

DAS

SAFEWARDS

MODELL



Safewards

Safewards: ein neues Modell für Konflikte und deren Eindämmung auf psychiatrischen Stationen

Len Bowers

Professor für Psychiatrische Pflege

Institut für Psychiatrie (London)

Abstract:

Konflikt (Aggression, Selbstverletzung, Suizid, Flucht, Drogen-/Alkoholmissbrauch und Ablehnen der Medikation) und Eindämmung (Bedarfsmedikation, IM-Zwangsmedikation, Isolierung, Fixierung, Eins-zu-eins-Überwachung) sind für Patienten und Mitarbeiter eine ernstzunehmende Gefahrenquelle. Wie oft Konfliktsituationen auftreten, ist von Station zu Station unterschiedlich. Die Gründe dafür sind weitgehend unerforscht, und es gibt kein kohärentes Modell. Diese Abhandlung liefert ein umfassendes erklärendes Modell dieser Unterschiede und darauf aufbauend Ansätze für Methoden, um Gefahrensituationen und die damit verbundenen Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Das Safewards Modell beschreibt sechs Segmente mit Ursprungsfaktoren: Stationsteam, räumliche Umgebung, krankenhausexterne Faktoren, Patientengruppe, Patienteneigenschaften und regulatorische Rahmenbedingungen. Innerhalb dieser Segmente kann es zu Krisenherden kommen, die Konflikte und/oder deren Eindämmung verursachen. Die Mitarbeiter können diesen Ablauf beeinflussen, indem sie die konfliktauslösenden Faktoren verringern, Krisenherde im Keim ersticken, die Verbindung zwischen Krisenherd und Konflikt kappen, sich gegen eine Eindämmung entscheiden und dafür sorgen, dass Eindämmungsmaßnahmen nicht zu weiteren Konflikten führen. Wir gehen bei der Beschreibung dieses Modells systematisch und in allen Einzelheiten vor und schlagen Strategien vor, um die Sicherheit von Mitarbeitern und Patienten zu optimieren.

Safewards: ein neues Modell für Konflikte und deren Eindämmung auf psychiatrischen Stationen

Einführung

Konflikt (Aggression, Selbstverletzung, Suizid, Flucht, Drogen-/Alkoholmissbrauch und Ablehnen der Medikation) und Eindämmung (Bedarfsmedikation, IM-Zwangsmedikation, Isolierung, Fixierung, Eins-zu-eins-Überwachung) spielen im Arbeitsalltag von Klinikleitungen und Stationsteams eine bedeutende Rolle. Gewalttätige Übergriffe können Verletzungen von Mitarbeitern und Mitpatienten nach sich ziehen, teilweise sogar recht schwere (Langsrud et al., 2007). Suizide sind per definitionem mit dem Tod eines Patienten verbunden, und Fluchtversuche werden mit Selbsttötungsimpulsen in Verbindung gebracht (Appleby et al., 2006). Selbstverletzungen sind ebenfalls schwerwiegend, und der Umgang mit solchen Vorfällen und ihre mögliche Verhinderung verlangen viel pflegerisches Können. Außerdem muss man Selbstverletzungen als Hinweise auf ein erhöhtes Suizidrisiko sehr ernst nehmen (James et al., 2012b). Die Anwendung von Gewalt und Zwangsmaßnahmen bei Eindämmungen verursacht bei Mitarbeitern oft ambivalente Gefühle und kann auch zu ungewollten Verletzungen des Patienten führen oder Mitarbeiter-Patienten-Beziehungen stark belasten. Die Häufigkeit und Schwere solcher Vorfälle auf den Stationen zu verringern, ist also ein wichtiger Faktor, für die Patienten ebenso wie für die Mitarbeiter.

Die Idee, dass unterschiedliche Vorkommnisse (Aggression, Selbstverletzung, Entweichungsversuche usw.) unter dem Begriff Konflikt und die entsprechenden Schlichtungsmaßnahmen (Bedarfsmedikation, Isolierung, Fixierung usw.) als Eindämmung zusammengefasst werden, wird von zwei Hauptargumenten untermauert:

Erstens: Patienten, die eine Art von Konfliktverhalten an den Tag legen, neigen auch zu den anderen, bündeln also diese Verhaltensmuster (Bowers et al., 2000, Bowers et al., 2003d).

Zweitens: Die unterschiedlichen Konflikt- und Eindämmungsraten bündeln sich innerhalb der Stationen. Stationen mit einer hohen Aggressionsrate

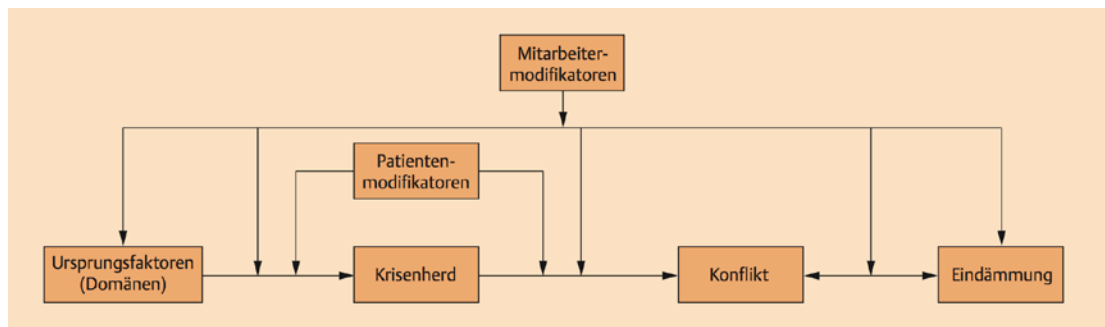
verzeichnen beispielsweise auch eine hohe Anzahl von Entweichungsversuchen oder Stationen, in denen häufig IM-Zwangsmedikationen angewendet werden, haben auch eine hohe Rate an Eins-zu-eins-Überwachungen (Bower, 2009). Studien in Gemeinschaften junger Leute wiesen auch das Vorhandensein eines gemeinsamen Faktors für unterschiedliche Problemverhaltensweisen nach (Kingston et al., 2011, Cooper et al., 2003). Aus diesen Gemeinsamkeiten lässt sich folgern, dass die unterschiedlichen Ereignisse und Handlungen gemeinsame Ursachen haben und somit der Versuch, diese alle in einem einzigen Modell zusammenzufassen, ein sinnvolles Konzept darstellt.

Die Konflikt- und Eindämmungsrate verschiedener Stationen weist deutliche Unterschiede auf, variiert teilweise um das Zehnfache (Bowers, 1998, Bowers et al., 1998, Bowers, 2009). Auf internationaler Ebene gibt es große Unterschiede (Bowers et al., 2005a, Nijman et al., 2005), und die Eindämmungsmethoden einiger Länder werden in anderen nicht angewendet (Bowers et al., 2007d). Bisher gibt es kaum Erklärungen oder systematische Beschreibungen für diese Unterschiede. Die wenigen vorhandenen beschränken sich oft auf eine spezielle Konfliktart, meistens auf Aggressionen (Nijman et al., 1999). Das Safewards Modell steht für unseren Versuch, diese Lücke zu füllen.

Das Safewards Modell in vereinfachter Form

Die einfachste Form des Safewards Modells ist in Abbildung 1 dargestellt. Es fasst die Faktoren zusammen, die die Häufigkeit von Konflikten und deren Eindämmung auf Stationen beeinflussen, und gibt Erklärungen, warum es auf einigen Stationen öfter zu Konflikten und deren Eindämmung kommt als auf anderen. Bedeutung der Begriffe im Modell:

Abbildung 1: Safewards Modell in der einfachen Form



Ursprungsfaktoren: Darunter versteht man die sozialen und physischen Aspekte einer psychiatrischen Behandlung, die sich aus der vollstationären Unterbringung in einem möglicherweise geschlossenen Setting für 24 Stunden am Tag und 7 Tage die Woche ergeben, teils freiwillig, teils als angeordnete Zwangsmaßnahme. Je nach Vorhandensein oder Nichtvorhandensein der Faktoren verändert sich die Häufigkeit von Konfliktsituationen und/oder eindämmenden Maßnahmen.

Mitarbeitermodifikatoren: Dieser Begriff umfasst die Eigenschaften, Handlungsweisen und Haltungen einzelner Mitarbeiter oder Teams, die sich auf den Umgang mit Patienten oder deren Umfeld beziehen sowie auf die vom Personal initiierten Interaktionen oder Interventionen, die die Häufigkeit von herausfordernden Situationen und/oder Konflikteindämmung beeinflussen können.

Patientenmodifikatoren: Dieser Begriff steht für jene Verhaltensweisen der Patienten im Umgang miteinander, die die Häufigkeit von herausfordernden Situationen und/oder Konflikteindämmung beeinflussen können, doch auf die das Personal wahrscheinlich reagiert.

Krisenherde: Hierbei handelt es sich um die Zuspitzung von sozialen und psychologischen Situationen, die sich aus den Ursprungsfaktoren ergeben und die auf ein potenziell bevorstehendes Konfliktverhalten hindeuten.

Konflikte: Darunter fallen alle Arten von Patientenverhalten, die ihre eigene Sicherheit oder die von Mitpatienten und Mitarbeitern gefährden (Gewalt, Suizid, Selbstverletzung, Entweichungsversuche etc.).

Eindämmung (von Konflikten): Bezeichnet alle Maßnahmen seitens der Mitarbeiter, um dem Auftreten von herausfordernden Situationen vorzubeugen oder deren Folgen einzudämmen (z. B. durch Bedarfsmedikation, spezielle Überwachung, Isolierung usw.).

Unser Modell zeigt eine Reihe von Ursprungsfaktoren auf, die zu bestimmten Krisenherden führen und möglicherweise einen Konflikt auslösen können.

Das Modell weist auch darauf hin, dass Eindämmung eine dynamische, reziproke Wirkung auf Konflikte haben kann, und dass Eindämmungsversuche manchmal eher einen Konflikt zum Ausbruch bringen, als ihn erfolgreich zu verhindern. Schließlich zeigt das Modell, dass Pflegefachpersonen die Häufigkeit von Konflikten und Eindämmungsversuchen auf ihrer Station auf jeder Ebene beeinflussen können: durch Abfedern oder Aufheben von Ursprungsfaktoren; durch das Verhindern von daraus resultierenden Krisenherden; durch die Unterbrechung der Verbindung zwischen Krisenherd und Konflikt, z.B. wenn der Krisenherd entsteht, doch nicht zu einem Konfliktfall führt; durch bewussten Verzicht auf Eindämmung in Fällen, wo sie kontraproduktiv wäre; und durch Sicherstellen, dass Eindämmungsversuche nicht zu weiteren Konflikten führen.

