen übersetzt ^{1,3,39,66}. Das Modell verdeutlicht die Verbindung zwischen Auslösefaktoren, Krisenherden und konflikthaften Situationen ^{39,44,87}. Es zeichnet sich zum einen dadurch aus, dass es ein breiteres und zusammenhängendes Spektrum an Einflussfaktoren als bisherige Modelle berücksichtigt ^{1,3,39,88-90}. Zum anderen findet im Safewards-Modell eine klare Differenzierung zwischen Ursachen, Triggerfaktoren und dem aktuellen Auftreten von Konflikten statt ^{27,44}. Das Safewards-Modell liefert somit als theoretisches Modell mit dem oben genannten Ziel einen ganzheitlichen Blick auf interne, externe und situationsabhängige Faktoren mit sechs verschiedenen Quellen für Konflikte (siehe Abbildung 1) ⁴. Hierzu zählen das „Stationsteam“, die „Patientengruppe“, „Patienteneigenschaften“, „regulatorische Rahmenbedingungen“, die „räumliche Umgebung“ und „krankenhausexterne Faktoren“ ^{27,44}. Die Domäne „Stationsteam“ bezieht sich auf die Zusammenarbeit und das Verhalten der Mitarbeitenden. Unter den Punkt „Patientengruppe“ fallen alle Interaktionen zwischen den Patient*innen. Diese Interaktionen werden ihrerseits durch die individuellen „Patienteneigenschaften“ geprägt. Die Rubrik „krankenhausexterne Faktoren“ berücksichtigt den Einfluss persönlicher Angelegenheiten außerhalb der Station bzw. des Krankenhauses, wie bspw. außerhalb der Klinik bestehenden soziale Kontakte und die Familie ⁸⁶. „Regulatorische Rahmenbedingungen“

beschreiben Regelungen mit verhaltenseinschränkenden Wirkungen, die außerhalb des Kontrollbereichs der Patient*innen und Mitarbeitenden stehen. Diese reichen von staatlichen Gesetzen über die psychiatrische Gesundheitspolitik bis hin zu klinikeigene Hausregeln. Unter der „räumlichen Umgebung“ werden die Gestaltung und der Pflegezustand der Stationen, die einen Einfluss auf die Konflikte und die Eindämmung derer haben, zusammengefasst^{44,51}.

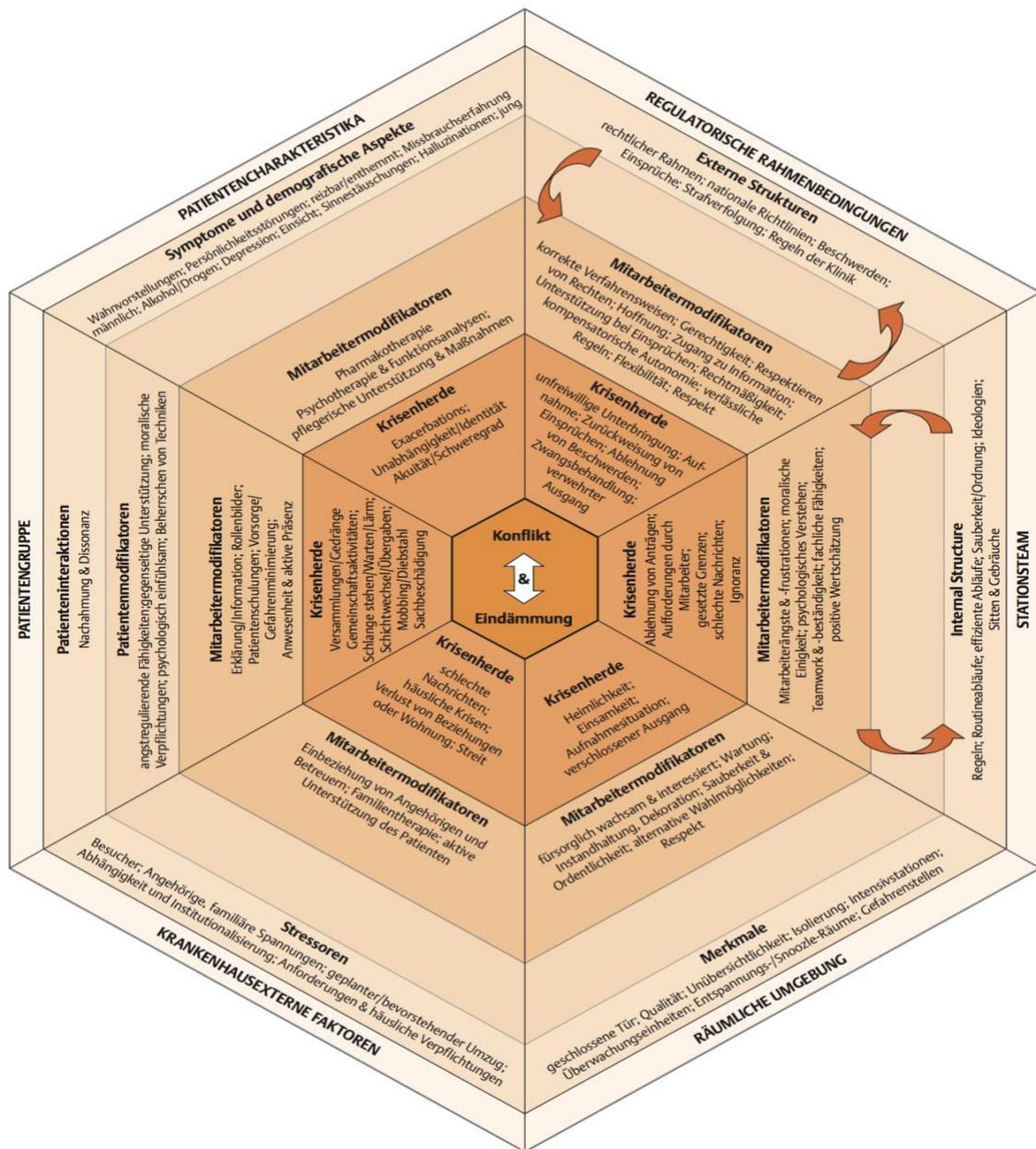


Abbildung 1: Das Safewards-Modell (ausführliches Format) (Quelle: Bowers L. Safewards: ein neues Modell für Konflikte und deren Eindämmung auf psychiatrischen Stationen. https://www.safewards.net/images/German_PDF/3_DAS_SAFWARDS_MODELL.pdf)

2.2.2. Die zehn Interventionen des Safewards-Modells

Den Kern des Safewards-Modells bilden 10 Interventionen^{27,51}. Diese zielen darauf ab, die Beziehung zwischen Patient*innen und Mitarbeitenden zu verbessern und so eine Reduktion von Konflikten und Zwangsmaßnahmen auf akutpsychiatrische Stationen herbeizuführen^{1,38,66,91}. Das Safewards-Modell schafft mit seinem praxisorientierten und multiperspektivischen Ansatz durch die genannten Interventionen die Grundlage für eine Reduktion konflikthafter Situationen und Eindämmungsmaßnahmen. Sie verlangen von den Mitarbeitenden jedoch eine kritische Evaluation ihrer Gewohnheiten, ihrer Einstellung gegenüber Patient*innen und eine Bereitschaft zur Veränderung dieser^{1,4,24}.

- „Gegenseitige Erwartungen klären“

Da die Erwartungshaltungen von Patient*innen und Mitarbeitenden auf akutpsychiatrischen Stationen häufig unklar sind, können Unsicherheiten und Missverständnisse die Folgen sein. Mit dem Ziel, derartige Missverständnisse und Unsicherheiten zu vermeiden, werden unter der Intervention „Gegenseitige Erwartungen klären“ Ansprüche und Erwartungshaltungen thematisiert. Dabei wird eine einheitliche Abstimmung dieser Erwartungen zwischen Mitarbeitenden und Patient*innen angestrebt.

- „Verständnisvolle Kommunikation“

Da nicht alle Erwartungen und Wünsche im Rahmen eines stationären Aufenthaltes realisiert werden können, was wiederum Konflikte mit sich bringen kann, baut die Intervention „Verständnisvolle Kommunikation“ auf eine bedachte, nachsichtige und respektvolle Kommunikation auf. Mithilfe der Sensibilisierung der Mitarbeitenden in ihrer Sprache gegenüber Patient*innen kann ein zeitiges Intervenieren erfolgen und so zur Vermeidung von Krisenherden beitragen. Ein bedeutendes Element hierbei stellt die Aushängung und der regelmäßige Austausch eines sogenannten „Botschaft des Tages“ dar. Postkarten mit Hinweisen und wichtige Botschaften stützen diese Intervention zusätzlich^{27,51,91}.

- „Positive Kommunikation“

Ziel der Intervention „Positive Kommunikation“ ist es, dass Mitarbeitende während den Schichtübergaben jeweils mindestens

eine positive Aussage über die Patient*innen äußern - unabhängig von den aktuellen Geschehnissen. Damit soll verhindert werden, dass ein negatives Bild von Patient*innen entsteht.

- „Deeskalierende Gesprächsführung“

Das Hauptziel der Intervention „Deeskalierende Gesprächsführung“ ist eine frühzeitige Erkennung eskalierender Prozesse und das deeskalierende Einschreiten in diese sowie die Suche nach Alternativen und gemeinsamen Lösungen.

- „Unterstützung bei unerfreulichen Nachrichten“

Mit der Intervention „Unterstützung bei unerfreulichen Nachrichten“ sollen den Mitarbeitenden Techniken vermittelt werden, die die Effekte negativer Nachrichten auf Patient*innen, wie bspw. die Trennung eines nahestehenden Menschen aus dem privaten Umkreis und Verlusterfahrungen, durch Vorbereitung und Begleitung der Patient*innen reduzieren und so negative Emotionen, die zu Konflikten oder Aggression beitragen, lindern können.

- „Gegenseitiges Kennenlernen“

Zur Herstellung vertrauensvoller Behandlungsbeziehungen und konfliktärmeren Interaktionen zwischen Mitarbeitenden und Patient*innen ist ein „Gegenseitiges Kennenlernen“ eine gute Voraussetzung. Da meist die Mitarbeitenden viele Informationen über die Patient*innen besitzen, bildet die Basis dieser Intervention die Mitteilung persönlicher Interessen und Ideen der Mitarbeitenden an die Patient*innen. Diese in Form von Steckbriefen auf den Stationen ausgehändigte und vermittelte Informationen dienen als Anknüpfstellen, um gemeinsame Interessen und Gesprächsthemen zu identifizieren, die die Beziehungen zwischen beiden Parteien fördern können.

- „Gemeinsame Unterstützungskonferenz“

Im Rahmen der Intervention „Gemeinsame Unterstützungskonferenz“ wird den Patient*innen gegenseitige Unterstützung in der Gemeinschaft ermöglicht. Bspw. im Rahmen eines einstündigen Termins einmal in der Woche/am Tag, zu dem alle Patient*innen und alle Mitarbeitenden zusammenkommen, findet sich die Möglichkeit, durch Kommunikation Hilfe anzubieten und zu erhalten.

- „Methoden zur Beruhigung“
Die „Methoden zur Beruhigung“ zielen auf Aktivitäten und Angebote mit beruhigender Wirkung ab. Durch ein zeitgerechtes Erkennen erster Anzeichen auf Unruhe, bspw. anhand von Mimik, Gestik oder Tonfall, können Methoden wie Entspannungsmusik, ein heißes Bad oder beruhigende Tees angeboten werden.
- „Sicherheit geben“
Da der akutpsychiatrische Stationsalltag häufig durch belastende Situationen und konfliktreiche Ereignisse geprägt ist, können als Reaktion auf die Geschehnisse negative Gemütszustände, wie Angst oder Wut bei Patient*innen auslöset werden. Als Folge dieser Emotionen können andere konflikthafte Situationen entstehen. Um eine weitere Eskalation zu vermeiden, wird im Rahmen der Intervention „Sicherheit geben“ eine fürsorgliche und sicherheitsgebende Begleitung der Patient*innen in diesen Situationen angestrebt. Nach Ereignissen, die von den Patient*innen als gefährlich oder angstaussend empfunden werden können, sollen Mitarbeitende auf die Patient*innen in Form von Gruppen- oder Einzelgesprächen eingehen und das Geschehene gemeinsam verarbeiten. Auch sollte in diesen Momenten die fürsorgliche Nähe zu den Patient*innen gesucht werden, ohne dabei autoritär oder aufdringlich zu wirken.
- „Entlassnachrichten“
Zur Vermittlung von Hoffnung und Reduktion negativer Emotionen werden Patient*innen an ihrem Entlassungstag gebeten, eine Nachricht an kürzlich aufgenommene Patient*innen zu schreiben, in denen sie positive Aspekte ihres Aufenthaltes beschreiben oder nützliche Ratschläge verschriftlichen. Diese unter der Intervention „Entlassnachrichten“ zusammengefasste Botschaften werden dann für alle Beteiligten ersichtlich an entsprechende Stellen – bspw. in der Mitte des Stationsflurs – ausgehangen.

2.3. Stand der Forschung

Zwangmaßnahmen stellen nach wie vor ein großes Problem mit erheblichem Einfluss auf Patient*innen und Mitarbeitenden sowie auf Faktoren, wie psychiatrische Behandlung, therapeutisches Klima und Mitarbeiterzufriedenheit, dar ^{5,27,38,39,50,52,57,62–66}. Angesichts dieser weitreichenden Auswirkungen wurde die Notwendigkeit nach Maßnahmen zur Reduktion von Konflikten und Zwangmaßnahmen erkannt ^{15,31,43,56,83–85}, bei denen ein multifaktorieller Ansatz mit einer ganzheitlichen Betrachtungsweise angestrebt wird ^{92,93}. Es konnte bereits nachgewiesen werden, dass das Safewards-Modell zu einer Reduzierung der Konfliktrate und Zwangmaßnahmen sowie zu einem verbesserten Sicherheitsempfinden auf psychiatrischen Stationen beitragen kann ^{1,3,39,44,50,51,93}. Dies führte zu einem erhöhten Interesse des Modells auf internationaler Ebene, dem viele Evaluationen folgten.