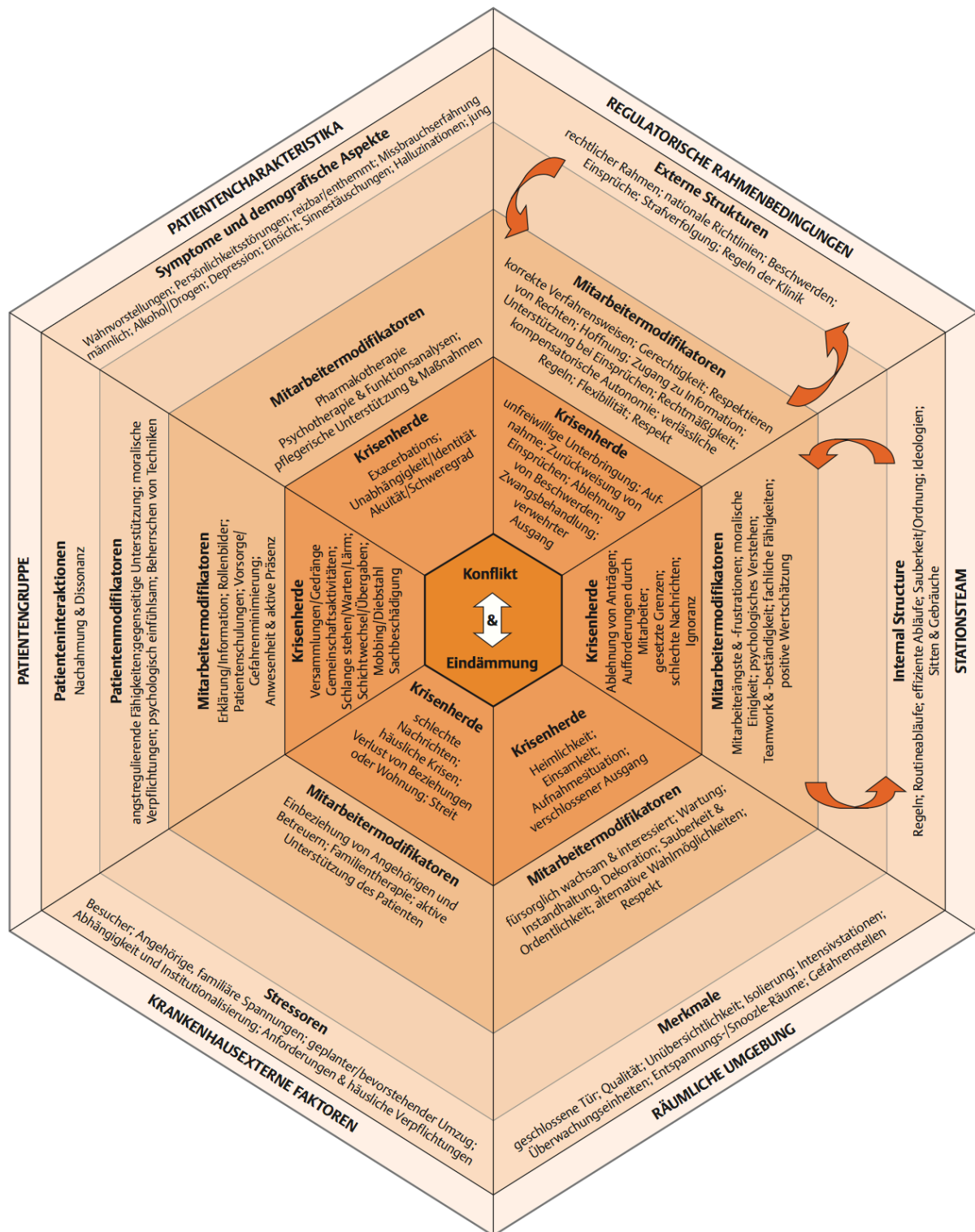
Das erweiterte Safewards Modell

Das Safewards Modell in ausführlicher Form finden Sie in Abb. 2.

Sechs Segmente bilden die Haupteinflussfaktoren auf die Häufigkeit von Konflikten und deren Eindämmung: die Patientengruppe, die Patienteneigenschaften, die regulatorischen Rahmenbedingungen, das Stationsteam, die räumliche Umgebung und die krankenhausernen Faktoren. Der äußere Ring fasst die Hauptfaktoren innerhalb dieses Segments zusammen, die Konflikte und Eindämmungsversuche auslösen können.

Im nächsten Ring sind die Patientenmodifikatoren aufgeführt. Das sind die Handlungen, durch die Patienten zusammen Einfluss darauf nehmen können, ob die Faktoren in den sechs Segmenten zu Konflikt- und Eindämmungsfällen führen oder nicht. Der nächste Ring stellt die Mitarbeitermodifikatoren in gleicher Weise dar. Pfeile zwischen diesem und dem äußeren Ring bedeuten, dass es in der Macht des Stationsteams liegt, diese Faktoren direkt zu verändern oder abzuwandeln, so dass sich das Risiko für Konflikte und deren Eindämmung verringert. Im inneren Ring sind die Krisenherde aufgeführt, die am engsten mit den Ursprungsfaktoren dieses Segments in Verbindung stehen. Unter Krisenherden verstehen sich Ereignisse oder soziale Umstände, die möglicherweise und auch sehr kurzfristig einen Konflikt oder einen Eindämmungsvorfall auslösen können. Konflikt und Eindämmung stehen im Zentrum des Modells und sind durch wechselseitige Pfeile verbunden, was ausdrückt, dass Konflikte zwar Eindämmungsversuche auslösen, dass aber auch Eindämmung selbst einen Konflikt auslösen kann.

Abbildung 2. Das Safewards Modell (ausführliches Format)



Stationsteam

Die interne Struktur der Station wird vom Stationsteam aufrechterhalten und besteht aus den Verhaltensregeln für Patienten, aus der täglichen und wöchentlichen Routine, was wo und wann passiert, und aus der allgemeinen Ideologie. Diese wird vom Personal entweder offen oder unausgesprochen durch das Verhalten hinsichtlich der Funktion und des Angebots der Station geltend gemacht.

Zur internen Struktur gehört auch die Effektivität und Effizienz, mit der diese Ideologie praktisch umgesetzt wird. Sie zeigt sich darin, ob die Station ihre Dienstleistungen als Organisationseinheit für die Bereitstellung von Behandlung und Pflege am Patienten zeitnah und flexibel erbringt.

Ein allgemeingültiger und sehr sichtbarer Indikator für eine effiziente Organisation ist allgemeine Sauberkeit und Ordnung. Daher ist dies hier aufgeführt.

Schließlich gehören zu diesem Segment auch die Gepflogenheiten und die Praxis auf der Station, die beinhalten, was passiert, wenn Patienten sich unvereinbar mit der internen Struktur verhalten oder diese stören. Die Auswahl von Eindämmungsmethoden wird nämlich vor Ort festgelegt und variiert sehr stark zwischen Stationen, Kliniken und Ländern.

Die internen Mitarbeitermodifikationen umfassen:

1. Ängste und Frustrationen des Personals – oder eher, in welchem Maße die Pflegefachpersonen ihre normalen emotionalen Reaktionen auf das störende, die interne Stationsstruktur gefährdende Verhalten von Patienten im Griff haben. Ängste des Personals verschärfen die Ängste bei Patienten und beeinträchtigen deren Selbstkontrollfähigkeit. Außerdem behindern sie die Fähigkeit der Pflegefachpersonen, auf effektivste und sozial kompetenteste Art zu reagieren. Frustrationen und Wut bei Stationsmitarbeitern können die Wut bei Patienten verstärken oder im Gegenteil einen katastrophalen Verlust an Selbstachtung auslösen. Beides kann weitere und noch extremere Konfliktverhaltensweisen zur Folge haben.
2. Die moralische Verpflichtung besonders zu Ehrlichkeit (auch wenn es schwierig oder aufwändig wäre), Tapferkeit (gewillt sein, nötigenfalls einem Patienten entgegenzutreten und Gewalt zu riskieren),

Gleichberechtigung (auf unterschiedliche Weise demonstrieren, dass man sich nicht überlegen fühlt), Wertfreiheit (Vermeiden einer allgemeinen moralischen Wertung über den Patienten), allgemeine Menschlichkeit (Ausdruck eines einschließenden Menschenbildes und Wertschätzung der Menschen trotz ihrer Vielfältigkeit) und individuelle Wertschätzung (Anerkennung des Wertes der individuellen Person).

3. Psychologisches Verständnis bedeutet die Fähigkeit, eine Reihe alternativer Erklärungen für schwieriges Patientenverhalten parat zu haben, die aus psychologischen Modellen, Studien oder psychotherapeutischen Ansätzen entnommen sind, statt die Patienten als moralisch schlecht und bestrafenswert zu beurteilen. Ein solches psychologisches Einfühlungsvermögen führt dazu, dass die Pflegefachpersonen unterschiedliche Möglichkeiten parat haben, auf solche Verhaltensweisen zu reagieren. Es hilft auch bei der emotionalen Selbstregulierung.
4. Teamwork und Beständigkeit beziehen sich auf die Art, wie sich die Mitarbeiter gegenseitig praktisch und psychologisch unterstützen, vor allem durch emotionales Luftablassen ‚hinter den Kulissen‘ und indem sie gemeinsam die Last auf sich nehmen, herausfordernden Patienten direkt gegenüber zu treten. Zusätzlich sorgt das Team für Beständigkeit bei der Aufrechterhaltung und Anwendung der internen Strukturen gegenüber den Patienten: Einheitlichkeit des Verhaltens verschiedener Pflegefachpersonen und gegenüber verschiedenen Patienten über die Länge der Zeit. Das trägt zur Legitimierung der internen Strukturen in den Augen der Patienten bei, unterstützt deren Selbstkontrolle und dämpft jedes Gefühl der Ungerechtigkeit und Wut darüber.
5. Fachliche Fähigkeiten beziehen sich auf die Bandbreite, Tiefe und Menge der sozialen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten und Reaktionen, die dem Pflegepersonal zur Verfügung stehen, um mit herausforderndem Patientenverhalten gegenüber der internen Struktur umzugehen. Dazu gehört Trösten bei Kummer, deeskalierendes Einwirken auf Patienten, die sich aufregen, sowie eine kompetente Anwendung von Bestimmungsgewalt und Führung.

6. Positive Wertschätzung zeigt, in welchem Maße Mitarbeiter gerne und mit Freude mit den Patienten zusammen sind, wodurch sie ihnen Respekt, Mitgefühl und Kameradschaft bezeugen.
7. Die Doppelpfeile (Abb. 2) zeigen an, dass das Personal beim Ursprungsfaktor ‚Stationsteam‘ die internen Strukturen selbst unter Kontrolle hat, denn es bestimmt die Regeln und die Stationsroutine bzw. arbeitet effektiv oder nicht. Deshalb kann man diesen Ursprungsfaktor selbst als Mitarbeitermodifikator betrachten.

Als Krisenherde innerhalb der internen Struktur gelten jene Momente, in denen Bestimmungsgewalt und Einfluss vom Personal ausgeübt werden. Dies geschieht entweder durch Ablehnen oder Abweisen einer Bitte des Patienten, durch eine Aufforderung an den Patienten, etwas zu tun (oder etwas zu unterlassen), durch Mitteilung von unerwünschten Nachrichten zu anderswo getroffenen Entscheidungen des Personals oder durch Ignorieren offenkundiger oder unausgesprochener Bitten um Hilfe oder Unterstützung.

Faktor „Räumliche Umgebung“

Zu den Faktoren der räumlichen Umgebung, die die Häufigkeit von Konflikten und deren Eindämmung beeinflussen, gehören Qualität (ein qualitativ besseres Umfeld vermittelt ein hohes Pflegeniveau, bietet mehr Komfort und drückt mehr Respekt für den Patienten aus). Komplexität (unübersichtliche Umgebungen machen dem Personal eine intensive Betreuung schwerer, die wichtig ist, um Selbsttötungsimpulse zu bremsen und die Selbstkontrolle zu stärken) gehört auch dazu.

Andere Faktoren der räumlichen Umgebung tragen direkt zur Eindämmung bei, z. B. ob die Tür zur Station verschlossen ist, es einen Isolierungsraum oder eine psychiatrische Intensivstation gibt.

Zu den Mitarbeitermodifikatoren, die darauf Einfluss nehmen, gehören die Pflege der Einrichtung (schnelle Reparaturen im Bedarfsfall, häufige Renovierungsarbeiten, regelmäßiger Austausch beschädigter Möbel) sowie ein respektvoller Umgang mit den Örtlichkeiten seitens des Personals, das für Sauberkeit und Ordnung sorgt, um ein angenehmes und ansprechendes

Umfeld zu schaffen. Weitere Mitarbeitermodifikatoren ergeben sich aus der Bereitschaft, die Farbgebung und Dekoration der Einrichtung auf die Vorlieben des Patienten abzustimmen, von der Auswahl des Bettüberwurfs und der Vorhänge über zur Verfügung gestellte Poster bis hin zu persönlich gestalteten Schlafzimmern und Schlafplätzen.

Ein weiteres Element liegt in der Qualität der Patientenüberwachung seitens des Personals, von Routinechecks bis hin zu einem fürsorglichen, aufmerksamen und stets wachsamem Umgang mit den Patienten.

Es geht darum, jeden Patienten zu umsorgen, ihn im Auge zu behalten, um bei Anzeichen von Mutlosigkeit und Verzweiflung umgehend eingreifen zu können, Abwesenheit zu bemerken, ungewöhnliche Reaktionen selbst auf Kleinigkeiten zu wahrzunehmen und nachzufragen, was los ist.

Als Krisenherde gelten Heimlichkeiten oder ein Sichzurückziehen des Patienten sowie alle Orte und Momente, in denen die Präsenz seitens des Personals nicht hundertprozentig gewährleistet ist und daher Selbsttötungs- und Selbstverletzungsinstinkte wach werden und ausgelebt werden können oder Konflikte und Mobbing unter Patienten auftreten können.

Die Intensität des Schocks, den der Patient bei der Einweisung erleidet, kann sich durch eine ungepflegte, unansehnliche Station noch weiter verstärken.

Der Moment, in dem der Patient feststellt, dass die Tür verschlossen ist, wird möglicherweise zum Auslöser für Wut/Widerstand oder eine Erschütterung seines Selbstbewusstseins und damit verbunden für Selbstverletzungen.

Krankenhausexterne Faktoren

Stationsexterne Stressfaktoren werden meistens durch Freunde oder Angehörige des Patienten oder Probleme von Zuhause ausgelöst. Der Kontakt mit Freunden und Angehörigen kann Verzweiflung und ein herausforderndes Verhalten zur Folge haben, wenn es dabei zu Anfeindungen, Streits oder sonstigen Aufregungen kommt (z. B. Abwesenheit des Patienten bei wichtigen Anlässen, unerfüllte Bitten um Hilfe seitens des Patienten oder Erfahren unerfreulicher Nachrichten wie Krankheit, Tod oder sonstige Verluste).

Einige Beziehungen zu Familienmitgliedern sind besonders belastend oder aufreibend für Patienten, beispielsweise Eltern, die kein Verständnis für die Symptomatik einer psychischen Erkrankung aufbringen, Partner, die unter der Belastung zusammenbrechen, finanzielle Schwierigkeiten oder Sorgerechtsabsprachen nach einer Scheidung, Probleme bei der Kinderbetreuung bis hin zu Missbrauch und dem Einschalten des Jugendamtes.

Kontakte mit Freunden oder Angehörigen kommen per Telefon oder E-Mail, über soziale Netzwerke und Briefe oder bei Besuchen zustande.

Andere Stressfaktoren von außen ergeben sich aus dem Zuhause und der Wohnung. Dort können Probleme auftreten, die der Patient von der Klinik aus nicht lösen kann, wie anfallende Rechnungen, Reparaturen, Wartung, aber auch die Sorge um eventuelle Einbrüche in der zurzeit unbewohnten Wohnung.

Während eines Klinikaufenthaltes kommt es nicht selten zu einem Umzug. Ist die neue Unterkunft in den Augen des Patienten weniger attraktiv, kann es bei näherrückendem Entlassungstermin zu Stress und Konflikten kommen.

Zu den Mitarbeitermodifikatoren gehört es auch, den Familien- und Freundeskreis der Patienten genau kennenzulernen, kombiniert mit einer Einschätzung der Bedeutung, die die jeweiligen Beziehungen für den Patient oder die Patientin haben.

Dieses umfassende Wissen ermöglicht es entweder, Freunde oder Verwandte in die Pflege einzubeziehen oder einen therapeutischen Ansatz zur Problemlösung zu wählen mit unterschiedlichen Methoden wie Schulung der Angehörigen, Ehe- oder Paartherapie oder Familientherapien.

Die aktive Unterstützung der Patienten in diesen Beziehungen und die Hilfe bei einem geregelten Umgang mit Freunden und Angehörigen eröffnet dem Personal weitere Möglichkeiten zur Eindämmung und Vorbeugung von Konflikten. Durch Streit mit einem Freund oder Familienmitglied kann es ebenso zum Eklat kommen wie durch unerfreuliche Nachrichten von außen, einen Verlust oder eine Enttäuschung, eine Krise zu Hause (Feuer, Einbruch, drohende oder tatsächliche Kündigung, Mahnungen für Rechnungen, Schulden...).

Faktor „Patientengruppe“

Konflikte innerhalb der Patientengemeinschaft entstehen oft durch Nachahmung oder Dissonanz.

Ungehöriges oder gewagtes Benehmen wirkt nicht selten ansteckend auf Mitpatienten, die das Verhalten kopieren. Andere fühlen sich dadurch verängstigt oder verunsichert, was Abwehrmechanismen in Bewegung setzt. In beiden Fällen können Konfliktsituationen ausgelöst werden.

Die so freigesetzten Ängste führen in manchen Fällen zu häufigeren oder schwerwiegenderen psychiatrischen Symptomen, die wiederum ein verstärktes Konfliktverhalten verursachen können.

Ein weiterer Konfliktauslöser ist Zwietracht unter den Patienten, die eng mit anderen in einer ihnen aufgezwungenen Gemeinschaft zusammenleben müssen, darunter viele Menschen mit schwierigem, unberechenbarem, irritierendem und irrationalen Verhalten. In diesem Falle kommen Patientenmodifikatoren zum Tragen, die einen Einfluss darauf haben, ob Nachahmung oder Dissonanz zu einer Konfliktsituation führt, und parallel dazu Mitarbeitermodifikatoren, die eine Eindämmung unterstützen.

Dazu gehören beispielsweise die Fähigkeit von Patienten, ihre eigenen emotionalen Angst- und Frustrationsgefühle gegenüber dem Verhalten ihrer Mitpatienten zu kontrollieren, ihr psychologisches Verständnis für solche Verhaltensmuster, das ein Urteilen und Verurteilen verhindert, ihre sozialen Fähigkeiten und ihr Repertoire an angemessenen Reaktionen, ihre Moralvorstellungen in Bezug auf Ehrlichkeit und Gleichberechtigung und die Bereitschaft zur gegenseitigen Unterstützung und Toleranz gegenüber jenen schwierigen Mitpatienten, die zeitweise auf extreme Art Unruhe stiften.

Bei den Mitarbeitermodifikatoren handelt es sich hauptsächlich darum, mit welchen Mitteln das Pflegepersonal die Patienten zu einem positiven Miteinander motiviert. Mustergültige Gelassenheit und beherrschte Reaktionen auf herausforderndes Verhalten verleihen den Patienten mehr soziale Fähigkeiten, weil sie dieses Vorbild wahrnehmen.

Indem man Patienten das Verhalten sowie die psychiatrischen Symptome und Hintergründe erklärt (inklusive durch formale Schulungseinheiten), fördert man das Verständnis der Patienten untereinander.

Darüber hinaus lassen sich Nachahmungen manchmal schon allein dadurch vermeiden, dass man die dazu notwendigen Mittel aus der Station entfernt, beispielsweise alle Plastiktüten nach einem damit unternommenen Suizidversuch.

Die Präsenz von Pflegemitarbeitern und deren gute Beziehungen zu Patienten ermöglichen ein schnelles Eingreifen bei potenziellen Streitereien, um Krisenherde durch diplomatisches Verhandeln oder sonstige Maßnahmen im Keim zu ersticken, bevor es zu Gewalttätigkeiten kommt.

Da Nachahmung und Dissonanz zu den konfliktauslösenden Faktoren gehören, sind alle Gelegenheiten als potenzielle Krisenherde anzusehen, bei denen die Patienten engen Kontakt miteinander haben. Versammlungen jeder Art, gemeinsame Aktivitäten oder Gedränge auf der Station können also zu belastenden Interaktionen und Missverständnissen führen, aber auch zum Beobachten von Handlungen, die als „nachahmenswert“ empfunden werden. Solche Missverständnisse entwickeln sich sogar noch verstärkt, wenn die Patienten durch Warten, Schlangestehen oder einen hohen Lärmpegel zusätzlichem Stress ausgesetzt sind.

Aggressionen, Diebstähle und Sachbeschädigung sind weitere Auslöser für potenzielle Konfliktsituationen, wenn das Personal nicht rechtzeitig eingreift.

Auch häufig wechselnde Mitarbeiter und Patienten steigern die Angst und Ungewissheit in der Patientengruppe und machen sie anfälliger für Krisen und Eskalationen.

Faktor „Patienteneigenschaften“

Treffen Patienten mit sehr unterschiedlichen Eigenschaften aufeinander, kann das zu herausforderndem Verhalten führen. Wir unterscheiden hier drei Gruppen:

1. Symptome wie Paranoia, die defensive Aggressionen oder Fluchtversuche auslösen, bestimmte Sinnestäuschungen, die irrationales Benehmen zur Folge haben, akustische Halluzinationen, z. B. Stimmen, die Patienten zu bestimmten Handlungen auffordern, Depressionen, die Selbsttötungsimpulse und Reizbarkeit hervorrufen,

oder Alkohol- und Drogenmissbrauch, der zu aggressiven Reaktionen und Enthemmung führen kann.

2. Charaktereigenschaften, besonders bei einer dissozialen Persönlichkeitsstörung mit instrumenteller Aggression oder bei Borderline-Fällen mit Selbstverletzungen.
3. Demografische Faktoren, besonders ausgeprägt bei jüngeren und männlichen Patienten.