Zur Gewährleistung eines umfassenden und aktuellen Standes der in dieser Arbeit verwendeten Literatur erfolgte eine umfassende und systematische Literaturrecherche über das Safewards-Modell über die medizinische Datenbank „PubMed“. Es konnten insgesamt 25 Studien sowie 5 systematische Übersichtsarbeiten für den Zeitraum von 2015 bis 2024 identifiziert werden. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über Design, Ort, klinische Population, Untersuchungszeitraum, untersuchte Endpunkte und Ergebnisse der Studien.

2.3.1. Einzelstudien

Bei den veröffentlichten Einzelstudien handelte es sich in der Mehrheit der Fälle um quantitative Arbeiten (n=11, darunter eine randomisiert kontrollierte Studie), gefolgt von gemischt-methodischen Arbeiten (n=9) und qualitativen Arbeiten (n=5). Geographisch stammen die Arbeiten aus Australien (n=10), Großbritannien (n=7), Canada (n=1), Deutschland (n=2), Dänemark (n=1), Finnland (n=2), Irland (n=1) und Polen (n=1). Weitere Informationen sind Tabelle 1 zu entnehmen.

2.3.2. Systematische Übersichtsarbeiten

Insgesamt wurden 5 systematische Übersichtsarbeiten ausgewertet. Mit Ausnahme der Publikationen von Jäckel et al. (2019), Hamilton et al. (2023) und Luck et al. (2024) wurden alle in Tabelle 1 aufgeführten Studien in den Übersichtsarbeiten berücksichtigt und diskutiert. Im Folgenden sowie in Tabelle 1 werden die Ergebnisse der Übersichtsarbeiten zusammenfassend umrissen.

Das Ziel der aus 2021 stammende Übersichtsarbeit von Finch et al. (2021) aus Großbritannien war es zu beurteilen, ob durch die Einführung des Safewards-Modells Konflikte und Zwangsmaßnahmen reduziert sowie das Stationsklima verbessert werden können. Hierzu wurden 13 Arbeiten aus den Jahren 2015 bis 2021 aus 5 wissenschaftlichen Datenbanken berücksichtigt, die mithilfe des „Quality Assessment Tool for Studies with Diverse Designs (QATSDD)“ nach ihrer qualitativen Aussagekraft mehrheitlich als „moderat“ kategorisiert wurden. Unter diesen befanden sich 6 quantitative Studien; 1 von ihnen war eine randomisiert kontrollierte Studie¹. Bei den restlichen handelte es sich um gemischt-methodische (n=6) und qualitative (n=1) Studien. Von den 13 berücksichtigten Studien haben 12 alle 10 Safewards-Interventionen implementiert. 1 Studie setzte nur 3 Interventionen um⁹⁴. Die Ergebnisse wurden anhand mehrerer Endpunkte bewertet: Einfluss auf die Konfliktrate, Zwangsmaßnahmen und das Stationsklima. 7 der 13 Studien untersuchten den Einfluss auf die Konfliktrate^{1,93,95-99}. Die Arbeit von Fletcher, Buchanan-Hagen et al. (2019) verwendete eine Online-Umfrage, um den Einfluss des Safewards-Modells auf die Konfliktraten aus Sicht der Patient*innen zu erfassen⁹⁹. Fletcher, Hamilton et al. (2019) verwendeten einen ähnlichen Ansatz, jedoch aus Sicht der Mitarbeitenden⁹³. 3 Studien berichteten über eine signifikante Reduktion der Konfliktraten^{1,95,96}. 9 Studien untersuchten den Einfluss auf Zwangsmaßnahmen^{1,27,39,94-98,100}. 6 dieser Studien fanden eine signifikante Reduktion der Zwangsmaßnahmen^{1,27,94-96,100}. In 2 Studien war die Reduktion der Zwangsmaßnahmen nicht signifikant^{39,97}. 1 Studie verzeichnete keine Veränderungen⁹⁸. 3 Studien untersuchten den Einfluss auf das Stationsklima^{38,98,101}. Die Arbeit von Hottinen et al. (2020) berichtete aus Sicht der Mitarbeitenden von einer Verbesserung im Bereich des "Sicherheitserlebens" und aus Patientensicht im Bereich "Therapeutischer Halt"^{38,98}. Maguire et al. (2018) beschrieben aus Sicht der Mitarbeitenden eine Verbesserung des "Sicherheitserlebens" und des "Zusammenhalts der Patient*innen"⁹⁸. 1 Studie verzeichnete in allen 3 Subgruppen eine Verbesserung¹⁰¹. Insgesamt konnte die Wirksamkeit des Safewards-Modells auf die Konfliktrate und Zwangsmaßnahmen bestätigt werden, wobei dieser Effekt, basierend auf die in dieser Arbeit gewonnenen Ergebnisse, sich nur auf allgemein-psychiatrische Stationen bezieht. Die Autoren empfehlen weitere Untersuchungen mit methodisch robustem

Studiendesign und größere Stichproben, um die Wirksamkeit des Safewards-Modells in den verschiedenen Kontexten nachzuweisen ¹⁰².

Die Übersichtsarbeit von Ward-Stockham et al. (2021) aus Australien untersuchte einerseits, ob durch die Implementierung des Safewards-Modells konflikthafte Ereignisse und Zwangsmaßnahmen und andererseits die Wahrnehmung der Patient*innen und Mitarbeitenden sich veränderten. Insgesamt wurden 13 medizinische Datenbanken, aus denen 14 Studien aus den Jahren 2015 bis 2020 extrahiert wurden. Auch hier wurden 6 quantitative Studien inkl. der einzigen randomisierten kontrollierten Studie von Bowers et al. (2015) berücksichtigt. Darüber hinaus wurden die Daten aus gemischt-methodischen (n=5) und qualitativen (n=3) Studien ausgewertet. 2 Studien konnten eine signifikante Reduktion der Konfliktraten nachweisen ^{1,95}; in einer Studie zeigte sich keine signifikante Reduktion der Konfliktrate ⁹⁷. In 5 Studien konnte eine signifikante Reduktion der Zwangsmaßnahmen festgestellt werden ^{1,39,95,100,103} und in 2 Studien waren keine statistisch signifikante Reduktion der Zwangsmaßnahmen nachzuweisen ^{97,98}. 1 Studie berichtete in der Nachbeobachtung über eine statistisch signifikante Reduktion der Zwangsmaßnahmen ³⁹. Insgesamt konnten in 3 Studien eine Verbesserung des Sicherheitserlebens aus Sicht der Patient*innen und/oder der Mitarbeitenden festgestellt werden ^{38,98,101}. Keine signifikante Veränderung des Sicherheitserlebens aus Sicht der Patient*innen fand sich in 1 Studie ³⁸. In einer weiteren Studie ließen sich keine signifikanten Veränderungen des Sicherheitserlebens aus Sicht der Mitarbeitenden feststellen ⁹⁸. Aus Sicht der Patient*innen und Mitarbeitenden haben sich nach Einführung des Safewards-Modells die einzelnen Subskalen des Stationsklimas („Therapeutischer Halt“, „Zusammenhalt der Patient*innen“ und „Sicherheitserleben“) und das Stationsklima insgesamt („Globales Stationsklima“) verbessert. In Studien, in denen keine signifikanten Veränderungen der Konfliktereignisse und Zwangsmaßnahmen festgestellt werden konnten, konnten Barrieren identifiziert werden, die die Effekte des Safewards-Modells reduzierten. Als zentrale Barrieren wurden Widerstand zu Veränderungen seitens der Mitarbeitenden, insuffiziente Schulungen, hohe Mitarbeiterfluktuationen und schwere akute Symptome der Patient*innen identifiziert. Regelmäßige Schulungen, die Unterstützung durch die Leitung und ausreichende Zeit für die Verfestigung des Modells hingegen förderten die Motivation der Mitarbeitenden. Diese Faktoren seien

Voraussetzung für die Implementation und die langfristige Aufrechterhaltung der positiven Veränderungen. Gerade unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse werden, trotz der vielversprechenden Ergebnisse, weitere Studien mit dem Ziel robuste Ergebnisse zu erheben, empfohlen ¹⁰⁴.

Die Arbeit von Mullen et al. (2022) aus Australien untersuchte den aktuellen wissenschaftlichen Stand über das Safewards-Modell in Bezug auf seine Umsetzung, Akzeptanz, Wirksamkeit und die Befriedigung von Patientenbedürfnissen. Über die systematische Recherche in 4 wissenschaftlichen Datenbanken konnten 19 Artikel aus den Jahren 2014 bis 2020 extrahiert und in der Arbeit berücksichtigt werden. Hierbei handelte es sich um 6 quantitative Studien inkl. einer randomisierten kontrollierten Studie, 7 gemischt-methodischen, 2 qualitative Studien sowie um 4 Diskussionen. Anhand der Resultate der Studien erfolgte eine thematische Aufteilung in 6 verschiedene Kategorien, die in den Studien behandelt werden: „Schulung der Mitarbeitenden“, „Implementationsstrategie“, „Akzeptanz des Modells durch Mitarbeitende“, „Modelltreue“, „Effektivität des Modells“ und „Patientenperspektive“. 6 Studien befassten sich mit der „Schulung der Mitarbeitenden“ ^{3,39,97,98,105,106}. In den Studien, in denen die Mehrheit der Mitarbeitenden geschult wurde, zeigte sich eine höhere Umsetzungsrate ^{39,98,106} als im Vergleich zu den Studien, in denen nur 50 % oder weniger der Mitarbeitenden geschult wurden ^{3,97}. 6 Studien untersuchten die „Implementierungsstrategie“, wobei die Ergebnisse stark variierten ^{1,3,27,39,97,98}. Faktoren, wie die Ernennung von Verantwortlichen (sogenannter „Champions“), die Dauer des Implementierungsprozesses und die Einbeziehung der Patient*innen in den Prozess scheinen einen großen Einfluss auf das Ergebnis zu haben ³. 7 Studien untersuchten die „Modelltreue“ ^{1,27,39,96–98,107}. 5 dieser Studien konnten eine hohe Modelltreue nachweisen ^{27,39,96,98,107}, während 2 Studien über eine geringe Modelltreue berichteten ^{1,97}. 8 Studien untersuchten die „Effektivität des Modells“, bewertet anhand der Messung der Konfliktraten und Zwangsmaßnahmen ^{1,27,39,94,96–98,100}. 4 dieser Studien berichteten über eine geringe oder unzureichende Reduktion der Zwangsmaßnahmen ^{27,97,98,100}. In den anderen 4 Studien konnte hingegen eine Reduktion der Zwangsmaßnahmen nachgewiesen werden ^{1,39,94,96}. Die Konfliktrate reduzierte sich in 2 Studien signifikant ^{1,96}. 2 Studien untersuchten das Stationsklima ^{98,101}. 1 Studie konnte Verbesserungen in 2 Subgruppen des „Globalen Stationsklimas“

(„Zusammenhalt der Patient*innen“ und „Sicherheitserleben“) nachweisen⁹⁸; die andere Studie zeigte eine Verbesserung in allen drei Subgruppen¹⁰¹. In einer Studie wurde die Stationsatmosphäre mittels einer anderen Untersuchungsskala, dem Ward Atmosphere Scale, bestimmt und als unverändert beschrieben¹. Die „Akzeptanz des Modells durch die Mitarbeitenden“ wurde in 5 Studien bewertet, wobei die Ergebnisse variierten^{3,39,93,97,98}. Die „Perspektive der Patient*innen“ wurde in 2 der 19 berücksichtigten Studien untersucht^{99,101}. Die Autoren schlussfolgern, dass das Safewards-Modell als evidenz-basierter Ansatz die Konfliktraten und Zwangsmaßnahmen auf allgemein-psychiatrischen und forensisch-psychiatrischen Stationen reduzieren kann, vorausgesetzt die Implementierung erfolgte mit einer hohen Umsetzungstreue. Eine reduzierte Umsetzungstreue spiegelt eine geringe Akzeptanz des Modells durch die Mitarbeitenden wider, welches wiederum zu schlechteren Ergebnissen führe. Unter Berücksichtigung dieses Erkenntnisses empfehlen die Autoren, die Mitarbeitenden in den Implementierungsprozess zu involvieren. Des Weiteren findet in der Literatur die Sicht der Patient*innen zu wenig Beachtung, mit denen sich nur 2 der Studien beschäftigten^{99,101}. Gerade diese Lücke soll durch weitere Untersuchungen ergänzt werden⁵¹.

Die Übersichtsarbeit von Björkdahl et al. (2023) aus Schweden befasste sich mit Umsetzungsbarrieren und -voraussetzungen des Safewards-Modells aus Sicht der Mitarbeitenden. Aus 8 wissenschaftlichen Datenbanken wurden 10 Artikel aus den Jahren 2016 bis 2022 extrahiert. Bei 6 der Studien handelt es sich um gemischt-methodische und bei 4 um qualitative Studien. Die aus diesen Studien gewonnenen Daten wurden entsprechend des i-PARIHS-Bezugsrahmen für die Implementierung evidenzbasierter Modelle bestehend aus 3 Ebenen („Externes Gesundheitssystem“, „Organisationsebene“ und „lokale Ebene“) und 18 Subebenen qualitativ ausgewertet. Die Ebene des „externen Gesundheitssystems“ bezieht sich bspw. auf aktuelle politische Diskussionen, Entscheidungen oder Gesetze. Die „Organisationsebene“ beschäftigt sich mit Fragen zu lokalen Organisationen, wie ein Krankenhaus. Die „lokale Ebene“ befasst sich mit Merkmalen einer bestimmten Station, wie z.B. die Unterstützung der Führungskräfte oder die Beteiligung der Mitarbeitenden. Es fiel auf, dass die deutliche Mehrheit der Arbeiten sich mit der „lokalen Ebene“ beschäftigen. Insbesondere 3 Subebenen waren am häufigsten vertreten: „Formelle und informelle Führungsunterstützung“,

„Grad der Anpassung“ und „Werte und Überzeugungen“ der Anwender. Die Ebene des „externen Gesundheitssystems“ wurde nur in 3 Studien untersucht ^{66,105,107}; die der „Organisationsebene“ wurden in 7 Studien beurteilt ^{3,66,93,98,105,107,108}. Hieraus schlussfolgern die Autoren, dass der bisherige Fokus von der „lokalen Ebene“ auf weitere Ebenen mit weitreichendem Einfluss ausgeweitet werden müsse ¹⁰⁹.