Hier gilt es, die jeweils effektivste und effizienteste Behandlung zu finden, wobei auch Pharmako- und/oder Psychotherapien zum Einsatz kommen können. Eine schnelle Eindämmung der Symptome verringert die Gefahr, dass Konfliktsituationen entstehen. Als spezielle Psychotherapie könnte hier eine funktionale Analyse des vom Patienten gezeigten Konfliktverhaltens erfolgen, gekoppelt mit einem Therapieprogramm, das die alten Muster ausschaltet (Carthy, Spring 2012). Besonders wirksam, um die Häufigkeit von Konfliktverhalten zu verringern, ist ein verständnisvoller, feinfühligere Umgang der Mitarbeiter mit Patientensymptomen, der die Auswirkungen dieser unterschiedlichen Verhaltenssymptome abfängt und die Patienten beruhigt und unterstützt. Zu Krisenherden in diesem Segment gehören auch plötzliche Verschlimmerungen oder der Ausbruch schwerer Symptome oder Krankheiten sowie jede Art von Einschränkungen in Bezug auf die Freiheit und Unabhängigkeit der Patienten, was besonders problematisch bei jungen männlichen oder persönlichkeitsgestörten Patienten ist. Insofern stehen die durch Patienteneigenschaften bedingten Krisenherde mit denen in Verbindung, die bereits für das Segment Stationsteam beschrieben wurden.

Faktor „Regulatorische Rahmenbedingungen“

Zu den externen Strukturen gehören jene Verhaltenseinschränkungen für die Patienten auf der Station, die im weitesten Sinne von außerhalb vorgegeben sind. Diese reichen von den Vorgaben der Gesetze zu Unterbringung und Zwangsbehandlung und der Zwangseinweisung von Patienten in psychiatrische Kliniken (was beim Patienten eine feindliche Haltung, Wut, Aggressionen und Fluchtversuche auslöst) über die staatliche Politik der

psychiatrischen Gesundheitsversorgung und deren Auswirkung auf den Patienten im Laufe seines Aufenthalts im psychiatrischen System (was er vorfindet und was nicht, unter welchen Bedingungen, welche Therapien, Unterkunft, finanzielle Absicherung ...) bis hin zu Klinikregeln bezüglich Beschwerden, Einsprüchen und Strafverfolgungen von Patienten wegen Angriffen oder kriminellen Handlungen. Mit Ausnahme der Klinikregeln, die gegebenenfalls von auf der Station tätigen Pflegefachpersonen beeinflusst werden können, entziehen sich alle diese Punkte der Kontrolle des Personals. Allerdings hat das Mitarbeiterteam einen gewissen Spielraum bei der Ausführung der Vorgaben.

Respektieren der Rechte des Patienten, korrekte Verfahrensweisen, Weitergabe von exakten Informationen, insbesondere im Fall von Einsprüchen und Gerichtsverfahren, Ermutigungen und positive Zukunftsplanungen, Unterstützung bei Beschwerden: All das trägt dazu bei, das Empfinden des Patienten für die Rechtmäßigkeit der externen Strukturen zu verbessern und Konfliktverhalten aus Frustration und Hoffnungslosigkeit abzubauen. Indem man Patienten dort mehr Freiraum zugesteht, wo dies noch möglich ist, lassen sich die vorgeschriebenen Einschränkungen etwas abmildern. Krisenherde in diesem Segment entstehen dann, wenn das psychiatrische System seine Regeln mit Macht durchsetzt, was beim Patienten zu aggressiver Rebellion, aber auch zum völligen Zusammenbruch seines Selbstwertgefühls oder zu einer tiefen Depression führen kann.

Starke Auslöser für Krisen sind unter anderem Ausgangsverbote, Zwangsmedikation und abgelehnte Beschwerden oder Einsprüche.

Solche Momente führen dem Patienten seine Situation besonders deutlich vor Augen und können Konfliktverhalten auslösen.

Originäre Beiträge durch das Safewards Modell

Mit dem Safewards Modell wird angestrebt, alle Konfliktverhaltensweisen und alle Eindämmungsmethoden im Zusammenhang zu erklären.

Das Modell ist also umfassender als getrennte Modelle zu Aggression, Fluchtverhalten usw. Es bestätigt die mittlerweile empirisch erhärteten Zusammenhänge zwischen ihnen.

Durch die Beschreibung der wechselseitigen Verbindung zwischen Konflikt und Eindämmung zeigt das Modell auf, dass der Einsatz von Eindämmungsmaßnahmen zur Vorbeugung von Konflikten in manchen Fällen solche Konflikte überhaupt erst auslöst. Dadurch ermöglicht das Modell, Eindämmungsversuche durch Einzelmaßnahmen ohne zwingenden Einfluss auf die Konfliktrate einzuschränken, wie es in vielen Initiativen zur Reduzierung von Isolation und Fixierung in einer Reihe von Ländern weltweit schon praktiziert wird

Außerdem hebt das Modell durch die Unterscheidung zwischen Ursprungsfaktoren und Krisenherden die Spannungen hervor, die durch die normalen, allerdings immanenten Abläufe in der stationären Psychiatrie entstehen. Es zeigt, wie dadurch zeitlich lokalisierbare, genau zu beschreibende Krisenherde entstehen. Durch die Unterscheidung zwischen Ursprungsfaktoren und Krisenherden kann man sich ein klareres Bild machen, was durch das Pflegepersonal auf der Station verändert werden kann und was nicht. Das erleichtert die Suche danach, wie sich Konflikte und deren Eindämmung durch Veränderungen reduzieren lassen. Das Safewards Modell rückt auch signifikante neue Überlegungen in den Vordergrund. Zum ersten Mal werden Patienteninteraktionen ernsthaft berücksichtigt und in Erklärungen für Konflikt- und Eindämmungsraten einbezogen. Über Patienteneigenschaften und Symptome als Ursachen für Konflikte und deren Eindämmung wurde zwar schon früher eingehend berichtet, doch das Safewards Modell erkennt Behandlungen als effektive Strategie zur Erhöhung der Sicherheit und stellt heraus, dass die Art, wie Pflegepersonal auf Patienteneigenschaften reagiert, einen signifikanten Einfluss darauf hat, ob es tatsächlich zu Konflikt- und Eindämmungsfällen kommt.

Die externe Struktur bzw. die regulatorischen Rahmenbedingungen und ihre Ausprägung werden zum ersten Mal als Ursprungsfaktor für Konflikte und deren Eindämmung auf Stationen identifiziert. Es gibt bei der Durchsetzung solcher Strukturen für die Pflegefachpersonen immer noch Einflussmöglichkeiten, mit denen sie das Risiko für Konflikte und Eindämmung reduzieren können.

Allerdings zeigt das Safewards Modell ebenfalls, dass auch auf höchster Hierarchieebene regulatorisch etwas getan werden kann, um mehr Sicherheit für Mitarbeiter und Patienten zu gewährleisten.

Zusätzlich berücksichtigt das Safewards Modell erstmals systematisch den Einfluss von krankenhausexternen Faktoren auf die Station und das Patientenverhalten. Das dadurch entstehende neue Verständnis gibt Raum für innovative Arten der Einflussnahme.

Während die Bedeutung der räumlichen Umgebung auch schon von anderen aufgezeigt wurde, begnügt sich das Safewards Modell nicht mit der simplen Empfehlung, die Qualität zu verbessern, sondern legt im Einzelnen dar, welche Aspekte bei den Stationsräumlichkeiten im Zusammenhang mit der Sicherheit von Personal und Patienten stehen.

Folgerungen für die Reduzierung von Konflikten und deren Eindämmung

Stationsteam

Die ganz offensichtliche Folgerung hinsichtlich des Stationsteams ist, dass man die Konflikt- und Eindämmungsrate mit hoher Wahrscheinlichkeit durch jede Maßnahme senken kann, die Veränderungen am psychologischen Verständnis, an der moralischen Verpflichtung, an der Kontrolle der Emotionen, an den fachlichen Fähigkeiten und an der Teamfähigkeit, an der positiven Wertschätzung und an der Effizienz der Stationsstruktur nach sich zieht.

Ganz klar führen zwei Wege zu solchen Veränderungen: Fortbildung/Schulung und klinische Supervision der Pflegefachpersonen, die am Patienten arbeiten.

Doch dies sind nicht die einzigen Möglichkeiten.

Stationsleiter und qualifizierte Pflegefachpersonen können diese Werte vorleben, diese Fähigkeiten ausbilden, ihre Teamkollegen ungezwungen

anleiten, sich gegenseitig anspornen und die Betreuung der Patienten im Hinblick auf diese Prinzipien neu überdenken. Zusätzlich könnte man eine Station auf den richtigen Weg bringen, indem man einige Aufgaben aufteilt oder kleine Abläufe einführt, die auf eine Veränderung hinwirken. Ein alternativer Ansatz wäre es, sich auf die erkannten Krisenherde zu konzentrieren und zu versuchen, besser damit umzugehen. Zu den Krisenherden gehören die Gemeinschaftsbereiche auf der Station, wo am ehesten Konflikte auftreten, sowie der Kontakt zwischen Mitarbeitern und Patienten, wenn die Regeln der Station festgelegt, bekräftigt, demonstriert und durchgesetzt werden.

Es ist nicht so schwer, Wege zu finden, wie die Pflegefachpersonen die Struktur der Station mit der Patientengruppe klarer definieren können, z. B. durch eine reduzierte Anzahl Regeln oder eine Vereinheitlichung ihrer Anwendung. Auch die Art, wie die Mitarbeiter mit den Patienten bezüglich dieser Fragen in Kontakt treten, lässt sich ändern. Ein einfaches Beispiel: Anstatt abzuwarten, dass Patienten beim Stationsbüro anklopfen, können die Pflegefachpersonen den Anliegen schon vorgreifen, indem sie auf einer Stationsrunde vorab nachfragen, was die Patienten brauchen und wünschen. Solche kleinen Änderungen in den Abläufen und der gängigen Praxis haben durchaus einen großen Einfluss auf die Konfliktrate und damit auf Eindämmungsversuche. Zwischen Struktur und Eindämmung bildet Aggression ganz klar das Bindeglied. Das Setzen von Grenzen oder die Ablehnung von Patientenanliegen führt nicht an sich zu Eindämmungsversuchen. Nur wenn ein verwirrter, frustrierter und herabgesetzter Patient mit Ärger reagiert und das beim Personal eine Kombination von Ängsten und Gereiztheit auslöst, zieht das gegebenenfalls den Einsatz von Eindämmungsmaßnahmen nach sich.

Solche und andere Kreisläufe zu unterbrechen, kann sich wirklich auszahlen, für die Patienten ebenso wie für die Mitarbeiter.

Räumliche Umgebung

Dass die räumliche Umgebung eine Rolle spielt, hat zur Folge, dass auch das Krankenhaus, seine Leitung, seine Mittelausstattung und seine Organisation einen gewissen Einfluss auf Konflikt- und Eindämmungsraten haben. Die Qualität der Räumlichkeiten einer Station einschließlich der Sauberkeit sind insgesamt das Ergebnis von aktuellen oder vergangenen Entscheidungen der Klinikleitung. Ob die Stationstür permanent abgeschlossen bleibt oder nicht, ist auch eher eine Folge krankenhausesübergreifender Grundsatzentscheidungen der Leitung. Und wie bereits erwähnt, sind damit Vorteile (weniger Fluchtversuche) und Nachteile (mehr Aggressionen und Selbstverletzungen) verbunden.

Trotzdem können die Mitarbeiter etwas daran verändern, wie sich räumliches Umfeld und Patientenverhalten gegenseitig beeinflussen. Mehr Routinechecks und der Einsatz von sporadischer intensiver Betreuung können die Komplexität der Situation abfedern. Und durch die Beaufsichtigung der Patienten im Rahmen eines fürsorglichen, aufmerksamen und stets wachsamem Umgangs lassen sich Suizide verhindern (Bowers et al., 2011a). Schnelle Reparaturen, Sorgfalt bei der Einrichtung, Kontrolle und Überwachung des Reinigungsdienstes und eine gut aufgeräumte Station, das alles kann zur Verbesserung des räumlichen Umfeldes führen. Damit steigt das Selbstwertgefühl der Patienten, wird Respekt ausgedrückt und werden Fluchtversuche möglicherweise verhindert. Handelt es sich um eine geschlossene Station, können die Pflegefachpersonen den Patienten mehr alternative Angebote machen oder so handeln, dass ihr Selbstwertgefühl verbessert wird und die verriegelte Tür eine möglichst geringe Rolle spielt.

Krankenhausexterne Faktoren

Um krankenhausesexterne Faktoren zu beeinflussen, die potenziell sicherheitsgefährdende Vorfälle auslösen könnten, darf das Personal sich nicht auf das krankenhausesinterne Leben des Patienten beschränken. Die finanzielle Situation der Patienten ist wichtig, und sie brauchen möglicherweise Unterstützung und Anleitung im Umgang mit den

Sozialsystemen, mit ihren Geldanlagen, mit Schulden oder einfach nur Hilfe, um über ihre Mittel zu verfügen. Weil Familienprobleme für Patienten von großer Bedeutung sind, dürfen die Betreuer während ihrer stationären Behandlung nicht auf Abstand gehalten werden. Sie sollten vielmehr einbezogen und unterstützt werden, damit sie während des Klinikaufenthaltes Probleme lösen können.

Zeigen sie sich unterstützungswillig und hilfsbereit , braucht der Patient vielleicht Hilfe dabei, den Kontakt mit Angehörigen und Freunden aufrecht zu erhalten. Auch ein Gespräch darüber, was Patienten über ihre Verantwortung innerhalb der Familie denken, kann von Interesse sein. Wenn Patienten sich um ihre Wohnung sorgen, kann dies vielleicht mit Sozialarbeitern abgeklärt oder ihnen Besichtigungsausgang gewährt werden. Bei der stationären Behandlung neigt man dazu, die Aufmerksamkeit, das Denken und das Handeln vor allem auf die Probleme des Patienten innerhalb der Station zu richten. Alles andere betrachtet man als Aufgabe der Sozialdienste.

Diese Sichtweise lässt aber wichtige Faktoren außer Acht, die das Verhalten des Patienten auf der Station von außen beeinflussen, und zwar meist auf eher negative Weise. So können die Ferneinwirkungen dessen, was sich außerhalb der Klinik in Bezug auf den Patienten abspielt, zu Vorfällen führen, auf die das stationäre Personal schnell reagieren muss. Als Vorbeugung sollte man solche Ursachen aufgreifen, auch wenn sie außerhalb der Station oder der Klinik liegen.

Patientengemeinschaft

Die Handhabung von Patienteninteraktionen kann genauso wichtig sein wie die Bewältigung des Umgangs zwischen Pflegefachpersonen und Patienten. Signifikante Bemühungen um die Schulung von Patienten (in professionellen Techniken und psychologischem Verständnis), um Konfliktbewältigung, um Rollenbilder und um die Präsenz von Pflegemitarbeitern könnten Konfliktrate senken. Das Risiko von Nachahmeffekten zwischen den Patienten darf nicht außer Acht gelassen werden, um eventuell präventive Maßnahmen zu ergreifen oder durch Beschwichtigungen und Erklärungen einer „Ansteckung“ vorzubeugen. In gewisser Weise untermauert die nachweislich große

Bedeutung der Patientengruppe den potenziellen Wert eines Ansatzes, der von Veränderungen bei der therapeutischen Gemeinschaft auf psychiatrischen Stationen ausgeht. Das Ausmaß und die Fluktuation von Aktivitäten auf der Station zu steuern, kann ein weiteres Mittel sein, ein ruhigeres und gelasseneres Umfeld zu schaffen, in dem Patienten vermutlich seltener in potenziell angespannten oder unklaren sozialen Situationen miteinander in engen Kontakt kommen.

Patienteneigenschaften

Der gleichbleibend ausgeprägte Hinweis auf jüngere und männliche Patienten zeigt, dass es bei vielen Konflikten und deren Eindämmung um Rebellion, Unabhängigkeit und Macht geht, was für Männer und junge Leute hochsensible Themen sind. Das deutet darauf hin, dass man Konflikte und Auseinandersetzungen mit dem Personal möglicherweise reduzieren kann, indem man den Patienten mehr Entscheidungsfreiheit und Kontrolle über ihre eigene Situation gibt. Durch Bemühungen um eine Partnerschaft mit gegenseitigem Respekt könnte viel erreicht werden, um aus solchen Problemlagen entstehende Konflikte zu verhindern. Beides deutet auf den potenziellen Wert einer Veränderung der therapeutischen Gemeinschaft auf Stationen hin (Haigh, 2002, Mistral et al., 2002). Es zeigt auch, dass jeder noch so leise Ansatz von autoritärem Führungsstil seitens des Stationspersonals kontraproduktiv ist und zum Widerspruch reizt.

Die zusätzliche Tatsache, dass ein signifikanter Anteil von Konflikt- und Eindämmungsfällen auf einen eher kleinen Teil von Patienten zurückgeht, zeigt die potenzielle Wirksamkeit von (i) veränderten Reaktionen der Pflegefachpersonen auf die Patienten nach einem ersten Vorfall, um weitere zu vermeiden, und (ii) gezielten therapeutischen Maßnahmen für besonders schwierige Patienten. Auch aus dem Zusammenhang zwischen Konflikt und Eindämmung einerseits sowie Krankheit und Symptomen andererseits lassen sich zahlreiche Lehren ziehen. In erster Linie gehört dazu eine effektive und schnelle Behandlung, die die Symptome abklingen lässt und somit auch Konflikte und Eindämmung.

Allerdings beschränkt sich die Behandlung von Psychosen nicht auf Medikamente. Sie bezieht oft auch Elemente einer kognitiven Verhaltenstherapie und einer Funktionsanalyse, die Schulung sozialer Fähigkeiten und andere psychotherapeutische Behandlungen ein. Allerdings muss man zugeben, dass nur wenige dieser Methoden auf akutpsychiatrische Fälle angepasst oder auf ihre Wirksamkeit bei Patienten auf akutpsychiatrischen Stationen getestet wurden. Hier besteht noch ein hoher Forschungsbedarf.

Auch wenn die Ursachen für Konflikte in psychiatrischen Symptomen liegen, bedeutet das nicht automatisch, dass Pflegefachpersonen daran nichts ändern können. Symptome treten nicht in einem Vakuum auf, sondern im sozialen Kontext einer Station. Pflegefachpersonen haben die Wahl, wie sie reagieren, und bestimmte Reaktionen bringen mehr Wirkung als andere. Manche unterstützen die Bewältigungsstrategien der Patienten, während andere den Stress beim Patienten nur noch vergrößern und so weitere Symptome hervorrufen (Zubin and Spring, 1977). Pflegefachpersonen haben auch einen Einfluss darauf, wie Patienten auf die Symptomatik des jeweils anderen reagieren. Sie können vormachen, wie man effizient, mit Respekt, würdevoll und deeskalierend vorgeht, und andere Patienten auch direkt unterweisen und beraten, was sie tun können. Solche Maßnahmen erzielen auch bei Besuchen von Freunden oder Angehörigen des Patienten gute Ergebnisse. Dabei können sie ihre Erfahrung und ihre bewährte psychiatrische Pflegepraxis in die Waagschale werfen. Diese psychiatrische Pflegepraxis aus Kompetenz, Kreativität und Fähigkeit im Umgang mit Symptomen existiert, sollte jedoch systematischer erfasst, festgeschrieben und veröffentlicht werden (Bowers et al., 2009b).

Das sind noch nicht alle Folgerungen aus dem Zusammenhang zwischen Symptomen und Konflikten und deren Eindämmung.

Es bedeutet weiterhin auch, dass alle Pflegefachpersonen Fachwissen zu psychotischen Symptomen haben und in der Lage sein sollten, diese zu erkennen. Neben Sinnestäuschungen und Halluzinationen bedarf es detaillierter Kenntnisse über eine Reihe von Denkstörungen (Brumbles and Meister, 2013) und ihre Auswirkungen auf die Pflege sowie ein tieferes Verständnis über kognitive Schwierigkeiten bei psychotischen Patienten

(Zarea et al., 2013). Außerdem zeigen neuere Studien vermehrt, dass Psychosen das Ergebnis von genetischer Veranlagung in Verbindung mit traumatischen Erlebnissen, Vernachlässigung und Misshandlungen in der Kindheit sind (Morgan et al., 2008). Insofern sind es Ansätze wie die traumainformierte Pflege (Bloom, 1997) wert, ernsthaft in Betracht gezogen zu werden.

Regulatorische Rahmenbedingungen

Auf nationaler Ebene scheint dies zu beinhalten, dass eine liberalere Gesetzgebung für psychisch kranke Menschen, die den Patienten mehr Rechte und mehr Raum für Einsprüche und Beschwerden gibt, zu einem friedlicheren Miteinander auf Stationen beitragen könnte. Dazu gehört, dass die Beachtung von Verfahrensgerechtigkeit und Patientenrechten, die Weitergabe von Informationen sowie die Erleichterung von Einsprüchen mehr der Kontrolle der stationären Mitarbeiter unterliegt. Damit würde die Eigenständigkeit der psychiatrischen Station erhöht, das Selbstwertgefühl der Patienten besser unterstützt, Ärger über Zwangseinweisung eher zerstreut und abgeschwächt, was wiederum die Häufigkeit von Konflikten und deren Eindämmung verringern würde. Eine effiziente, unvoreingenommene, objektive, neutrale und schnelle Abwicklung der Beschwerden von Patienten könnte dieselben Effekte haben. Zusätzlich könnte die Regulierung auch darauf abzielen, den Einsatz bestimmter Eindämmungsmaßnahmen zu reduzieren, Bewertungsvorgaben zu machen, Fristen für Nachbewertungen zu bestimmen und sorgfältigere Genehmigungsverfahren einzuführen, was erhebliche Auswirkungen haben dürfte. In der Handhabung jeder Gesetzgebung für psychisch kranke Menschen kann es auch zur Reduzierung von Konflikten und Eindämmungsversuchen beitragen, wenn man sich den Standpunkt des Patienten genau anhört, ihn ausreden lässt, mit ihm verhandelt, großzügig, flexibel und kompromissbereit handelt. In ergänzender Weise können die mit der Zwangseinweisung verbundenen Einschränkungen kompensiert werden, indem man den Patienten auf anderen Gebieten mehr Autonomie gewährt.