Auch die Übersichtsarbeit von Knauf et al. (2023) aus Neuseeland beschäftigte sich mit Umsetzungsbarrieren und -voraussetzungen des Safewards-Modells. Hierfür wurden aus 12 wissenschaftlichen Datenbanken 22 Studien aus den Jahren 2015 bis 2022 in der Analyse berücksichtigt. Unter den Studien waren 9 quantitative Studien, von denen 1 randomisiert kontrolliert durchgeführt wurde, 9 gemischt-methodische und 4 qualitative Studien vertreten. Bei der Auswertung der Studien wurden 4 qualitative Kategorien identifiziert: „Gestaltung der Safewards-Interventionen und -Implementierung“, „Beteiligung der Mitarbeitenden und ihre Wahrnehmung von Safewards“, „Einflüsse des Gesundheitssystems auf die Implementierung“ sowie „Wahrnehmung der Patient*innen und ihre Wahrnehmung von Safewards“. Typische Barrieren bei der „Gestaltung der Safewards-Interventionen und -implementierung“ waren die Anpassung der Interventionen ^{105,110}, mangelnde Daten aufgrund unzureichender Teilnehmerzahlen ^{1,111}, Verwendung von Messwerkzeuge mit Benachteiligung subjektiver Parameter wie Einstellung oder Engagement der Mitarbeitenden ^{1,27,96,111}, der Aufwand der Implementierung ^{1,66,97}, unzureichende Planung der Implementierung ^{4,97,99} sowie insuffiziente Einweisung und Einarbeitung der Mitarbeitenden in das Modell ^{4,95,97,108,110}. In Bezug auf die „Beteiligung der Mitarbeitenden und ihre Wahrnehmung von Safewards“ wurden die Einstellung und der Widerstand der Mitarbeitenden ^{3,4,27,66,93,97,101,105}, ihr Engagement ^{27,99}, ungenügender Informationsstand der Mitarbeitenden über das Modell ^{4,66,101} sowie die Rolle sogenannter „Champions“ als Barrieren erkannt ^{3,4,66,97}. Hinsichtlich der „Einflüsse des Gesundheitssystems auf die Implementierung“ wurden eine fluktuierende Personalbesetzung ^{3,4,27,39,66,94,95,108,110–112}, schwere Krankheitsfälle der Patient*innen mit Einschränkung der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit ^{66,95,105,108}, unzureichende und knappe Ressourcen ^{1,27,66,110}, Stationsklima ^{3,66,105} sowie eine mangelnde leitende Führung und Unterstützung ^{3,39,94,105} als Barrieren erkannt. In Bezug auf die „Wahrnehmung der Patient*innen und

ihre Wahrnehmung von Safewards“ wurden die mangelnde Bindung und Beteiligung der Patient*innen ^{4,38,95,97,99,112} und ihre negative Wahrnehmung der Sprache und Intention des Modells ^{97,99} als Hindernisse beschrieben. Die Autoren empfehlen eine robuste Gestaltung des Implementierungsprozesses, die Mitbeteiligung der Mitarbeitenden in den Implementierungsprozess, die Förderung einer positiven Wahrnehmung des Safewards-Modells, die Unterstützung des Gesundheitssystems mit den benötigten Ressourcen sowie die Schärfung des Bewusstseins der Patient*innen auf das Modell und ihre Beteiligung in den Interventionen. Ferner empfehlen die Autoren weitere Untersuchungen von Implementierungsbarrieren und -voraussetzungen, um die Safewards-Implementierungen zu verbessern ¹¹³.

Tabelle 1: Internationale Studien zur Implementation des Safewards-Modells (n = 25).

Die Modelltreue dient der Bewertungen komplexer Interventionen, da sie wichtige Daten zu Implementierungsbarrieren und -voraussetzungen liefert ^{105,116}

Studie	Studien- design	Ort	Klinische Population	Unter- suchungs- zeitraum	Untersuchte Endpunkte	Ergebnisse
Baumgardt et al. (2019) ²⁷	Quantitative Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe	Berlin, Deutschland	103 Patient*innen von zwei geschützten akutpsychiatrischen Stationen	2016 - 2018	Häufigkeit und Dauer der Zwangsmaßnahmen 10 Wochen vor und 10 Wochen nach Safewards-Implementierung, Modelltreue	Rückgang der Anwendung von Zwangsmaßnahmen auf beiden Stationen; Rückgang nur auf einer der Station statistisch signifikant ($p < 0,001$); Abnahme der Dauer der Zwangsmaßnahmen auf einer der Stationen signifikant ($p = 0,032$); hohe Modelltreue auf beiden Stationen
Bowers et al. (2015) ¹	Cluster randomisierte Kontrollstudie	London, Großbritannien	564 Mitarbeitende aus 31 akutpsychiatrischen Stationen in 15 Kliniken	Ohne Angaben	Anzahl von Konfliktereignissen und Zwangsmaßnahmen über einen Zeitraum von 16 Wochen	Reduktion der Anzahl von Konfliktereignissen um etwa 15 % ($p < 0,1$) und von Zwangsmaßnahmen um 26,4 % ($p < 0,1$) in der Interventionsgruppe
Cabral and Carthy (2017) ¹⁰¹	Gemischtmethode Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe	Großbritannien	89 Patient*innen und 102 Mitarbeitende aus 6 forensischen Stationen	2014 – 2015	Stationsklima, Implementierungsgrad und Einfluss der Interventionen 6 Monate nach Implementierung	Verbesserung des Stationsklimas („Therapeutischer Halt“, „Zusammenhalt der Patient*innen“ und „Sicherheitserleben“, „Globales Stationsklima“); hoher Implementierungsgrad; Reduktion von Konflikten und der Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen (qual.)
Davies et al. (2020) ⁹⁵	Gemischtmethode Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe	Südwales, Großbritannien	10 Mitarbeitende aus einer Station für Menschen mit geistiger Behinderung	2017 - 2019	Konfliktereignisse und Zwangsmaßnahmen 12 Monate nach Implementierung	Signifikante Reduktion von Aggression ($p < 0,01$), Fluchtgefahr ($p < 0,05$), Medikamenten-assoziiertem Verhalten ($p < 0,01$) sowie Zwangsmaßnahmen ($p < 0,01$)
Dickens et al. (2020) ⁹⁶	Quantitative Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe	Sydney, Australien	8 psychiatrische Stationen für Erwachsene aus einem städtischen Gesundheitsbezirk	2019 - 2020	Konflikte und Zwangsmaßnahmen, Bereitschaft zur Gewaltprävention, Modelltreue 24 Wochen nach Implementierung	Reduktion von konflikthaften Ereignissen um 23 % und von Zwangsmaßnahmen um 12%; Keine Veränderungen hinsichtlich Bewertungen der Gewaltpräventionsbereitschaft;

						Konflikt- und Zwangsmaßnahmen abhängig von Stationsform (Akut vs. Nicht-akut); hohe Raten von Konfliktereignissen und Zwangsmaßnahmen auf akuten Stationen; hohe Modelltreue (73,7 %)
Fletcher et al. (2017) ³⁹	Quantitative Prä-Post-Studie mit Kontrollgruppe	Victoria, Australien	44 psychiatrische Stationen für Jugendliche und Erwachsene	2015 – 2016	Isolationsrate für den Zeitraum von insgesamt 15 Monaten (3 Monate vor bis 12 Monate nach Implementierung), Modelltreue	Keine Veränderungen der Isolationsraten; nach 12-monatiger Nachbeobachtung Reduktion der Isolationsrate um 36 %; keine Unterschiede hinsichtlich der Isolationsraten in der Vergleichsgruppe; hohe Modelltreue
Fletcher, Buchanan-Hagen et al. (2019) ⁹⁹	Gemischt-methodische Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe	Victoria, Australien	72 Patient*innen aus 10 psychiatrischen Stationen für Jugendliche und Erwachsene	2016	Veränderungen durch Implementierung des Safewards-Modells aus Sicht der Patient*innen 9-12 Monate nach Implementierung	Aus Sicht der Patient*innen positiver Einfluss des Safewards-Modells auf physische und verbale Konflikte, erhöhtes Sicherheitsempfinden auf den Stationen und Verbesserung des Verhältnisses zu den Mitarbeitenden; positiv bewertete qualitative Faktoren: 1. Anerkennung und Respekt 2. Gemeinschaftsgefühl 3. Hoffnung 4. Sicherheit und Gefühl der Ruhe 5. Bevormundende Sprache und Absicht 6. Umsetzung in der Praxis
Fletcher, Hamilton et al. (2019) ⁹³	Gemischt-methodische Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe	Victoria, Australien	103 Mitarbeitende aus 14 offenen und geschützten Stationen für psychische Gesundheit für Jugendliche und Erwachsene	2015 – 2016	Veränderungen durch Implementierung des Safewards-Modells aus Sicht der Mitarbeitenden 9-12 Monate nach Implementierung	Aus Sicht der Mitarbeitenden positiver Einfluss des Safewards-Modells auf konflikthafte Ereignisse – insbesondere physische und verbale Aggression, erhöhtes Sicherheitsempfinden auf den Stationen und stärkeres Gemeinschaftsgefühl mit den Patient*innen; positiv bewertete qualitative Faktoren: 1. Strukturiertheit und Eignung des Modells 2. Konfliktprävention und Reduktion von restriktiven Maßnahmen 3. positive Gemeinschaftskultur 4. Förderung der Genesung;

						Übereinstimmung der Wahrnehmung der Mitarbeitenden und der Patient*innen
Fletcher et al. (2020) ¹⁰⁶	Quantitative Prä-Post-Studie	Victoria, Australien	428 Mitarbeitende aus 18 psychiatrischen Stationen; davon 275 prä-Schulung, 153 post-Schulung. Aufgeteilt in 2 Gruppen mit 2 Trainingsmethoden: berufsbegleitendes Training mit/ohne separaten Schulungstag	Ohne Angaben	Kenntnisstand, Selbstvertrauen und Motivation, Modelltreue über 12 Wochen andauernder Implementierungsprozess	Bewertung von Kenntnisstand und Selbstvertrauen vor Implementierung als „gut“; nach Implementierung als „sehr gut“; Bewertung von Motivation vor Implementierung als „sehr gut“ und danach als „exzellent“; beide Gruppen zufrieden mit beiden Trainingsmethoden, jedoch höhere Zufriedenheit der „plus separaten Schulungstag“-Gruppe; kein signifikanter Unterschied der Modelltreue zwischen beiden Gruppen
Fletcher et al. (2021) ⁶⁶	Gemischt-methodische Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe	Victoria, Australien	7 Mitarbeitende aus akuten und geschlossenen Stationen für psychische Gesundheit für Jugendliche und Erwachsene	2014 – 2016	Implementierungsbarrieren und –voraussetzungen über einen 12-Wochen andauernder Implementierungsprozess	Engagement des Hauptpersonal einschließlich der leitenden Führungskräfte, Trainingsprogramme für alle Mitarbeitenden und suffiziente Planung des Implementierungsprozesses sind wichtigste Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung; schwere Krankheitsfälle der Patient*innen, eine mangelnde leitende Unterstützung, kurze Umsetzungszeitrahmen, knappe Ressourcen und eine kritische Haltung der Mitarbeitenden erschweren die Implementierung
Hamilton et al. (2023) ¹¹⁴	Gemischt-methodische Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe	Perth, Australien	67 Krankenschwestern aus 3 Stationen einer Klinik für psychische Gesundheit	2020 – 2021	Wahrnehmung und Einstellung der Mitarbeitenden gegenüber der klinischen Supervision im Rahmen des GRiP-S-Ansatzes und seine Wirkung 9 Monate nach seiner Einführung	Mittels des GRiP-S-Ansatzes Verbesserung von Umsetzung des Safewards-Modells und der klinischen Vorgehensweise der Krankenschwestern; Steigerung der Zufriedenheit der Mitarbeitenden durch klinische Supervision (Mittelwert Prä-GRiP-S 69,54 (SD 16,059) vs. Post-GRiP-S 71,47 (SD 13,978)); Verbesserung der therapeutischen Beziehungen, Patienten-fokussierte Behandlungen, Kommunikation unter den Mitarbeitenden und Teamfähigkeit durch Supervision
Higgins et al. (2018) ³	Qualitative Prä-Post-	Queensland, Australien	15 Krankenschwestern aus 3 akut-psychiatrischen Stationen	Ohne Angaben	Einflussfaktoren auf Implementierungsprozess aus Sicht	Mangelnde leitende Unterstützung durch das Management, mangelhafte Fortbildungszeit, die Sprache des Safewards-Modells, die Anzahl akuter Krankheitsfälle auf den

	Studie ohne Kontrollgruppe	lien			der Mitarbeitenden 12 Monate nach Implementierung	Stationen sowie hohe Patienten- und Personalfuktuationen als Barrieren eines erfolgreichen Implementierungsprozesses
Hottinen et al. (2019) ³⁸	Quantitative Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe	Helsinki, Finnland	88 Patient*innen und 166 Mitarbeitende aus 6 geschützten psychiatrischen Stationen	2015 – 2016	Stationsklima („Zusammenhalt der Patient*innen“, „Therapeutischer Halt“ und „Sicherheitserleben“, „Globales Stationsklima“) 12 Monate nach Implementierung	Aus Sicht der Patient*innen Verbesserung von „Therapeutischer Halt“ (p<0,05) und „Zusammenhalt der Patient*innen“ (p<0,05); Aus Sicht der Mitarbeitenden Verbesserung von „Sicherheitserleben“ (p<0.05)
Jäckel et al. (2019) ⁵⁰	Quantitative Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe	Berlin, Deutschland	80 Patient*innen und 88 Mitarbeitende aus 2 geschützten akutenpsychiatrischen Stationen	2016 - 2018	Stationsklima („Zusammenhalt der Patient*innen“, „Therapeutischer Halt“ und „Sicherheitserleben“, „Globales Stationsklima“), Arbeitszufriedenheit, Modelltreue 12 Monate nach Implementierung	Aus Sicht der Patient*innen auf einer Station Verbesserung des Stationsklimas hinsichtlich der Subskala „Zusammenhalt der Patient*innen“ (p=0,029) und des „Globen Stationsklimas“ (p=0,022) nach Safewards-Implementierung; Aus Sicht der Mitarbeitenden Verbesserung des „Globalen Stationsklimas“ (p<0,001) und allen drei Subskalen („Therapeutischer Halt“ (p=0,004), „Zusammenhalt der Patient*innen“ (p=0,004) und „Sicherheitserleben“ (p=0,003)) nach Safewards-Implementierung; Anstieg der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden (p=0,021); hohe Modelltreue
James et al. (2017) ¹⁰⁵	Qualitative Prä-Post-Studie	London, England	565 Mitarbeitende aus 16 psychiatrischen Stationen	Ohne Angaben	Bewertung des Implementierungsprozesses über drei 8-wöchige Episoden	Interventionen durch Mitarbeitende modifiziert mit Einfluss auf ihre Wirkungsweise (Förderung vs. Schwächung); Stationsumfeld und -organisation, Qualifikationen und fachliche Eignung der Mitarbeitenden, persönliche Haltung und Einstellung der Mitarbeitenden gegenüber dem Modell sowie die Resonanz der Patient*innen beeinflussen die Qualität der Implementierung
Kipping et al. (2019) ¹⁰⁷	Gemischt-methodische Prä-Post-Studie	Canada	108 Mitarbeitende aus 6 forensischen Stationen	2015 – 2017	Bewertung des Implementierungsprozesses, Modelltreue über drei 4-monatige Episoden	Einbeziehung des Personals in die Planung und Einsatzbereitschaft der Mitarbeitenden hat positiven Einfluss auf Erfolg von Implementierung; hohe Modelltreue

Lee et al. (2021) ⁴	Qualitative Prä-Post-Studie	Irland	21 Krankenschwestern und Stationsleitungen von einer akutpsychiatrischen Station mit 42 Betten	Ohne Angaben	Beurteilung des Implementierungsprozesses über 12 Wochen, Herausforderungen und Auswirkungen des Safewards-Modells 12 Monate nach Implementierung	Implementierungsprozess aufgrund mangelnden Trainings und unzureichender Schulung der Mitarbeitenden ineffizient; mangelnde leitende Unterstützung mit einer reduzierten Modelltreue und Akzeptanz der Safewards-Interventionen assoziiert; aus Sicht der Mitarbeitenden Verbesserung der Kommunikation und des Verhältnisses zu den Patient*innen
Lickiewicz et al. (2021) ⁹⁴	Quantitative Prä-Post-Studie	Polen	450 männliche Patienten einer Station einer psychiatrischen Klinik mit 50 Betten	2018 – 2019	Zwangsmaßnahmen zu unterschiedlichen Schichten 8 Monate nach Implementierung	signifikante Reduktion der Anzahl von mechanischen Zwangsmaßnahmen während der Tag- (21%, $p<0,002$) und Nachtschichten (27%, $p<0,000$); der Anzahl der mechanischen Zwangsmaßnahmen insgesamt (24 %, $p<0,000$) und der Patientenzahl, die Zwangsmaßnahmen erhalten haben (34%, $p<0,001$) nach Implementierung
Luck et al. (2024) ¹¹⁵	Qualitative Prä-Post-Studie	New South Wales, Australien	2 allgemein-medizinische Stationen	2022	Machbarkeit einer Modifikation von 2 Safewards-Interventionen hinsichtlich der Bedürfnisse von nicht-psychiatrischen bzw. allgemein-medizinischen Stationen und deren Anwendung 6 Monate nach Implementierung	Erfolgreiche Modifikation und Anwendung der Safewards-Interventionen auf allgemein-medizinische Stationen zur Bewältigung von Gewalt, die von Patient*innen und Besuchern ausgeht, möglich
Maguire et al. (2018) ⁹⁸	Gemischt-methodische Studie mit wiederholten Prä-Post-Erhebungen	Victoria, Australien	14 männliche Patient*innen und 12 Mitarbeitende einer forensisch-psychiatrischen Abteilung mit 20 Betten	2015 – 2016	Konfliktvolle Ereignisse, Zwangsmaßnahmen, Stationsklima („Zusammenhalt der Patient*innen“, „Therapeutischer Halt“ und „Sicherheitserleben“, „Globales Stationsklima“), Modelltreue, Erfahrungen der Patienten*innen und Mitarbeitenden mit dem Modell 12 Monate nach Implementierung	Reduktion von konfliktvollen Situationen um 65 Fälle (Fluchtverhalten, Drogenkonsum, Selbstverletzung, Medikamentenverweigerung, verbale und physische Aggression sowie Sachaggression); Zwangsmaßnahmen und Isolationsraten unverändert; aus Sicht der Patient*innen Verbesserung des „Zusammenhaltes der Patient*innen“ ($p=0,02$); aus Sicht der Mitarbeitenden Verbesserung des „Zusammenhaltes der Patient*innen“ ($p=0,01$) und des „Sicherheitserlebens“ ($p=0,01$); hohe Modelltreue;

						aus Sicht der Mitarbeitenden verbesserte Stationsatmosphäre durch respektvollen Umgang miteinander und verbesserte Kommunikation
Palviainen et al. (2020) ¹¹²	Quantitative Prä-Post-Studie	Helsinki, Finnland	335 Patient*innen und Mitarbeitende aus 8 psychiatrischen Stationen	2015 - 2016	Stationsklima („Zusammenhalt der Patient*innen“, „Therapeutischer Halt“ und „Sicherheitserleben“, „Globales Stationsklima“) 12 Monate nach Implementierung mit 2 Messzeitpunkten (t1: März.2017 + t2: Sep.2017)	„Therapeutischer Halt“ aus Sicht der Mitarbeitenden höher als aus Sicht der Patient*innen (t1 + t2: p<0,001); „Zusammenhalt der Patient*innen“ aus Sicht der Patient*innen und Mitarbeitende keine signifikante Veränderung; „Sicherheitserleben“ aus Sicht der Patient*innen höher als aus Sicht der Mitarbeitenden (t1 + t2: p<0,001)
Price et al. (2016) ⁹⁷	Gemischt-methodische, nicht randomisierte kontrollierte Studie	Großbritannien	61 Mitarbeitende aus 6 forensischen Stationen (3 Interventions- und 3 Kontrollgruppen)	Ohne Angaben	Konfliktereignisse, Zwangsmaßnahmen, Modelltreue, Akzeptanz der Interventionen über 22 Wochen unter Mitarbeitenden	Kein statistisch signifikanter Rückgang von Konfliktereignissen und Zwangsmaßnahmen nach Implementierung; geringe Modelltreue (27,28%); aus Sicht der Mitarbeitenden Safewards-Interventionen für Reduktion der Konfliktraten und Zwangsmaßnahmen unwirksam; skeptische und kritische Einstellung der Mitarbeitenden gegenüber dem Implementierungsprozess als Barriere für Implementierung, da dieser mit hohen Anforderungen einhergehe
Riding (2016) ¹⁰³	Quantitative Prä-Post-Studie	Großbritannien	Erwachsene mit einer Lernbehinderung	2014 – 2016	Restriktive Maßnahmen, Isolationsmaßnahmen, Beruhigungsmaßnahmen 12 Monate nach Implementierung	Reduktion restriktiver Maßnahmen um 42%, Isolationsmaßnahmen um 42% und rascher Beruhigungsmaßnahmen um 52%
Stensgaard et al. (2018) ¹⁰⁰	Quantitative Prä-Post-Studie	Dänemark	26 akutpsychiatrische Stationen	2012 – 2017	Zwangsmaßnahmen insgesamt, Zwangsmedikation, mechanische Fixierungen über 5 Jahre	Reduktion von Zwangsmaßnahmen insgesamt pro Quartal um 2 % (p<0,001), von Zwangsmedikation pro Quartal um 11 % (p<0,001), keine signifikanten Veränderungen der mechanischen Fixierungen
Yates & Lathlean (2022) ¹⁰⁸	Qualitative Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe	England, Großbritannien	10 Mitarbeitende aus akutpsychiatrischen Stationen für Jugendliche	Ohne Angaben	Bewertung des Implementierungsprozesses über 20 Wochen 4 Monate nach Implementierung	Behinderung des Implementierungsprozesses durch Faktoren, wie schwere Symptome, mangelnde führende Unterstützung, unregelmäßige Personalbesetzung und verfestigte Betriebsabläufe;

						Einführung von „Gemeinsame Unterstützungskonferenz“ und „Methoden zur Beruhigung“ als initiale Interventionen während des Implementierungsprozesses für einen besseren Zugang zu Unterstützung und Kommunikation empfohlen; aktive Beteiligung von Patient*innen am Implementierungsprozess empfohlen
--	--	--	--	--	--	--

Basierend auf den oben dargelegten Studien zeigt sich eine heterogene Ergebnislage. Es konnte bereits nachgewiesen werden, dass das Safewards-Modell zu einer Reduzierung der Konfliktrate und Zwangsmaßnahmen sowie zu einem verbesserten Stationsklima und Sicherheitsempfinden auf psychiatrischen Stationen beitragen kann ^{1,3,39,44,50,51,93}. Während einige Studien die Wirksamkeit des Safewards-Modells auf die Konfliktraten und Zwangsmaßnahmen bestätigen konnten ^{1,27,39,98,100}, konnten andere diese Effekte nicht nachweisen ⁹⁷. In einer Studie wurde die Verwendung der Safewards-Interventionen von den Mitarbeitenden im Verlauf sogar eingestellt ¹⁰⁵. Des Weiteren bewerten Mitarbeitende und Patient*innen den Einfluss der Safewards-Interventionen unterschiedlich ^{38,50,112}. Mehrere Variablen, wie vorangehende Erfahrungen mit dem Modell, die Akzeptanz des Modells und die Implementierungsbereitschaft, konnten identifiziert werden, die die Wirksamkeit des Safewards-Modells beeinflussen ^{39,94,97,98,105,109}. Insbesondere die Modelltreue übe einen wichtigen Einfluss auf die positiven Auswirkungen des Modells aus, welche weitere Untersuchungen bedarf ^{1,39,114}. In einigen Studien war eine hohe Modelltreue mit einer Reduktion der Konfliktereignisse ^{93,98} und der Zwangsmedikation verbunden ^{93,100}. Da in mehreren Studien jedoch eine geringe Modelltreue und zudem Herausforderungen bei der Implementierung festgestellt wurden, sind die Ergebnisse der Studien nur bedingt übertragbar ^{3,66,97,99}. Zur Bewertung der Modelltreue ist es deshalb wichtig, die Faktoren zu untersuchen, die die Treue selbst beeinflussen können, wie z.B. Ressourcen, Personalmangel, organisatorische Routinen, die Einstellung und Motivation der Mitarbeitenden sowie die Qualität der Schulungen ^{105,114,117,118}. Des Weiteren erfordere die Aufrechterhaltung der Safewards-Interventionen große Anstrengungen, wie z.B. in Form von regelmäßigen Personalschulungen ³, Rückmeldungen und Feedbacks ^{95,104} sowie hohe Kosten ⁹⁵. Aus diesen Gründen wird die Identifizierung und Berücksichtigung von Implementierungsbarrieren und -voraussetzungen zur Förderung der Implementierungsprozesse empfohlen ^{109,113}.

2.4. Fragestellung

Trotz des erhöhten Interesses ist die Evaluation der Langzeiteffekte und der Modelltreue spärlich, wie die systematischen Übersichtsarbeiten dies bestätigen^{51,95,102,105,113,114}. Die Kollegen Mullen et al. (2022) stellten fest, dass nur 3 der insgesamt 19 berücksichtigten Studien eine Langzeitevaluation hinsichtlich der Modelltreue durchführten^{27,39,51,98}. Der Zeitpunkt der Bestimmung der Modelltreue variierte in den restlichen Studien stark⁵¹. Die Kollegen Davies et al. (2020) empfehlen die Einführung regelmäßiger Follow-Up-Untersuchungen in 6 Monatsabständen, um weitere Daten zum Nachweis der Effektivität des Modells zu liefern⁹⁵. Die Erkenntnisse früherer Studien, dass nach Einführung des Safewards-Modells die Mitarbeitenden zu alten Gewohnheiten und Verhalten tendieren^{4,105,119} sowie der möglichen Überzeugung, dass das Safewards-Modell als evidenzbasiertes Modell durch ein Anderes ersetzt werde^{4,120}, untermauern die Wichtigkeit von Langzeiteffekten des Safewards-Modells zur langfristigen Aufrechterhaltung positiver Veränderungen.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es Angesichts der mangelnden Evidenz der Langzeiteffekte des Safewards-Modells Daten zu Zwangsmaßnahmen, zur Mitarbeiterzufriedenheit und zum Stationsklima in Form einer Follow-Up-Untersuchung 15 Monate nach Implementierungsende zu ergänzen. Zudem wurde die Modelltreue zu diesem Zeitpunkt erhoben.

3. Langzeitevaluation der Implementierung des Safewards-Modells – Ergebnisse einer Follow-Up-Erhebung unter Patient*innen und Mitarbeitenden der Akutpsychiatrie

Dieser Artikel wurde 2023 in der Zeitschrift Psychiatrische Praxis (50: 98-102) veröffentlicht.