Man kann die Wahlmöglichkeiten bezüglich Stationsaktivitäten, Mahlzeiten, Snacks, Dekoration, Einrichtung, Zeitplan vergrößern und damit dem Bedürfnis des eingewiesenen Patienten nach Respekt und Freiheit entgegenkommen. Die Pflegefachpersonen können auch auf verschiedene informelle und organisierte Arten der mit einer Hospitalisierung verbundene Hoffnungslosigkeit und Selbststigmatisierung entgegenwirken. Auf der Ebene der Einrichtung können Strukturen durch klare und vereinheitlichte Regeln vereinfacht werden, was Patienten tun dürfen und was nicht, sowie durch eine effektive Kommunikation dieser Regeln für alle Patienten und Mitarbeiter.

Darüber hinaus kann die Einrichtung helfen, indem sie den Sinn der Stationen, den Wertekanon der Pflege und die allgemeine übergeordnete Philosophie deutlich ausspricht, was dazu beiträgt, die Strukturen zu stärken. Es kann auch zusätzliche Aktivitäten auf Leitungsebene geben, damit die Einrichtung den Zweck der Stationen unterstützt und für die auf der Station zu erbringende Pflege erforderliche Dienstleistungen effektiv und effizient bereitstellt. Dazu gehören eine schnelle Abwicklung jeglicher erforderlicher Nachforschungen, eine schnelle Durchführung von Überweisungen an andere Fachabteilungen mit schnellen Reaktionszeiten, Verwaltungsunterstützung und lückenlose hochwertige Reinigungsdienste. Diese gesamten Anstrengungen können die Strukturen stärken, Konflikte und Eindämmung reduzieren und die Auswirkungen von uneinheitlichem und respektlosem Service für die Patienten abschaffen. Was Eindämmungsmaßnahmen betrifft, liegt es recht klar auf der Hand, dass deren Gebrauch durch Regeln ohne nachteilige Auswirkungen eingeschränkt werden kann.

Schlussfolgerung

Wir haben ein neues Modell beschrieben, mit dem die vorgefundenen Unterschiede zwischen Stationen bezüglich der Häufigkeit von Konflikten und deren Eindämmung erklärt werden. Das Modell führt im Rahmen der vorgestellten Kausalerklärungen neue Konzepte ein und beschreibt neue Ursprungsfaktoren. Der wertvollste Beitrag des Safewards Modells liegt in der Möglichkeit, eine Reihe verschiedener Maßnahmen zu entwickeln, um die

Häufigkeit von Konflikten und deren Eindämmung auf psychiatrischen Stationen zu senken. Diese Abhandlung präsentiert eine unabhängige Forschungsarbeit, finanziert vom britischen National Institute for Health Research (NIHR) im Rahmen des Förderprogramms für angewandte Forschung (RP-PG-0707-10081). Die hier geäußerten Auffassungen sind die der Autoren und nicht notwendigerweise die des NHS, des NIHR oder des britischen Gesundheitsministeriums.

LITERATURHINWEISE

APPLEBY, L., SHAW, J., KAPUR, N., WINDFUHR, K., ASHTON, A., SWINSON, N. & WHILE, D. 2006. *Avoidable Deaths: five year report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness*, Manchester, University of Manchester.

BLOOM, S. 1997. *Creating sanctuary: toward the evolution of sane societies*, New York, Routledge.

BOWERS, L. 1998. *Incident data from mental health wards: Tower Hamlets Trust. Statistical analysis (descriptive and ANOVA) of incidents of all types by ward over one year. Produced at the request of the Hospital Services Manager, Tower Hamlets Trust.*

BOWERS, L. 2009. Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. *Psychiatric Services*, 60, 231-239.

BOWERS, L., BRENNAN, G., WINSHIP, G. & THEODORIDOU, C. 2009. *Talking with acutely psychotic people: communication skills for nurses and others spending time with people who are very mentally ill*, London, City University.

BOWERS, L., DACK, C., GUL, N., THOMAS, B. & JAMES, K. 2011. Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1459-1465.

BOWERS, L., DOUZENIS, A., GALEAZZI, G., FORGHIERI, M., TSOPELAS, C., SIMPSON, A. & ALLAN, T. 2005. Disruptive and dangerous behaviour by patients on acute psychiatric wards in three European centres. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 822-828.

BOWERS, L., JARRETT, M., CLARK, N., KIYIMBA, F. & MCFARLANE, L. 1998. *Runaway patients. Report to the GNC Trust*, London, City University.

- BOWERS, L., JARRETT, M., CLARK, N., KIYIMBA, F. & MCFARLANE, L. 2000. Determinants of absconding by patients on acute psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 644-649.
- BOWERS, L., SIMPSON, A. & ALEXANDER, J. 2003. Patient-staff conflict: Results of a survey on acute psychiatric wards. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 402-408.
- BOWERS, L., VAN DER WERF, B., VOKKOLAINEN, A., MUIR-COCHRANE, E., ALLAN, T. & ALEXANDER, J. 2007. International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 357-364.
- COOPER, M. L., WOOD, P. K., ORCUTT, H. K. & ALBINO, A. 2003. Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 390-410.
- EMERSON, E. & EINFELD, S. L. 2011. *Challenging behaviour*, Cambridge, Cambridge University Press.
- HAIGH, R. 2002. Acute wards: Problems and solutions: Modern Milieu: Therapeutic Community Solutions to acute ward problems. *Psychiatric Bulletin*, 26, 380- 382.
- JAMES, K., STEWART, D., WRIGHT, S. & BOWERS, L. 2012. Self harm in adult inpatient psychiatric care: A national study of incident reports in the UK. *International Journal of Nursing Studies*.
- KINGSTON, J., CLARKE, S., RITCHIE, T. & REMINGTON, B. 2011. Developing and validating the "composite measure of problem behaviors". *Journal of Clinical Psychology*, 67, 736-51.
- LANGSRUD, K., LINAKER, O. M. & MORKEN, G. 2007. Staff injuries after patient-staff incidences in psychiatric acute wards. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 121-125.
- MCKENNA, P. J. & OH, T. M. 2005. *Schizophrenic Speech: Making Sense Of Bathrooms And Ponds That Fall In Doorways*, Cambridge, Cambridge University Press.
- MISTRAL, W., HALL, A. & MCKEE, P. 2002. Using therapeutic community principles to improve the functioning of a high care psychiatric ward in the UK. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 10-17.
- MORGAN, C., KIRKBRIDGE, J., HUTCHINSON, G., CRAIG, T., MORGAN, K., DAZZAN, P., BOYDELL, J., DOODY, G. A., JONES, P. B. & MURRAY, R. M. 2008. Cumulative social disadvantage, ethnicity and first-episode psychosis: a case-control study. *Psychological Medicine*, 38, 1701-1716.
- NIJMAN, H., A CAMP, J., RAVELLI, D. & MERCKELBACH, H. 1999. A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 50, 832-834.

NIJMAN, H. L. I., PALMSTIERNA, T., ALMVIK, R. & STOLKER, J. J. 2005. Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 12-21.

WYKES, T. & REEDER, C. 2005. *Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia: Theory and Practice*, London, Routledge.

ZUBIN, J. & SPRING, B. 1977. Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Safewards: die empirische Grundlage des Modells und eine kritische Würdigung

Len Bowers, Professor of Psychiatric Nursing, Institute of Psychiatry, Kings College London

Jane Alexander, Director of Undergraduate Studies, Irish College of Humanities and Applied Sciences, Ireland

Hulya Bilgin, Associate Professor, Florence Nightingale School of Nursing, Istanbul University

Marié Botha, Independent Clinical Psychologist, Stellenbosch, South Africa

Charlotte Dack, Research Associate, Department of Primary Care and Population Health, University College London

Karen James, Research Assistant, Institute of Psychiatry, Kings College London

Manuela Jarrett, Research Assistant, Institute of Psychiatry, Kings College London

Debra Jeffery, trainee Occupational Therapist, Brunel University

Henk Nijman, Professor of Forensic Psychology, Radboud University, Nijmegen John

Owiti, Postdoctoral Research Fellow, Queen Mary Westfield College, University of

London

Chris Papadopoulos, Senior Lecturer in Public Health, University of Bedfordshire

Jamie Ross, Research Associate, Department of Primary Care and Population Health, University College London

Steve Wright, Research Assistant, Institute of Psychiatry, Kings College London

Duncan Stewart, Research Fellow, Institute of Psychiatry, Kings College London

Abstract

In einer früheren Abhandlung haben wir ein Modell vorgestellt, mit dem Unterschiede in der Häufigkeit von Konflikten (Aggressionen, Entweichungen, Selbstverletzungen usw.) sowie deren Eindämmung (Isolierung, Eins-zu-eins-Überwachung, Fixierung usw.) erklärt werden können. Bei dem Safewards Modell werden sechs Ursprungsfaktoren als Ursachen für Konflikte und deren Eindämmung benannt: die Patientengruppe, die Patienteneigenschaften, die regulatorischen Rahmenbedingungen, das Stationsteam, die räumliche Umgebung und die krankenhausexternen Faktoren. In dieser Veröffentlichung arbeiten wir die Evidenz heraus, die der Festlegung gerade dieser sechs Faktoren zugrunde liegt, wobei wir eine weitreichende Auswertung der Fachliteratur zu allen mit Konflikten und deren Eindämmung verbundenen Themen vornehmen, unsere eigenen Forschungsprogramme einbeziehen sowie begründete Überlegungen anstellen. Es besteht eine hohe Evidenz für die Bedeutung dieser sechs Ursprungsfaktoren im Zusammenhang mit der Entstehung von Konflikten und deren Eindämmung. Bestimmte Annahmen innerhalb dieser Segmente sind nicht so leicht mit überzeugender Evidenz zu untermauern. Allerdings variiert das Evidenzgewicht zwischen den einzelnen Elementen, zwischen den verschiedenen Arten von Konfliktverhalten und den unterschiedlichen Eindämmungsmethoden. Das Safewards Modell kann als evidenzbasiert gelten, obwohl diese Evidenz nicht besonders stark ist. Präzise Ergebnisstudien und Feldversuche sind auf diesem Gebiet noch Mangelware, während es eine Fülle von beschreibenden Studien gibt. Aus dem Modell lassen sich mehrere unterschiedliche Interventionen entwickeln, um die Häufigkeit von Konflikten und deren Eindämmung zu reduzieren. Jetzt bedarf es gründlich ausgeführter Studien, um sie auf ihre Validität zu testen.

Safewards: die empirische Grundlage des Modells und eine kritische Würdigung

Hintergrund

In einer früheren Abhandlung haben wir ein neues Modell zu Konflikten und Eindämmungsversuchen auf psychiatrischen Stationen beschrieben (das Safewards Modell). Unter Konflikten verstehen wir Vorfälle, bei denen die Sicherheit von Mitarbeitern oder Patienten gefährdet wird, wie z.B. verbale Angriffe, Tätlichkeiten gegenüber anderen, Selbstverletzung, Suizid, Entweichungsversuche usw., und unter Eindämmung verstehen wir alle Maßnahmen seitens der Mitarbeiter, um solchen Konflikten vorzubeugen oder deren negative Folgen zu minimieren wie z.B. Bedarfsmedikation, Eins-zu-eins-Überwachung, Fixierung, Isolierung usw. Die Konflikt- und Eindämmungsrate verschiedener Stationen variiert teilweise um das Zehnfache. Wenn man die Gründe für diese Unterschiede erkennt, kann man auch neue Wege finden, um die Häufigkeit solcher herausfordernder und kritischer Vorfälle zu senken und die Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter zu erhöhen.