**Persönliche PDF-Datei für
Al-Wandi M, Baumgardt J, Jäckel D, Helber-Böhlen H,
Voigt A, Mc Cutcheon A-K, Schöppe E, Velasquez Lecca E,
Löhr M, Schulz M et al.**

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

Langzeitevaluation der
Implementierung des
Safewards-Modells
– Ergebnisse einer
Follow-Up-Erhebung
unter Patient*innen
und Mitarbeitenden der
Akutpsychiatrie

Psychiatrische Praxis

2023

98–102

10.1055/a-1961-1486

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership
© 2023, Thieme. All rights reserved.
Die Zeitschrift *Psychiatrische Praxis* ist Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 0303-4259

 **Thieme**

Langzeitevaluation der Implementierung des Safewards-Modells – Ergebnisse einer Follow-Up-Erhebung unter Patient*innen und Mitarbeitenden der Akutpsychiatrie

Long Term Evaluation of the Implementation of the Safewards Model – Results of a Follow-Up-Study Among Patients and Staff in Acute Psychiatric Wards

Autoren

Mohammed S. I. Al-Wandi^{1,2,3*}, Johanna Baumgardt^{1,4*}, Dorothea Jäckel¹, Heike Helber-Böhlen¹, Andre Voigt¹, Ann-Kathrin Mc Cutcheon¹, Enrico Schöppe¹, Edwin Emilio Velasquez Lecca¹, Michael Löhr^{6,7}, Michael Schulz^{6,7}, Stefan Weinmann^{1,8}, Andreas Bechdorf^{1,9,10}

Institute

- 1 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit FRITZ am Urban & soulspace, Vivantes Klinikum Am Urban, Berlin, Deutschland
- 2 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Köln, Deutschland
- 3 Klinik der Neurologie, Park-Klinik Weißensee Berlin, Deutschland
- 4 Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO), Berlin, Deutschland
- 5 Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrische und partizipative Forschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Deutschland
- 6 Klinikum Gütersloh, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Deutschland
- 7 Psychiatrische Pflege, Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld, Deutschland
- 8 Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsspital Basel, Schweiz
- 9 ORYGEN, National Center of Excellence of Youth Mental Health, The University of Melbourne Centre for Youth Mental Health, Australien
- 10 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Deutschland

Schlüsselwörter

Safewards, Evaluation, Stationsklima, Arbeitszufriedenheit, freiheitseinschränkende Maßnahmen

Key words

safewards, evaluation, ward atmosphere, job satisfaction, coercive measures

eingereicht 01.02.2022

akzeptiert 16.09.2022

online publiziert 01.12.2022

Bibliografie

Psychiatr Prax 2023; 50: 98–102

DOI 10.1055/a-1961-1486

ISSN 0303-4259

© 2022, Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Johanna Baumgardt
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO)
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Tel.: +030/34646-2569
Johanna.Baumgardt@wido.bv.aok.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel Langzeitevaluation des Safewards-Modells (SM) in der Akutpsychiatrie.

Methode Erhebung von Stationsklima, Arbeitszufriedenheit, freiheitseinschränkende Maßnahmen und Umsetzung auf 2 Stationen direkt vor sowie 15 Monate nach Implementierung.

Ergebnisse Nach Implementierung war das Stationsklima z.T. signifikant besser, die Arbeitszufriedenheit nach wie vor überdurchschnittlich, die Anwendung von FEM z.T. signifikant geringer und die Umsetzung des SM nach wie vor hoch.

Schlussfolgerungen Positive Veränderungen durch Implementierung des SM können längerfristig aufrechterhalten werden.

ABSTRACT

Objective Evaluation of long-term effects of the implementation of the Safewards Model (SM) among staff and patients in acute psychiatry in Germany.

Method Assessment of ward atmosphere, job satisfaction, fidelity, and coercive interventions in 2 locked wards directly before and 15 months after implementation of the SM.

* Geteilte Erstautorenschaft.

Results Ward atmosphere was assessed significantly better after implementation, job satisfaction was still above-average at both times, coercive interventions declined significantly in one ward, fidelity and degree of implementation were still high.

Conclusions The implementing of the SM in locked wards in acute psychiatry can also have positive effects in long run.

Einleitung

Akutpsychiatrische Behandlungen werden häufig von konflikthafter Situation und Gewalt begleitet, in deren Kontext u. a. freiheitseinschränkende Maßnahmen verwendet werden [1]. Zu deren Vermeidung und Minderung wird die Implementierung wirksamer Strategien gefordert [2–4]. Ein Konzept, das diese Ziele verfolgt und für dessen positive Effekte es erste empirische Belege gibt, ist das Safe-wards-Modell (SM) [1, 5–9]. Ob diese Effekte in der Akutpsychiatrie auch längerfristig aufrechterhalten werden können, wurde im deutschen Sprachraum bis dato noch nicht untersucht.

Methode

Das SM wurde direkt vor (t_0) und nach (t_1) dessen Implementierung auf zwei geschützten Stationen in einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit sektorbezogener Aufnahmeverpflichtung evaluiert. In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse der follow-up-Erhebung berichtet, die 15 Monate nach Implementierungsende (t_2) durchgeführt wurden. Hierfür wurden Mitarbeitende und Patient*innen beider Stationen mittels dem Fragebogen Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES-D) schriftlich zum Stationsklima befragt [10]. Dessen Gesamtsummenwert Globales Stationsklima (GS) setzt sich aus den Subskalen Therapeutischer Halt (TH), Zusammenhalt der Patient*innen (ZP) und Sicherheitserleben (SE) zusammen. Mitarbeitende wurden zudem mittels der Globaleinschätzung von Neuberger und Allerbeck zu ihrer Arbeitszufriedenheit befragt [11]. Des Weiteren wurde anhand von klinikinternen Routinedaten die Anzahl freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) eruiert. Deren berichteter Summenwert setzt sich aus der Anzahl mechanischer Fixierungen, Zimmerbegrenzungen und Zwangsmedikationen zusammen. Die Umsetzung des SM wurde sowohl auf objektiver als auch auf subjektiver Ebene mit entsprechenden Fragebögen erhoben [7, 12]. Eine ausführliche methodische Beschreibung ist den Veröffentlichungen zur präpost-Erhebung zu entnehmen [5, 9], die in allen Punkten der Methodik der vorliegenden Studie entspricht.

Ergebnisse

► **Tab. 1** stellt die soziodemographischen und erkrankungsbezogenen Aspekte der zum Stationsklima befragten Patient*innen und Mitarbeitenden dar. ► **Abb. 1** zeigt deren Einschätzungen des Stationsklimas.

Aus Sicht der Mitarbeitenden haben sich der TH ($t(80) = -3,200$; $p = 0,001$), das GS ($t(82) = -3,207$; $p = 0,002$) und der ZP ($t(80) = -2,162$; $p = 0,034$) signifikant verbessert (► **Abb. 1**). Die Arbeitszufriedenheit lag zu beiden Erhebungszeitpunkten im oberen Bereich ($n_{t_0} = 41$, $n_{t_2} = 33$; $MW_{t_0} = 4,6 \pm 0,2$; $MW_{t_2} = 4,8 \pm 0,9$; $p = 0,407$). Bei allen

anderen Skalen des Stationsklimas gab es keine signifikanten Veränderungen.

Patient*innen, die in Erhebungszeiträumen FEM erfahren hatten ($n_{t_0} = 54$; $n_{t_2} = 42$), unterschieden sich hinsichtlich Alter, Geschlecht und Diagnosen nicht voneinander. Im Vergleich zu t_0 gab es zu t_2 auf beiden Stationen mehr Personen mit Migrationshintergrund, die FEM erfahren haben, als ohne (Station A_{t0} 11,8 % vs. Station A_{t1} 47,1 %; $p = 0,015$ /Station B_{t0} 5,7 % vs. Station B_{t1} 40 %; $p = 0,030$). Im Verhältnis zu allen behandelten Patient*innen sank der Anteil derer, die von FEM betroffenen waren, auf Station A von t_0 zu t_2 ($n_{t_0} = 34$ mit FEM vs. 95 ohne FEM, $n_{t_2} = 17$ mit FEM vs. 138 ohne FEM; $\chi^2 = 11,317$; $p = 0,001$). Auf Station B zeigten sich diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede.

Die subjektive Einschätzung der Mitarbeitenden zur Umsetzung (= „trifft eher zu“ oder „trifft zu“) war am höchstens bei den Interventionen *Deeskalierende Gesprächsführung*, *Verständnisvolle Kommunikation* und *Methoden zur Beruhigung* (je 90 %, $n = 36$) sowie am geringsten bei den Interventionen *Positive Kommunikation* (69,2 %, $n = 27$) und *Gegenseitiges Kennenlernen* (67,5 %, $n = 27$). Die objektive Evaluierung der Umsetzung zeigte, dass diese mit höchster Umsetzungstreue implementiert wurden, da die Items den höchstmöglichen Wert erzielten [7].

Diskussion

Wie zu t_1 wurden auch zu t_2 die Interventionen aus Mitarbeitersicht heterogen umgesetzt: *Deeskalierende Gesprächsführung* und *Methoden zur Beruhigung* nach wie vor am stärksten sowie *Positive Kommunikation*, *Gemeinsame Unterstützungskonferenz* und *Gegenseitiges Kennenlernen* am geringsten [9]. Der Umsetzungsgrad der Interventionen *Verständnisvolle Kommunikation* und *Gemeinsame Unterstützungskonferenz* stieg gegenüber t_1 , während er bei den übrigen gesunken ist. Spezielle Unterstützung ist demnach für die Interventionen angezeigt, die bis dato weniger im Versorgungsalltag angekommen sind. Die signifikante Verbesserung der Arbeitszufriedenheit unter den Mitarbeitenden direkt nach Implementierungsende konnte nicht aufrecht erhalten werden [9]. Die Einschätzungen des Stationsklimas aus Patient*innen- und Mitarbeitendenperspektive zeigen, dass die positiven Veränderungen nach Implementierung des SM zum Teil aufrechterhalten werden konnten. Ursachen für Schwierigkeiten in der Aufrechterhaltung könnten in mangelnden zusätzlichen personellen und zeitlichen Ressourcen bei gleichzeitig hohen Anforderungen im Stationsalltag sowie einer kritischen Haltung gegenüber dem SM begründet sein [9, 13]. Neben der Bereitstellung entsprechender Ressourcen könnte eine unterstützende Leitung mit aktiver Mitwirkung sowie die Förderung einer positiven Haltung der Mitarbeitenden zur Aufrechterhaltung des SM und einer Reduktion konflikthafter Ereignis-

► **Tab. 1** Soziodemographische und erkrankungsbezogene Aspekte der Teilnehmer*innen der Fragebogenerhebung ($n_{\text{Patient*innen}} = 80$; $n_{\text{Mitarbeitende}} = 85$).

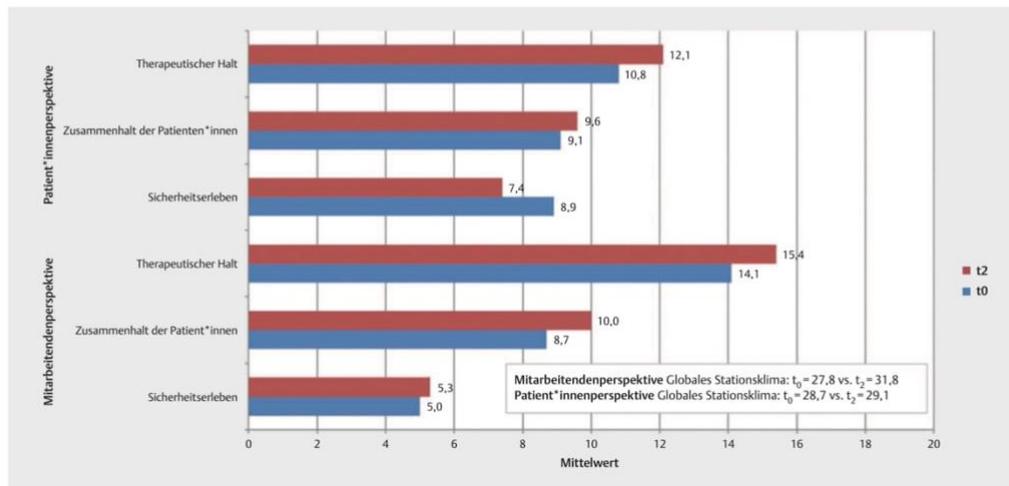
Variable	Ausprägung	t ₀			t ₂		
		n (%)	MW ± SD	Spannweite	n (%)	MW ± SD	Spannweite
Patient*innen ($n_{t_0} = 40$, $n_{t_2} = 40$)							
Alter	Jahre	40 (100)	43,0 ± 11,5	21–64	40 (100)	42,3 ± 15,1	19–80
Geschlecht	Männlich	23 (57,5)			23 (57,5)		
Nationalität	Deutsch	35 (92,1)			30 (75,0)		
Hauptdiagnose	F0X Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	2 (5,0)			2 (5,0)		
	F1X Psychische und Verhaltensstörungen psychotrope Substanzen	4 (10,0)			5 (12,5)		
	F2X Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	23 (29,1)			27 (34,2)		
	F3X Affektive Störungen	6 (42,9)			4 (28,6)		
	F4X Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1 (2,5)			0		
	F6X Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4 (10,0)			2 (5,0)		
Mitarbeitende ($n_{t_0} = 44$, $n_{t_2} = 41$) ¹							
Alter	Jahre	39 (100)	38,3 ± 13,3	22–63	20 (100)	32,6 ± 9,8 13,3	19–61
Geschlecht	Weiblich	22 (56,4)			10 (50)		
Nationalität	Deutsch	37 (94,9)			18 (90)		
	Österreichisch	1 (2,6)			0		
	Französisch	1 (2,6)			0		
Position	Pflegefachkraft	28 (71,8)			14 (70)		
	Ärzt*in	5 (12,8)			2 (10,0)		
	Fachpflege für Psychiatrie	2 (5,1)			0		
	Psycholog*in	1 (2,6)			1 (5,0)		
	Pflegehilfskraft	1 (2,6)			1 (5,0)		
	Sozialdienste	1 (2,6)			1 (5,0)		
	Spezialtherapeut*in	1 (2,6)			0 (5,0)		
Arbeitsfernhung insgesamt	Jahre	38 (100)	13,6 ± 13,1	0,4–44	20 (100)	8,1 ± 9,7	0,1–37
Arbeitsfernhung Akutstation	Jahre	38 (100)	7,1 ± 9,8	0,4–35	20 (100)	4,3 ± 7,7	0–35

¹ Die Antworthäufigkeiten der soziodemographischen Aspekte der Mitarbeitenden weisen eine hohe Varianz auf, da diese im Rahmen der Fragebogenerhebung mittels Selbstauskunft erfasst wurden. Während die Fragebögen zu Stationsklima, Arbeitszufriedenheit und Umsetzung von 44 (t₀) bzw. 41 Personen (t₂) ausgefüllt wurden, wurden die Fragen zu soziodemographischen und arbeitsbezogenen Aspekten nur von 39 (t₀) bzw. 20 Personen (t₂) beantwortet.

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

nisse beitragen [8, 14]. Der Einsatz von FEM hat sich im Vergleich zu t₁ reziprok entwickelt [5]. Die Verringerung der FEM auf Station A stützt die Theorie des SM, dass durch dessen Interventionen konflikthafte, aggressive Situationen reduziert werden können [1, 15]. Die Stagnation der Anwendung von FEM auf Station B könnte ebenfalls durch hohe Personalfuktuation [5] und temporäre Überbele-

gung begründet sein [16]. Die Wechselwirkungen des o.g. Ressourcenmangels mit mangelnder unterstützender Leitung und kritischer Haltung gegenüber dem SM könnten weitere Gründe für die Unterschiede zwischen den Stationen sein [8, 13, 14].



► Abb. 1 Einschätzungen des Stationsklimas durch Patient*innen (n_{t0} = 40, n_{t2} = 40) und Mitarbeitende (n_{t0} = 44, n_{t2} = 40) mittels EssenCES-D.

Limitationen

Durch Personalfuktuation konnten nicht alle zu t₀ befragten Mitarbeitenden auch zu t₂ befragt werden [9]. Ein randomisiertes Studiendesign mit Kontroll- oder Interventionsgruppen konnte nicht realisiert werden, da die Implementierung des SM auf beiden Akutstationen zeitgleich erfolgte und der Klinik bekannte Patient*innen gemäß dem „Heimatprinzip“ nach Möglichkeit auf die Station aufgenommen wurden, auf der sie bei ihrem Voraufenthalt behandelt wurden [9]. Die Dauer der FEM wurde in der vorliegenden kurzen Originalarbeit nicht analysiert; in umfangreicheren, nachfolgenden Erhebungen sollte sie nach Möglichkeit wieder berücksichtigt werden [5].

Ausblick

Regelhafte Evaluierungen des SM, Rückmeldung und Reflexion dieser Evaluationsergebnisse an Mitarbeitende, das regelmäßige Rekapitulieren der Inhalte des SM im Rahmen von Fortbildungen, eine stabile Personalbesetzung sowie die benötigten materiellen, zeitlichen und personellen Ressourcen sind wichtig damit sich das Potential des SM maximal entfalten kann und seine positiven Effekte über einen langen Zeitraum aufrecht erhalten werden können [17]. Die Dokumentation von Art und Häufigkeit der zur Aufrechterhaltung des SM realisierten Aktivitäten könnte helfen, zu analysieren, welche am wirksamsten sind.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- Die Einführung des SM kann auch langfristig zu einem verbesserten Stationsklima beitragen.
- Die Einführung des SM kann auch langfristig zu einer geringeren Anwendung von FEM führen.

- Untersuchungen zur Umsetzung des SM sollten immer mittels objektiven und subjektiven Einschätzungen durchgeführt werden.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Bowers L. Das Safewards-Modell. Im Internet: https://www.safewards.net/images/German_PDF/3_DAS_SAFWARDS_MODELL.pdf; 2018; 62; Zugriff am 10.05.2022 um 12.05 Uhr MEZ
- [2] National Collaborating Centre for Mental Health. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. Im Internet: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pfd-1837264712389>; Stand: 06.05.2020; Zugriff am 20.05.2022 um 10.14 Uhr MEZ
- [3] United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Im Internet: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm> Zugriff am 27.05.2022 um 14.32 Uhr MEZ; Stand 01.06.2006
- [4] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2018) S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Steinert T, Hirsch S. AWMF online. Im Internet: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-022.html>; Zugriff am: 15.09.2022 um 18.00 Uhr MEZ
- [5] Baumgardt J, Jäckel D, Helber-Böhlen H et al. Preventing and Reducing Coercive Measures – An Evaluation of the Implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany. *Front Psychiatry* 2019; 10: 340

- [6] Bowers L, James K, Quirk A et al. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2015; 52: 1412–1422
- [7] Fletcher J, Spittal M, Brophy L et al. Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *In: Int J Ment Health Nu* 2017; 26: 461–471
- [8] Higgins N, Meehan T, Dart N et al. Implementation of the Safewards model in public mental health facilities: A qualitative evaluation of staff perceptions. *Int J Nurs Stud* 2018; 88: 114–120
- [9] Jäckel D, Baumgardt J, Helber-Böhlen H et al. Veränderungen des Stationsklimas und der Arbeitszufriedenheit nach Einführung des Safewards-Modells auf zwei geschützten akutpsychiatrischen Stationen – Eine multiperspektivische Evaluation. *Psychiat Prax* 2019; 46: 369–375
- [10] Schalast N, SK-M, ein Kurzfragebogen zur Einschätzung des Stationsklimas im Maßregelvollzug. *Psychiat Prax* 2008; 35: 175–181
- [11] Neuberger O, Allerbeck M. Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem „Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB)“. Bern, Stuttgart, Wien: Huber; 1978
- [12] Jäckel D. Feedback-Fragebogen zur Umsetzung der 10 Safewards-Interventionen. Berlin 2016
- [13] Price O, Burbery P, Leonard S-J et al. Evaluation of safewards in forensic mental health. *Mental Health Practice* 2016; 19: 14–21
- [14] Lee H, Doody O, Hennessy T. Mental health nurses experience of the introduction and practice of the Safewards model: a qualitative descriptive study. *BMC Nurs* 2021; 20: 41
- [15] Social Care, Local Government and Care Partnership Directorate. Positive and Proactive Care: reducing the need for restrictive interventions. London; 2014
- [16] Ng B, Kumar S, Ranclaud M et al. Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 521–525
- [17] Baumgardt J, Weinmann S, Helber-Böhlen H et al. Erfahrungen aus der Praxis – Klinikum Am Urban – Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Berlin). In: Löhr M, Schulz M & Nienaber A, eds. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2019: 171–179

4. Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung der Aufrechterhaltung der positiven Veränderungen durch die Implementierung des Safewards-Modells auf zwei akutpsychiatrischen Stationen. Hierbei handelt es sich nach Kenntnis des Autors um die erste Publikation in Deutschland, die Ergebnisse ihrer langfristigen Beobachtung des Safewards-Modells hinsichtlich freiheitsentziehender Zwangsmaßnahmen, der Mitarbeiterzufriedenheit und dem Stationsklima 15 Monate nach Implementierungsende liefert.

Die bereits im Anschluss an die Implementierung des Safewards-Modells nachgewiesenen positiven Effekte auf das Stationsklima konnten zu weiten Teilen aufrechterhalten werden ⁵⁰.

Das aus den drei Subskalen „*Zusammenhalt der Patienten*“, „*Sicherheitserleben*“ und „*Therapeutischer Halt*“ bestehende „*Globale Stationsklima*“ wurde durch die Mitarbeitenden im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Implementierung des Safewards-Modells (t_0) signifikant besser bewertet. Gegenüber dem Zeitpunkt nach der Implementierung des Safewards-Modells (t_1) konnte die signifikante Verbesserung des „*Globalen Stationsklimas*“ einschließlich aller drei Subskalen nicht aufrechterhalten werden ⁵⁰. Dieses Ergebnis lag unterhalb der Werte vergleichbarer Studien ^{5,67,121}.

In Vergleich zu Normwerten zeigt sich eine Verbesserung des „*Therapeutischen Halts*“ vom eher unterdurchschnittlichen (t_0) zum eher überdurchschnittlichen Bereich (t_1) mit anschließender Regredienz zum durchschnittlichen Bereich (t_2) ⁴⁸. Der „*Zusammenhalt der Patienten*“ sank zu t_2 vom eher überdurchschnittlichen (t_1) wieder auf den bereits zu t_0 bestehenden durchschnittlichen Bereich. Das „*Sicherheitserleben*“ persistierte zu allen drei Erhebungszeitpunkten im unterdurchschnittlichen Bereich.

Die signifikante Verbesserung der Arbeitszufriedenheit unter den Mitarbeitenden, die direkt nach Implementierungsende (t_1) beobachtet wurde, konnte bis zur Follow-Up-Erhebung (t_2) nicht aufrecht erhalten werden ⁵⁰. Die aus den arbeitsbezogenen Daten gefolgerte Arbeitserfahrung zeigte sich weiter leicht steigend. In früheren Studien wurden die Wechselwirkungen der Berufserfahrung bezüglich Antiaggressionstraining und der Arbeitserfahrungen der Mitarbeitenden untersucht. Dabei fielen signifikante Unterschiede hinsichtlich der Beurteilungen der einzelnen Dimensionen zwischen Mitarbeitenden mit bereits bestehenden Erfahrungen von Antiaggressionstraining und den Mitarbeitenden mit neu erworbenen Kenntnissen in derartige Strategien auf ⁶. Es zeigte sich, dass Mitarbeitende mit Erfahrungen das Stationsklima schlechter bewerteten als solche ohne Erfahrung von Antiaggressionstraining ⁶. Unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse kann die im Vergleich zu t_1 schlechter bewertete

Arbeitszufriedenheit mit der leicht steigenden Arbeitserfahrung der Mitarbeitenden zum Erhebungszeitpunkt t_2 erklärt werden.

Ein zentraler Punkt ist die über die Zeit erhalten gebliebene hohe Modelltreue und der hohe Umsetzungsgrad der einzelnen Safewards-Interventionen. Daraus kann geschlossen werden, dass die Interventionen des Safewards-Modells gut im Alltag der Mitarbeitenden integriert worden sind.

Das „*Globale Stationsklima*“ lag aus Patientenperspektive über dem Eingangsniveau (t_0), wurde jedoch im Vergleich zu einer ähnlichen Studie aus der Akutpsychiatrie ¹²² geringer eingeschätzt. Hinsichtlich der Dimensionen „*Therapeutischer Halt*“ und „*Zusammenhalt der Patienten*“ gab es über den zeitlichen Verlauf keine Veränderung; diese sind zu allen drei Messzeitpunkten im durchschnittlichen Bereich angesiedelt. Das „*Sicherheitserleben*“ lag in vorliegender Erhebung im unterdurchschnittlichen Bereich und wurde damit ungünstiger eingeschätzt als vor Implementierung (t_0) und nach der ersten Evaluierung (t_1) des Safewards-Modells ⁴⁸.

Im Vergleich der Bewertungen des Stationsklimas aus Sicht der Mitarbeitenden und Patient*innen zeigen sich Übereinstimmungen bezüglich Ausmaß und Verteilung. Diese Erkenntnisse korrespondieren mit Befunden aus anderen Untersuchungen ⁵. Ein wesentlicher Unterschied in den Einschätzungen der beiden Befragungsgruppen ist die tendenziell höhere Einschätzung des „*Therapeutischen Halts*“ aus Mitarbeitendenperspektive und die höhere Bewertung des „*Sicherheitserlebens*“ aus Sicht der Patient*innen. Auch diese Ergebnisse werden durch Befunde anderer Untersuchungen gestützt ^{5, 112}.

Die Ursache für die geringere Verbesserung des „*Stationsklimas*“ aus Patient*innenperspektive könnte in der mangelnden Aufrechterhaltung des Transfers der Theorie in die Versorgungspraxis über einen längeren Zeitraum zu finden sein ⁵⁰. Zu berücksichtigen sind darüber hinaus die an das Personal gerichteten hohen Erwartungen und Anforderungen zur Realisation der zur Umsetzung notwendigen Neuerungen, ohne dass sie hierfür zusätzliche zeitliche oder personelle Ressourcen erhalten haben ^{50,97}. Eine positive Haltung und Verhalten der Mitarbeitenden kann zur Reduktion konflikthafter Ereignisse beitragen ^{3,4}. Eine fördernde und unterstützende Leitung mit aktiver Mitwirkung und Beaufsichtigung kann die Haltung der Mitarbeitenden zusätzlich positiv beeinflussen. Auch eine instabile Personalbesetzung mit mehreren Mitarbeiterwechsel auf den Stationen, beispielsweise aufgrund von Stellenwechsel, Rotation oder Beendigung des Arbeitsverhältnisses, können das Stationsklima und die Umsetzung der Safewards-Interventionen nachteilig beeinflussen ^{25,27,43}.

Der Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen hat sich im Beobachtungszeitraum auf einer der beiden Station (Station A) signifikant reduziert, während auf der anderen Station (Station B) keine signifikanten Veränderungen zu verzeichnen waren. Im Vergleich zum Zeitpunkt t_1 direkt nach der Implementierung des Safewards-Modells zeigten sich die gefundenen Effekte nun reziprok ²⁷. Mögliche Ursachen für diese Entwicklungen stellen die bereits beschriebene temporäre Überbelegung der Stationen, Personalmangel sowie hohe Personalfluktuationsraten dar ³⁷. Neben diesen als Ressourcenmangel zusammenfassenden Parametern könnte eine fehlende unterstützende Leitung und eine eher kritische Haltung der Mitarbeitenden gegenüber dem Safewards-Modell für die negativen Entwicklungen mitverantwortlich sein ^{3,4,97}. Als weiterer stationspezifischer Faktor übt die Art der Stationsführung Einfluss auf die Anzahl und Dauer freiheitsentziehender Maßnahmen aus, da offen geführte Stationen mit einem günstigeren Stationsklima korrelieren ⁵. Berücksichtigt man die Basisdaten der Patient*innen, welche freiheitsentziehende Maßnahmen erfahren haben, zeigen sich hinsichtlich der Verteilung von Alter, Geschlecht und Nationalität der Patient*innen beider Stationen keine signifikanten Unterschiede. Auffällig war jedoch zum Follow-Up-Zeitpunkt die prozentual erhöhte Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund auf beiden Stationen, die einen Einfluss auf die hohe Anwendungsrate freiheitsentziehender Maßnahmen auf der Station B haben könnte. Es bestehen Hinweise, dass eine schlechte soziale Integration sowie erschwerten Zugang zur Pflege bei Migrant*innen langfristig zu einer erhöhten psychiatrischen Morbidität führen ⁴⁰⁻⁴². Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass Menschen mit Migrationshintergrund eher restriktive Maßnahmen als Einheimische erfahren ¹²³.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die vorliegenden Daten die positiven Ergebnisse aus anderen Studien hinsichtlich des verbesserten Stationsklimas, der überdurchschnittlichen Arbeitszufriedenheit und der reduzierten Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen durch die Implementierung der Safewards-Interventionen bestätigen ^{5,27,50,122}. Sie stützten damit die theoretischen und empirischen Aspekte des Safewards-Modells zur Reduktion von Konflikten und Eindämmungsmaßnahmen auf akutpsychiatrische Stationen ^{27,44,50,86,87}.