Beim Safewards Modell bilden sechs Segmente die Haupteinflussfaktoren auf die Häufigkeit von Konflikten und deren Eindämmung: die Patientengruppe, die Patienteneigenschaften, die regulatorischen Rahmenbedingungen, das Stationsteam, die räumliche Umgebung und die krankenhausexternen Faktoren. Diese Ursprungsfaktoren haben bestimmte Krisenherde zur Folge, die möglicherweise einen Konflikt und/oder eine Eindämmungsmaßnahme auslösen können. Das Modell beschreibt sowohl Patienten- als auch Mitarbeitermodifikatoren, die beide Einfluss auf die Ursprungsfaktoren, deren potenzielle Krisenherde, den Zusammenhang zwischen Krisenherden und Konflikten und zwischen Konflikten und deren Eindämmung nehmen können. In dieser Veröffentlichung beschreiben wir die Evidenz, die dem Safewards Modell zugrunde liegt. Das Modell ist in erster Linie auf geschlossene akutpsychiatrische Stationen ausgerichtet, die eine zeitlich begrenzte Pflege für stationär, schwer psychisch erkrankte Patienten anbieten.

Die Evidenzquellen, auf die sich dieses Modell stützt, beziehen sich vorwiegend auf diese Art von Stationen und diese Patientengruppe. Allerdings kann das Modell in gewissem Grad auch auf forensische Abteilungen, Rehabilitations- und Jugendstationen sowie mit Abwandlungen auf kinder- und gerontopsychiatrische Stationen angewendet werden. Die von uns genutzten Evidenzquellen lassen sich in drei Gruppen einteilen. Wir stützen uns zunächst auf eine weitreichende Auswertung themenübergreifender Fachliteratur zu allen mit Konflikten und deren Eindämmung verbundenen Themen. Frühere Literaturlauswertungen zu Konflikten und Eindämmungsmaßnahmen bezogen sich eher auf Einzelthemen wie zum Beispiel Gewalt oder Fluchtversuche.

Wir untersuchten dagegen Forschungsliteratur zu allen Arten von Konflikten und Eindämmungsmaßnahmen im stationären akutpsychiatrischen Setting.

Angesichts des Mangels an relevanten RCTs schließt diese Auswertung alle Veröffentlichungen ab 1960 (vorwiegend auf Englisch) zu empirischen Studien im stationären Bereich ein. Diese Aufgabe erwies sich als so umfangreich, dass sie sich über viele Jahre erstreckte (von 2005 bis 2012) und insgesamt 1.181 Abhandlungen einbezog. Die zweite Hauptquelle für unsere Überlegungen war unser eigenes Forschungsprogramm zu Konflikten und deren Eindämmung. Dieses Programm begann 1996 und ist noch nicht abgeschlossen. In jüngster Zeit wurden mehrere sehr umfangreiche Studien einbezogen, so dass über 100 Gutachten von Fachkollegen dazu vorliegen.

Die dritte Quelle besteht aus begründeten Überlegungen und integrativer Gestalttherapie. Angesichts der verfügbaren Forschungsergebnisse, ihrer Unterschiedlichkeit, ihres Alters und der genutzten Methodik gibt es sehr wenig Gewissheiten auf diesem Gebiet.

Es wird vieler weiterer Studien vor allem zu Interventionen bedürfen, die auch mit Kontrollgruppen durchgeführt werden, bis sich die Ergebnisse annähern.

Aus diesem Grund versucht das Safewards Modell, die wahrscheinlichsten Ursachen zu berücksichtigen und daraus leicht zu extrapolieren, um ein umfassendes und geschlossenes Bild entstehen zu lassen. Daher handelt es sich eher um ein spekulatives Modell, eine Art vorläufige Anregung, als um eine abschließende, umfassende, stabile, etablierte evidenzbasierte Schlussfolgerung.

Evidenz für das Safewards Modell nach Ursprungsfaktoren

Stationsteam

Unser eigenes Forschungsprogramm hat durchgängig die Bedeutung einer Stationsstruktur (Routineabläufe und Regeln für Patientenverhalten) als einen der bestimmenden Faktoren für die Konflikt- und Eindämmungsrate nachgewiesen. Die City-128-Studie, eine breit angelegte multivariate Querschnittsstudie, zeigte, dass die Stationsstruktur noch enger und durchgängiger mit der Konflikt- und Eindämmungsrate verbunden ist als die positive Wertschätzung von Patienten (Bowers, 2009). Weitere Analysen zeigten, dass die Struktur zwar am meisten durch Teamwork beeinflusst wurde, doch dass die Haltung gegenüber den Patienten durch die Struktur beeinflusst wurde und nicht beide gleichzeitig oder gegenläufig variierten (Bowers et al., 2007c). Die Tompkins-Acute-Ward-Längsschnittstudie (TAWS) bestätigte ebenfalls die Bedeutung von Struktur, da die Struktur die Konfliktrate auf Stationen vorherbestimmte (Bowers et al., 2007b). Eine Studie bei Vollzugsbeamten in einer Spezialabteilung für Häftlinge mit Persönlichkeitsstörungen zeigte, dass eine übereinstimmende Ideologie und Sinnhaftigkeit einen starken Einfluss auf die positive Haltung von Mitarbeitern hat (Bowers et al., 2003b). Während der TAWS-Studie wurde ein neues Maß für eine Stationsstruktur getestet. Dies erwies sich zwar nicht als erfolgreich, doch die Faktoranalyse der Fragebögen zeigte Dimensionen auf, die sich auf Sauberkeit und Ordnung auf der Station sowie auf die Betriebseffizienz der Station als pflegeerbringende Organisationseinheit bezogen (Bowers, 2007). Als Maßeinheiten für die Stationsstruktur werden in der City-128- und in der TAWS-Studie die Unterpunkte "Ordnung und Organisation" und "Klarheit des Behandlungsprogramms" aus dem Stationsbeurteilungsbogen (Moos, 1974) herangezogen. Diese gingen über Regeln und Routineabläufe hinaus und schlossen Elemente von Ideologie und effizienter Organisation ein, und deren Verbindung mit Konflikt- und Eindämmungsraten (Bowers et al., 2009a, Bowers et al., 2012b) untermauern auch eine Ausweitung des Begriffs Struktur über Regeln und Routineabläufe hinaus.

Es besteht eine ganz klare Evidenz, dass die Wahl der Eindämmungsmethode zur Bewältigung von herausforderndem Verhalten örtlich kulturell beeinflusst ist: Einige Kliniken in Großbritannien nutzen keine Isolierung (Bowers et al., 2010b, Bowers et al., 2012a); Kliniken in anderen Ländern führen eine mechanische Fixierung durch (Bowers et al., 2007d).

Diese Evidenz dient als Hinweis darauf, dass die Wahl der Eindämmungsmethode möglicherweise an bestimmten Standorten eine Frage der traditionellen Gepflogenheiten und Praxis ist. Diese "Gepflogenheiten und Praxis" des Personals können also auch unter dem Oberbegriff "interne Struktur" eingeordnet werden, zu denen damit Folgendes gehört: Stationsregeln; Routineabläufe; Effizienz; Sauberkeit und Ordnung; Ideologie/Ausrichtung; Gepflogenheiten und Praxis.

Als Wege, wie diese interne Struktur zu einem ruhigeren Stationsumfeld beitragen kann, ergaben sich: Schaffung einer inneren psychologischen Klarheit für Patienten; mehr Sinn für Sicherheit bezüglich der Bedrohung und Ängstigung anderer Patienten; mehr Sinn für die Vorhersehbarkeit des Umfeldes, wodurch Ängste und defensive Aggression verringert werden; mehr Sinn für den Zweck des Aufenthaltes auf der Station; eine größere Stationsstabilität, die mehr therapeutische Aktivitäten möglich macht (Bowers, 2002). Die Bedeutung der Struktur für das Entstehen von Gewalt wird durch die weiterführende Literatur stark gestützt. Drei häufig vorkommende Situationen, die als Antezedenz für herausfordernde Reaktionen der Patienten wirken, wurden in der Literatur durchgängig beschrieben: Ablehnung eines Patientenanliegens durch Mitarbeiter; Aufforderung durch Mitarbeiter, etwas zu tun; Aufforderung durch Mitarbeiter, etwas zu lassen.

Über die Hälfte aller Arbeiten zu quantitativer Evidenz für Antezedenz von gewalttätigem Verhalten nennen diese als einen Faktor. Und eine Metaanalyse dazu zeigt, dass Kontakte dieser Art zwischen Mitarbeitern und Patienten 39 % aller herausfordernden Reaktionen seitens der Patienten auslösen (Bowers et al., 2011b).

Diese Auswertung bezog sich auch auf quantitative und qualitative Wahrnehmungen von Mitarbeitern und Patienten bezüglich der Natur, der Funktion und der Folgen von gewalttätigem Verhalten auf der Station.

Daraus ergab sich die stark erhärtende Evidenz, dass das Setzen von Grenzen, Aufforderungen seitens der Mitarbeiter sowie die Ablehnung von Anliegen als Antezedenz wirken. Die Auswertung zeigte außerdem, dass in der Wahrnehmung der Mitarbeiter aggressives Verhalten zusammenhängt mit:

- mangelhafter Kommunikation zwischen Mitarbeitern und Patienten, fehlender Dialogfähigkeiten
- respektlosem, grobem und/oder autoritärem Verhalten des Personals
- Langeweile und Fehlen von sinnvollen Aktivitäten
-

Setzen von Grenzen, Aufforderungen durch das Personal und Ablehnung von Anliegen können auch als Antezedenz für Selbstverletzungen von Patienten wirken (James et al., 2012a).

Diese Faktoren reflektieren ganz klar die Struktur in Form von Stationsregeln, Routineabläufen und Ideologie (sinnvolle Aktivität). Darüber hinaus zeigen sie, dass die Art, wie die Mitarbeiter die Stationsstruktur umsetzen und durchsetzen, einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung oder Vermeidung von aggressivem Verhalten hat. Interviews mit Patienten und Pflegefachpersonenn über die Ursachen für gewalttätiges Verhalten von Patienten untermauern die Bedeutung von positiver Wertschätzung, emotionaler Kontrolle, Teamfähigkeit, fachlicher Kompetenz, moralischer Verpflichtung und effizienter Struktur für die Vermeidung von herausfordernden Situationen (Lowe, 1992, Spokes et al., 2004, Bond and Brimblecombe, 2004, Finnema et al., 1994, Bensley et al., 1995).

Ethnografische Untersuchungen, bei denen Interviews und Beobachtungen kombiniert wurden, untermauern ebenfalls die Bedeutung positiver Wertschätzung, emotionaler Kontrolle, fachlicher Kompetenz und effizienter Struktur. Eine besonders wichtige Studie, bei der teilnehmende Beobachtung sowie Interviews mit 131 Mitarbeitern (vor allem Psychiater und Ärzte) über 38 Monate auf vier akutpsychiatrischen und zwei chronisch-psychiatrische Stationen erhoben wurden (Katz and Kirkland, 1990), zeigte, dass Gewalt häufiger auf Stationen vorkam, wo die Mitarbeiterfunktionen unklar und

Aktivitäten/Veranstaltungen oder andere Kontakte zwischen Patienten und Mitarbeitern unvorhersehbar waren. Gewalt kam weniger häufig vor auf Stationen mit starker psychiatrischer Führung, klaren Mitarbeiterrollen und Veranstaltungen, die standardisiert und vorhersehbar (effiziente Struktur) waren. Ein friedliches Miteinander war auf Stationen zu beobachten, wo die Pflegefachpersonen ruhig blieben und den Patienten halfen, ihr eigenes Verhalten in den Griff zu bekommen (emotionale Kontrolle).