4.1. Limitationen

Aufgrund von Mitarbeitendenfluktuationen konnten nicht alle an der Eingangserhebung teilgenommenen Beschäftigte im Follow-Up erneut befragt werden ⁵⁰. Weiterhin ließ sich keine Kontrollgruppe konstituieren, da die Implementierung und Aufrechterhaltung des Safewards-Modells auf beiden Akutstationen zeitgleich erfolgte ⁵⁰. Aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe war kein randomisiertes Studiendesign möglich. Ursächlich hierfür ist die stationäre

Aufnahme der aus den Voraufenthalten bekannten Patient*innen auf die Station, auf die zuvor die Behandlung initialisiert worden war ⁵⁰. Ferner wurden die freiheitsentziehenden Maßnahmen nur über drei Monate hinweg evaluiert, wodurch beispielsweise saisonale Effekte oder zeitlich begrenzte Über- oder Unterbelegungen zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben könnten ²⁷.

4.2. Ausblick

Zur Aufrechterhaltung der positiven Veränderungen hinsichtlich Stationsklima und der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen nach Implementierung des Safewards-Modells in der stationären Behandlung akutpsychiatrischer Patient*innen sind konkrete Maßnahmen essenziell. So empfiehlt sich bspw. die Interventionen des Safewards-Modells im Rahmen regelmäßiger qualitätssichernder Maßnahmen zu evaluieren sowie die Ergebnisse an Mitarbeitende rückzumelden und zu reflektieren. Auch das regelmäßige Auffrischen der Inhalte des Safewards-Modells mit dem Ziel der Etablierung der Umsetzung im Arbeitsalltag im Rahmen von Fortbildungen und Einführungsveranstaltungen sind unabdingbar, weshalb dies bereits regelhaft auf den beiden Stationen umgesetzt wird ¹²⁴. Das durch Zeit- und Fachkräftemangel gefährdete Potential der Safewards-Interventionen ist durch eine stabile Personalbesetzung sowie ausreichende materielle und personelle Ressourcen gegenzutreten. Die Berücksichtigung und Realisation dieser Aspekte in Kombination mit regelmäßiger Evaluation von Dauer, Art und Häufigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen können den genannten Zweck effektiv unterstützen ²⁷. Ausstehend ist die Validierung des selbstentwickelten Mitarbeiterfragebogens zur Umsetzungsbeurteilung der Safewards-Interventionen ⁵⁰. Die Einbeziehung einer größeren Anzahl von Stationen mit unterschiedlichen Behandlungsangeboten und Spezialisierungen zur Beurteilung ihres Einflusses auf Stationsklima, Arbeitszufriedenheit und freiheitsentziehenden Maßnahmen bleibt zukünftigen Untersuchungen vorbehalten. Die Evaluation des Safewards-Modells auf offenen Stationen wäre ebenfalls aufschlussreich.

5. Literaturverzeichnis

- 1 Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hodsoll J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2015; **52**: 1412–22.
- 2 Bowers L, Alexander J, Bilgin H, *et al.* Safewards: The empirical basis of the model and a critical appraisal. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014; **21**: 354–64.
- 3 Higgins N, Meehan T, Dart N, Kilshaw M, Fawcett L. Implementation of the Safewards model in public mental health facilities: A qualitative evaluation of staff perceptions. *Int J Nurs Stud* 2018; **88**: 114–20.
- 4 Lee H, Doody O, Hennessy T. Mental health nurses experience of the introduction and practice of the Safewards model: a qualitative descriptive study. *BMC Nurs* 2021; **20**: 41.
- 5 Blaesi S, Gairing SK, Walter M, Lang UE, Huber CG. Sicherheit, therapeutischer Halt und Patientenzusammenhalt auf geschlossenen, neu geöffneten und offenen psychiatrischen Stationen. *Psychiatr Prax* 2015; **42**: 76–81.
- 6 Fröhlich D, Rabenschlag F, Schoppmann S, Borgwardt S, Lang UE, Huber CG. Positive Effects of an Anti-Aggression and De-Escalation Training on Ward Atmosphere and Subjective Safety May Depend on Previous Training Experience. *Front Psychiatry* 2018; **9**: 134.
- 7 Pajonk F-G, Messer T, Berzewski H. S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“. 2019; : 293.
- 8 Pajonk FG, Poloczek S, Schmitt TK. Der psychiatrische Notfall. *Notf Rett Med* 2000; **3**: 363–70.
- 9 Fogel D, Steinert T. Aggressive und gewalttätige Patienten – Fixierung. *Lege artis - Das Magazin zur ärztlichen Weiterbildung* 2012; **2**: 28–33.
- 10 Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry* 2003; **48**: 330–7.
- 11 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie P und N e. V (DGPPN). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. *Nervenarzt* 2014; **85**: 1419–31.
- 12 Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002; **9**: 465–73.
- 13 Gerlinger G, Deister A, Heinz A, *et al.* Nach der Reform ist vor der Reform. *Nervenarzt* 2019; **90**: 45–57.
- 14 Hein G, Noll T. Freiheitsentziehende Maßnahmen: Rechtliche Perspektiven von Fixierungen. *Deutsches Ärzteblatt* 2019; **116**: 2150–1.

- 15 Steinert T, Hirsch S. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. *Nervenarzt* 2020; **91**: 611–6.
- 16 Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) §329. https://www.gesetze-im-internet.de/famfg/__329.html (Zuletzt abgerufen am 31.05.2023).
- 17 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) §1831. https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__1831.html (Zuletzt abgerufen am 31.05.2023).
- 18 Müller JL, Nedopil N. Forensische Psychiatrie, 5. Auflage. Georg Thieme Verlag, 2017.
- 19 Bundesverfassungsgericht. Urteil des Zweiten Senats vom 24.Juli 2018. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2018/07/rs20180724_2bvr030915.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Zuletzt abgerufen am 31.05.2023).
- 20 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) Gesetz zu freiheitsentziehenden Unterbringungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen (§1631b). https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__1631b.html (Zuletzt abgerufen am 31.05.2023).
- 21 Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) §11. https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000086 (Zuletzt abgerufen am 31.05.2023).
- 22 Strafgesetzbuch (StGB). <https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/index.html#BJNR001270871BJNE008703360> (Zuletzt abgerufen am 31.05.2023).
- 23 Strafprozeßordnung (StPO) §126a Einstweilige Unterbringung. https://www.gesetze-im-internet.de/stpo/__126a.html (Zuletzt abgerufen am 31.05.2023).
- 24 Pelto-Piri V, Warg LE, Kjellin L. Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: A critical incident technique analysis of staff descriptions. *BMC Health Serv Res* 2020; **20**. DOI:10.1186/s12913-020-05239-w.
- 25 Bottlender R, Juckel G. Zwang und Gewalt in der Psychiatrie: Die individualpsychologische Dimension der Gewaltanwendung auf Seite der Behandler = Coercion and aggression in psychiatry: The individual psychological dimension of aggressive and coercive acts by therapists. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 2019; **87**: 540–7.
- 26 Ketelsen R, Zechert C, Klinitz H, Rauwald C. Developing a cooperation model between 3 psychiatric clinics with the goal of quality assurance in mandatory treatment exemplified by restraint documentation. *Psychiatr Prax* 2001; **28**: 69–74.
- 27 Baumgardt J, Jäckel D, Helber-Böhlen H, *et al.* Preventing and Reducing Coercive Measures—An Evaluation of the Implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany. *Front Psychiatry* 2019; **10**: 340.

- 28 Kennedy H, Roper C, Randall R, *et al.* Consumer recommendations for enhancing the Safewards model and interventions. *Int J Ment Health Nurs* 2019. DOI:10.1111/inm.12570.
- 29 Soyka M, Morhart-Klute V. [Aggression and violent crime associated with schizophrenia]. *Dtsch Med Wochenschr* 2002; **127**: 1708–12.
- 30 Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatr Scand* 2013; **127**: 255–68.
- 31 Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2002; 133–41.
- 32 Kalisova L, Raboch J, Nawka A, *et al.* Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; **49**: 1619–29.
- 33 Nouvion SO, Cherek DR, Lane SD, Tcheremissine O V, Lieving LM. Human proactive aggression: association with personality disorders and psychopathy. *Aggress Behav* 2007; **33**: 552–62.
- 34 Bowers L, Allan T, Simpson A, Jones J, Van Der Merwe M, Jeffery D. Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues Ment Health Nurs* 2009; **30**: 260–71.
- 35 Huber CG, Schöttle D, Lambert M, *et al.* Brief Psychiatric Rating Scale - Excited Component (BPRS-EC) and neuropsychological dysfunction predict aggression, suicidality, and involuntary treatment in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2012. DOI:10.1016/j.schres.2011.12.002.
- 36 Lambert M, Huber C. Akut- und Notfallbehandlung der Schizophrenie: Grundlagen und Behandlungsrichtlinien. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date* 2007. DOI:10.1055/s-2007-970926.
- 37 Ng B, Kumar S, Ranclaud M, Robinson E. Ward Crowding and Incidents of Violence on an Acute Psychiatric Inpatient Unit. *Psychiatric Services* 2001; **52**: 521–5.
- 38 Hottinen A, Ryttilä-Manninen M, Laurén J, Autio S, Laiho T, Lindberg N. Impact of the implementation of the safewards model on the social climate on adolescent psychiatric wards. *Int J Ment Health Nurs* 2019. DOI:10.1111/inm.12674.
- 39 Fletcher J, Spittal M, Brophy L, *et al.* Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *Int J Ment Health Nurs* 2017; **26**: 461–71.
- 40 Heeren M, Wittmann L, Ehlert U, Schnyder U, Maier T, Müller J. Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Compr Psychiatry* 2014; **55**: 818–25.

- 41 Sara G, Brann P. Understanding the mechanisms of transgenerational mental health impacts in refugees. *Lancet Public Health* 2018; **3**: e211–2.
- 42 Giacco D, Laxhman N, Priebe S. Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Semin Cell Dev Biol* 2018; **77**: 144–52.
- 43 Wilson C, Rouse L, Rae S, Kar Ray M. Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2018; **25**: 188–200.
- 44 Bowers L. Safewards: ein neues Modell für Konflikte und deren Eindämmung auf psychiatrischen Stationen. Im Internet: https://www.safewards.net/images/German_PDF/3_DAS_SAFEWARDS_MODELL.pdf. 2018; 62. (Zuletzt abgerufen am 20.05.2022).
- 45 Zehnder U, Rabenschlag F, Panfil EM. Zwischen Kontrolle und Therapie: Eine evolutionäre Konzeptanalyse von Intensivbetreuung in der stationären Akutpsychiatrie. *Psychiatr Prax* 2015; **42**: 68–75.
- 46 Buchanan-Barker P, Barker P. Observation: the original sin of mental health nursing? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005; **12**: 541–9.
- 47 Papadopoulos C, Ross J, Stewart D, Dack C, James K, Bowers L. The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatr Scand* 2012; **125**: 425–39.
- 48 Schalast N. SK-M, ein Kurzfragebogen zur Einschätzung des Stationsklimas im Maßregelvollzug. *Psychiatr Prax* 2008; **35**: 175–81.
- 49 Van Der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM, Janssen WA, Noorthoorn EO. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *British Journal of Psychiatry* 2013; **202**: 142–9.
- 50 Jäckel D, Baumgardt J, Helber-Böhlen H, et al. Veränderungen des Stationsklimas und der Arbeitszufriedenheit nach Einführung des Safewards-Modells auf zwei geschützten akutpsychiatrischen Stationen – Eine multiperspektivische Evaluation. *Psychiatr Prax* 2019; **46**: 369–75.
- 51 Mullen A, Browne G, Hamilton B, Skinner S, Happell B. Safewards: An integrative review of the literature within inpatient and forensic mental health units. *Int J Ment Health Nurs* 2022; **31**: 1090–108.
- 52 Gerdtz M, Daniel C, Jarden R, Kapp S. Use of the Safewards Model in healthcare services: A mixed-method scoping review protocol. *BMJ Open* 2020; **10**: 1–4.
- 53 Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, Munksgaard G, Hounsgaard L. 'Treat me with respect'. A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017; **24**: 681–98.

- 54 Pollmächer T. Single or double moral standards? Professional ethics of psychiatrists regarding self-determination, right of third parties and involuntary treatment. *Nervenarzt* 2015. DOI:10.1007/s00115-015-4303-z.
- 55 United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 2006. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm> (Zuletzt abgerufen am 10.05.2020).
- 56 Muir-Cochrane E, O’Kane D, Oster C. Fear and blame in mental health nurses’ accounts of restrictive practices: Implications for the elimination of seclusion and restraint. *Int J Ment Health Nurs* 2018. DOI:10.1111/inm.12451.
- 57 Cole C, Vandamme A, Bermpohl F, Czernin K, Wullschleger A, Mahler L. Correlates of seclusion and restraint of patients admitted to psychiatric inpatient treatment via a German emergency room. *J Psychiatr Res* 2020; **130**: 201–6.
- 58 Niveau G. Preventing human rights abuses in psychiatric establishments: The work of the CPT. *European Psychiatry* 2004; **19**: 146–54.
- 59 Unjustified seclusion of psychiatric patients is breach of human rights Genetic test can show whether drugs to treat colon cancer will work Doctor who botched sterilisation has to pay cost of raising child. 2003; **327**: 2003.
- 60 Steinert T. [Benchmarking of freedom-restricting coercive measures in psychiatric hospitals]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2011; **105**: 360–4.
- 61 Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; **2000**: CD001163.
- 62 LeBel JL, Duxbury JA, Putkonen A, Sprague T, Rae C, Sharpe J. Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2014; **52**: 22–9.
- 63 Boumans CE, Walvoort SJW, Egger JIM, Hutschemaekers GJM. The methodical work approach and the reduction in the use of seclusion: how did it work? *Psychiatr Q* 2015; **86**: 1–17.
- 64 Bowers L, Jarrett M, Clark N, Kiyimba F, McFarlane L. Absconding: why patients leave. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999; **6**: 199–205.
- 65 Dumais A, Larue C, Drapeau A, Ménard G, Giguère Allard M. Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric hospital: a 2-year retrospective audit. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011; **18**: 394–402.
- 66 Fletcher J, Brophy L, Pirkis J, Hamilton B. Contextual Barriers and Enablers to Safewards Implementation in Victoria, Australia: Application of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Front Psychiatry* 2021; **12**: 733272.
- 67 Long CG, Anagnostakis K, Fox E, *et al.* Social climate along the pathway of care in women’s secure mental health service: Variation with level of security, patient

- motivation, therapeutic alliance and level of disturbance. *Criminal Behaviour and Mental Health* 2011. DOI:10.1002/cbm.791.
- 68 Middelboe T, Schjødt T, Byrstring K, Gjerris A. Ward atmosphere in acute psychiatric inpatient care: Patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatr Scand* 2001; **103**: 212–9.
- 69 Milsom SA, Freestone M, Duller R, Bouman M, Taylor C. Factor structure of the Essen Climate Evaluation Schema measure of social climate in a UK medium-security setting. *Criminal Behaviour and Mental Health* 2014; **24**: 86–99.
- 70 Currier GW, Walsh P, Lawrence D. Physical restraints in the emergency department and attendance at subsequent outpatient psychiatric treatment. *J Psychiatr Pract* 2011; **17**: 387–93.
- 71 Steinert T. [After 200 years of psychiatry: are mechanical restraints in Germany still inevitable?]. *Psychiatr Prax* 2011; **38**: 348–51.
- 72 Haglund K, van der Meiden E, von Knorring L, von Essen L. Psychiatric care behind locked doors. A study regarding the frequency of and the reasons for locked psychiatric wards in Sweden. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; **14**: 49–54.
- 73 Glennon C, Sher MA. Evaluation of the EssenCES in a neurodevelopmental inpatient service for adolescents. *Journal of Intellectual Disabilities* 2018. DOI:10.1177/1744629517691654.
- 74 Schalast N, Redies M, Collins M, Stacey J, Howells K. EssenCES, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards. *Criminal Behaviour and Mental Health* 2008. DOI:10.1002/cbm.677.
- 75 Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev* 1943. DOI:10.1037/h0054346.
- 76 Larsen IB, Terkelsen TB. Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nurs Ethics* 2014; **21**: 426–36.
- 77 Chambers M, Kantaris X, Guise V, Välimäki M. Managing and caring for distressed and disturbed service users: the thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015; **22**: 289–97.
- 78 Happell B, Harrow A. Nurses' attitudes to the use of seclusion: a review of the literature. *Int J Ment Health Nurs* 2010; **19**: 162–8.
- 79 Hochwarter WA, Perrewé PL, Meurs JA, Kacmar C. The interactive effects of work-induced guilt and ability to manage resources on job and life satisfaction. *J Occup Health Psychol* 2007; **12**: 125–35.
- 80 Mottaghi S, Poursheikhali H, Shameli L. Empathy, compassion fatigue, guilt and secondary traumatic stress in nurses. *Nurs Ethics* 2020; **27**: 494–504.

- 81 Bower FL, McCullough CS, Timmons ME. A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings: 2003 update. *Online J Knowl Synth Nurs* 2003; **10**: 1.
- 82 McKenna B. Reducing Restrictive Interventions. *J Forensic Nurs* 2016; **12**: 47–8.
- 83 Richter D, Needham I. Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe - Systematische Literaturübersicht. *Psychiatr Prax* 2007; **34**: 7–14.
- 84 National Collaborating Centre for Mental Health. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings.
- 85 Gühne U, Weinmann S, Riedel-Heller SG, Becker T, editors. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2019 DOI:10.1007/978-3-662-58284-8.
- 86 Bowers L. Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014; **21**: 499–508.
- 87 Social Care, Local Government and Care Partnership Directorate. Positive and Proactive Care: reducing the need for restrictive interventions. London, 2014 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/300293/JRA_DoH_Guidance_on_RP_web_accessible.pdf (Zuletzt abgerufen am 15.09.2022).
- 88 Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer J. Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: Instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry* 2006. DOI:10.1186/1471-244X-6-17.
- 89 Lee S, Wright S, Sayer J, Parr AM, Gray R, Gournay K. Physical restraint training for nurses in English and Welsh psychiatric intensive care and regional secure units. *Journal of Mental Health* 2001. DOI:10.1080/09638230124438.
- 90 Huckshorn KA. Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use. *Nasmhpd* 2006.
- 91 Löhr M, Schulz M, Nienaber A. Safewards: Sicherheit durch Beziehung und Milieu. Köln: Psychiatrie Verlag, 2022 DOI:10.5771/9783966050937.
- 92 Duxbury J, Thomson G, Scholes A, *et al.* Staff experiences and understandings of the REsTRAIN Yourself initiative to minimize the use of physical restraint on mental health wards. *Int J Ment Health Nurs* 2019; **28**: 845–56.
- 93 Fletcher J, Hamilton B, Kinner SA, Brophy L. Safewards Impact in Inpatient Mental Health Units in Victoria, Australia: Staff Perspectives. *Front Psychiatry* 2019; **10**: 462.

- 94 Lickiewicz J, Adamczyk N, Hughes PP, Jagielski P, Stawarz B, Makara-Studzińska M. Reducing aggression in psychiatric wards using Safewards-A Polish study. *Perspect Psychiatr Care* 2021; **57**: 50–5.
- 95 Davies B, Silver J, Josham S, *et al.* An evaluation of the implementation of Safewards on an assessment and treatment unit for people with an intellectual disability. *J Intellect Disabil* 2021; **25**: 357–69.
- 96 Dickens GL, Tabvuma T, Frost SA. Safewards: Changes in conflict, containment, and violence prevention climate during implementation. *Int J Ment Health Nurs* 2020. DOI:10.1111/inm.12762.
- 97 Price O, Burbery P, Leonard S-J, Doyle M. Evaluation of safewards in forensic mental health. *Mental Health Practice* 2016; **19**: 14–21.
- 98 Maguire T, Ryan J, Fullam R, McKenna B. Evaluating the Introduction of the Safewards Model to a Medium- to Long-Term Forensic Mental Health Ward. *J Forensic Nurs* 2018; **14**: 214–22.
- 99 Fletcher J, Buchanan-Hagen S, Brophy L, Kinner SA, Hamilton B. Consumer Perspectives of Safewards Impact in Acute Inpatient Mental Health Wards in Victoria, Australia. *Front Psychiatry* 2019; **10**: 461.
- 100 Stensgaard L, Andersen MK, Nordentoft M, Hjorthøj C. Implementation of the safewards model to reduce the use of coercive measures in adult psychiatric inpatient units: An interrupted time-series analysis. *J Psychiatr Res* 2018. DOI:10.1016/j.jpsychires.2018.08.026.
- 101 Cabral A, Carthy J. Can Safewards improve patient care and safety in forensic wards? A pilot study. *British Journal of Mental Health Nursing* 2017; **6**: 165–71.
- 102 Finch K, Lawrence D, Williams MO, Thompson AR, Hartwright C. A Systematic Review of the Effectiveness of Safewards: Has Enthusiasm Exceeded Evidence? *Issues Ment Health Nurs* 2022; **43**: 119–36.
- 103 Riding T. Exorcising restraint: reducing the use of restrictive interventions in a secure learning disability service. *J Intellect Disabil Offending Behav* 2016; **7**: 176–85.
- 104 Ward-Stockham K, Kapp S, Jarden R, Gerdtz M, Daniel C. Effect of Safewards on reducing conflict and containment and the experiences of staff and consumers: A mixed-methods systematic review. *Int J Ment Health Nurs* 2022; **31**: 199–221.
- 105 James K, Quirk A, Patterson S, Brennan G, Stewart D. Quality of intervention delivery in a cluster randomised controlled trial: a qualitative observational study with lessons for fidelity. *Trials* 2017; **18**: 548.
- 106 Fletcher J, Reece J, Kinner SA, Brophy L, Hamilton B. Safewards Training in Victoria, Australia: A Descriptive Analysis of Two Training Methods and Subsequent Implementation. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2020; **58**: 32–42.

- 107 Kipping SM, De Souza JL, Marshall LA. Co-creation of the Safewards Model in a Forensic Mental Health Care Facility. *Issues Ment Health Nurs* 2019; **40**: 2–7.
- 108 Yates NJ, Lathlean J. Exploring factors that influence success when introducing 'The Safewards Model' to an acute adolescent ward: A qualitative study of staff perceptions. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2022; **35**: 218–29.
- 109 Björkdahl A, Johansson U, Kjellin L, Pelto-Piri V. Barriers and enablers to the implementation of Safewards and the alignment to the i-PARIHS framework - A qualitative systematic review. *Int J Ment Health Nurs* 2024; **33**: 18–36.
- 110 Dawson M. The Safewards model: acceptability and effectiveness in two New Zealand acute mental health units. 2020.
- 111 Baumgardt J, Jäckel D, Helber-Böhlen H, *et al.* Making Psychiatric Wards More Peaceful Places: Evaluating the Implementation of the Safewards Model in Acute Psychiatry Using a Pre–Post Mixed-Method Study Design. 2020 DOI:10.4135/9781529726411.
- 112 Palviainen M. Sosiaalisen ilmapiirin kehittyminen HUS psykiatrian psykoosien ja oikeuspsykiatrian linjan vuodeosastoilla Safewards-mallin implementoinnin edetessä [The development of the climate on the wards of the Helsinki university hospital's department of psychiat. *Tutkiva Hoitotyö* 2020; **18**: 3–11.
- 113 Knauf SA, O'Brien AJ, Kirkman AM. An analysis of the barriers and enablers to implementing the Safewards model within inpatient mental health services. *Int J Ment Health Nurs* 2023; **32**: 1525–43.
- 114 Hamilton J, Cole A, Bostwick R, Ngune I. Getting a grip on Safewards: The cross impact of clinical supervision and Safewards model on clinical practice. *Int J Ment Health Nurs* 2023; **32**: 801–18.
- 115 Luck L, Kaczorowski K, White M, Dickens G, McDermid F. Medical and surgical nurses' experiences of modifying and implementing contextually suitable Safewards interventions into medical and surgical hospital wards. *J Adv Nurs* 2024; published online Feb. DOI:10.1111/jan.16102.
- 116 Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *Int J Nurs Stud* 2013; **50**: 587–92.
- 117 Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implement Sci* 2007; **2**: 40.
- 118 Hasson H, Blomberg S, Dunér A. Fidelity and moderating factors in complex interventions: a case study of a continuum of care program for frail elderly people in health and social care. *Implement Sci* 2012; **7**: 23.

- 119 Hamilton B, Fletcher J, Sands N, Roper C, Elsom S. Safewards Victorian Trial Final Evaluation reports of the Chief Mental Health Nurse. Victoria, 2016.
- 120 Singer GHS, Agran M, Spooner F. Evidence-Based and Values-Based Practices for People With Severe Disabilities. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities* 2017; **42**: 62–72.
- 121 Howells K, Tonkin M, Milburn C, *et al.* The essenCES measure of social climate: A preliminary validation and normative data in UK high secure hospital settings. *Criminal Behaviour and Mental Health* 2009; **19**: 308–20.
- 122 Schalast N, Sieß J. Zusammenhänge des Stationsklimas mit objektiven Rahmenbedingungen psychiatrischer Stationen. *Psychiatr Prax* 2018; **45**: 242–7.
- 123 Norredam M, Garcia-Lopez A, Keiding N, Krasnik A. Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes. *Acta Psychiatr Scand* 2010; **121**: 143–51.
- 124 Baumgardt J, Weinmann S, Helber-Böhlen H, Velasquez Lecca E, Bechdorf A. Erfahrungen aus der Praxis – Klinikum Am Urban – Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Berlin). In: Löhr M, Schulz M NA, ed.. Köln: Psychiatrie-Verlag, 2019: 171–9.

6. Anhang

6.1. **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1 (Manteltext): Das Safewards-Modell (ausführliches Format) (Quelle: Bowers L. Safewards: ein neues Modell für Konflikte und deren Eindämmung auf psychiatrischen Stationen.

https://www.safewards.net/images/German_PDF/3_DAS_SAFWARDS_MODEL_L.pdf)

6.2. **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 (Manteltext): Internationale Studien zur Implementation des Safewards-Modells (n = 25).

7. Veröffentlichungen von Ergebnissen zur Evaluation der Implementierung des Safewards-Modells am Vivantes Klinikum Am Urban

Baumgardt J, Jäckel D, Helber-Böhlen H, et al. Preventing and Reducing Coercive Measures—An Evaluation of the Implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany. *Front Psychiatry* 2019; 10: 340

In dieser Publikation wurde die Implementierung des Safewards-Modells auf zwei geschlossen geführte Stationen in der Klinik der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Vivantes Klinikum Am Urban in Berlin auf ihren Einfluss auf freiheitsentziehende Maßnahmen untersucht. Es wurde sowohl die Anzahl der freiheitsentziehenden Maßnahmen als auch die Dauer dieser Maßnahmen beurteilt. Es konnte nach der Implementierung der Safewards-Interventionen ein deutlicher Rückgang der freiheitsentziehenden Maßnahmen festgestellt werden. Auch die Dauer der freiheitsentziehenden Maßnahmen zeigte sich nach Implementierung des Safewards-Modells signifikant reduziert ²⁷.

Jäckel D, Baumgardt J, Helber-Böhlen H, et al. Veränderungen des Stationsklimas und der Arbeitszufriedenheit nach Einführung des Safewards-Modells auf zwei geschützten akutpsychiatrischen Stationen – Eine multiperspektivische Evaluation. *Psychiatr Prax* 2019; 46: 369–75.

Die Ergebnisse dieser Publikation, die im Rahmen derselben Implementierung den Einfluss der Safewards-Interventionen auf Stationsklima, Arbeitszufriedenheit und Umsetzungsgrad der Safewards-Interventionen hin untersuchte, zeigte, dass durch die Implementierung der Safewards-Interventionen das Stationsklima sowohl von Patient*innen als auch von Mitarbeitenden günstiger beurteilt wurde. Die Mitarbeitenden gaben nach Implementierung der Safewards-Interventionen eine höhere Arbeitszufriedenheit an als vor der Implementierung des Safewards-Modells. Der Umsetzungsgrad fiel hoch aus ⁵⁰.