Diese Erkenntnisse wurden aus einer umfassenden ethnografischen Untersuchung eines wissenschaftlichen Anthropologen gewonnen, bei der die Arbeit auf Stationen, die Aufzeichnung von Beobachtungen, die Hospitation bei Psychiatern und Führungskräften, Interviews und die Teilnahme an Besprechungen usw. ausgewertet wurden. Mitarbeiterumfragen, von denen einige in Korrelation mit der Häufigkeit von herausfordernden Vorfällen gebracht wurden, stützen ebenfalls die Kausalität von positiver Wertschätzung, emotionaler Kontrolle, effizienter Struktur und fachlicher Kompetenz (Bowers et al., 2011b). Unsere eigene große multivariate Querschnittsstudie (Bowers et al., 2009a) über 136 akutpsychiatrische Stationen ergab eine reziproke Abhängigkeit zwischen der Stationsstruktur und der Häufigkeit von tätlichen Angriffen (aber nicht von Sachbeschädigung oder verbalen Angriffen). Es gibt in der Literatur eine Reihe von Interventionsuntersuchungen zur Gewaltprävention, allerdings meist mit schwachem Studiendesign, weil es sich größtenteils um Vorher-/Nachherstudien ohne Kontrollgruppen über kurze Zeiträume und wenige Stationen handelte. Die Interventionen waren oft komplexe Bündelungen, die nicht ausreichend detailliert beschrieben wurden.

Man kann sagen, dass solche Interventionen, die Elemente von positiver Wertschätzung, emotionaler Kontrolle und effizienter Struktur enthielten, eher erfolgreich waren. Allerdings hatte die Mehrzahl der veröffentlichten Studien ein positives Ergebnis, so dass man eine Einseitigkeit der Publikationen nicht ausschließen kann. In der Literatur sind nur zwei RCTs zu finden: eine zu einer Risikoanalyse mit nachfolgenden pflegerischen Maßnahmen (von deeskalierenden Aktivitäten bis hin zu strenger Eindämmung) mit positivem Ergebnis (Abderhalden et al., 2008), und die andere, bei der die Intervention

in einem Berichtssystem bestand, ergab eine Zunahme der Gewalt in der Versuchsgruppe (Arnetz and Arnetz, 2000).

Weitere Evidenz zeichnete sich nach einer Auswertung von Literatur über Stationsregeln ab (Alexander and Bowers, 2004). Obwohl die meisten Untersuchungen geringe Stichprobengrößen hatten, lieferten einige überzeugende Evidenz dafür, dass Patienten auf Stationen mit klaren und einheitlichen Regeln sowie eindeutigen Rollen des Personals (ein anderer Ausdruck für Stationsideologie) ruhiger und weniger störend waren.

In einigen anderen Studien wurde festgestellt, dass Kontakte zwischen Pflegefachpersonen und Patienten dann herausforderndes Verhalten auslösen, wenn die durchgesetzte Regel willkürlich war oder die Regel mit Drohungen, Beschimpfungen oder Kritik durchgesetzt wurde. Andere Untersuchungen stellten einen Zusammenhang zwischen der Reaktion des Personals auf Regelverstöße und dessen Einschätzung bezüglich der moralischen Verantwortung der Patienten her. Dabei waren die Reaktionen nachweislich eher strafend, wenn davon ausgegangen wurde, dass die Patienten ihr Verhalten unter Kontrolle haben und ihr Verhalten nicht als Symptom ihrer Krankheit gesehen wurde. Dies weist auf Verbindungen zwischen der moralischen Verpflichtung von Pflegefachpersonen und dem Umgang von Patienten mit Regeln hin.

Alexanders Doktorandin (Alexander, 2005) beschreibt eine detaillierte Untersuchung auf zwei Stationen und deren Praktiken auf der Grundlage von ethnografischen Beobachtungen sowie Interviews mit Patienten und Mitarbeitern. Dabei ergab sich, dass Klarheit, Einheitlichkeit und Flexibilität bei den Stationsregeln eine wichtige Rolle für das friedliche Miteinander auf der Station spielen.

Als Hürden dafür wurden besonders bedrohliche und einschüchternde Patienten beschrieben sowie ambivalentes Verhalten der Mitarbeiter bei der Machtausübung, Unzureichende pflegerische Praxis bezüglich der Kommunikation und Durchsetzung von Regeln (willkürlich, unberechenbar und demütigend für Patienten). Die Literaturlauswertung zu Entweichungsversuchen zeigte keine Evidenz, die die Bedeutung der Stationsstruktur und der Art, wie Pflegefachpersonen sie herstellen,

untermauern würde (Bowers and Stewart, 2010). In unseren Untersuchungen nannten einige befragte Patienten, die einen Entweichungsversuch unternommen hatten, Langeweile sowie den Mangel an sinnvollen Tätigkeiten als Grund (Bowers et al., 1999), doch die meisten Begründungen standen in keinem Zusammenhang mit der Stationsstruktur.

Die Auswertungen zum Thema Drogen-/Alkoholmissbrauch durch stationäre Patienten zeigten keine Evidenz bezüglich der internen Struktur (Bowers and Jeffery, 2008) ebensowenig wie die Auswertung von stationären Suiziden (Bowers et al., 2009c). Eine Auswertung zum Thema Ablehnung der Medikation erbrachte ebenfalls keine zusätzliche Evidenz zu unserer eigenen Studie, die eine statistische Abhängigkeit zwischen guter Stationsstruktur und geringerer Häufigkeit von Medikationsablehnung zeigt, mit Kontrollgruppen für alle anderen Variablen (Baker et al., 2009). Die Literaturobenauswertung zu Selbstverletzung (James et al., 2011) ergab eine Evidenz für die Bedeutung der Stationsstruktur.

Wie bereits erwähnt, wurde festgestellt, dass Aufforderungen, Setzen von Grenzen und Ablehnung von Anliegen Selbstverletzung ebenso wie Gewalt hervorrufen können. Zusätzlich untermauerten mehrere Studien die Signifikanz von Dialogfähigkeit (fachliche Kompetenz), Teamarbeit und emotionaler Kontrolle bei den Bemühungen, die Häufigkeit von Selbstverletzungen zu reduzieren. Unsere eigene Studie (City-128) hat ergeben, dass eine größere Anzahl Patientenaktivitäten, die Verbesserungen in Bezug auf Routineabläufe und Ideologie/Sinnhaftigkeit brachten, mit geringerer Häufigkeit von Selbstverletzungen auf Stationen in Zusammenhang zu bringen sind (Bowers et al., 2008).

Bei den Auswertungen zu Eindämmungsmaßnahmen erbrachte die Literatur zu Eins-zu-eins-Überwachung (Stewart et al., 2010) keine Evidenz, ebenso wenig wie die zu mechanischer Fixierung (Van Bogaert et al., 2012). Auch die Auswertung zu manueller Fixierung (Stewart et al., 2009) ergab keine Evidenz, doch unsere eigene Studie (City-128) zeigte einen Zusammenhang zwischen Stationsstruktur und geringerer Häufigkeit von Fixierungen (Bowers

et al., 2012b). In ähnlicher Weise erbrachte die Literatur über Intensivstationen (Hahn et al., 2012) keine direkte Evidenz. Unsere eigene Studie ergab jedoch Hinweise darauf, dass eine größere Ängstlichkeit bei Pflegefachpersonen auf akutpsychiatrischen Stationen dazu führte, Verlegungen auf Intensivstationen vermehrt als geeignetes Mittel anzusehen (Bowers et al., 2003c), was als Nachweis für die Bedeutung von emotionaler Kontrolle gelten kann. Zusätzlich zeigten unsere jüngsten Analysen der City-128-Daten, dass die Verfügbarkeit von Intensivstationen oder die Verlegungen dorthin keinen Einfluss auf die Konfliktraten der betreffenden akutpsychiatrischen Stationen hatte (Janssen et al., 2012).

Eine Studie zu Isolierung ergab, dass das moralische Urteil von Pflegefachpersonen bezüglich der Fähigkeit der Patienten, ihr Verhalten unter Kontrolle zu haben, und damit ihr psychologisches Verständnis für solche Verhaltensweisen die Entscheidung darüber beeinflusst, ob Isolierung eingesetzt wird (Leggett and Silvester, 2003). Dies ist ein Nachweis dafür, dass die Art und Weise, wie Pflegefachpersonen die Stationsstruktur durchsetzen und vor allem welche moralische Verpflichtung und welches psychologische Verständnis der Entscheidung über eine angemessene Reaktion zugrunde liegen, sehr wichtige Faktoren sind.

Drei andere Untersuchungen zu Isolierung weisen darauf hin, dass Furcht und Angstgefühle von Pflegefachpersonen deren Neigung erhöht, Isolierung einzusetzen, womit die Evidenz gegeben ist, dass die emotionale Kontrolle von Pflegefachpersonen einen Einfluss auf deren Durchsetzung der Stationsstruktur und den Umgang mit auffälligem Verhalten hat (Fisher, 1995, Daffern et al., 2003, Parkes, 2003). Bei der Auswertung zu Isolierung (Van Der Merwe et al., 2009) stieß man auf zahlreiche Studien, die überzeugende Evidenz dafür lieferten, dass eine Schulung der Pflegefachpersonen in Dialogfähigkeiten (fachliche Kompetenz) dazu beitragen kann, die Isolierungsrate signifikant zu senken. Das untermauert abermals den Gedanken, dass die Art, wie die Stationsstruktur von Pflegefachpersonen durchgesetzt wird, von entscheidender Bedeutung ist.

Die Evidenz zu Teamarbeit und Kohärenz war gemischter, wobei sowohl positiver als auch negativer Einfluss auf die Isolierungsrate durch Evidenz gestützt wurde. Nur zwei der im Rahmen der Auswertung zu Isolierung gefundenen Studien ergaben eine spezifische Evidenz für Stationsregeln, wobei die Evidenz auch hier wieder gespalten war: Bei der einen Studie war die Klarheit bezüglich Stationsregeln und Erwartungen Teil eines Maßnahmenpakets, das zu weniger Isolierung führte (Mistral et al., 2002), bei der anderen führte eine vergleichbare Intervention als Teil eines anderen Maßnahmenpakets zu vermehrter Isolierung (Morrison et al., 2002).

Räumliche Umgebung

Verschiedene ausgeprägte Aspekte des Umfelds und der Stationsräumlichkeiten haben einen Einfluss auf die Häufigkeit verschiedener Konflikt- und Eindämmungsverhaltensweisen. Bleibt die Stationstür permanent abgeschlossen, hat das weniger Entweichungsversuche zur Folge, was die Bedeutung von räumlichen Sicherheitsmaßnahmen beweist (Nijman et al., 2011). Allerdings zeigt sich eine Zunahme bei Aggressionen (Bowers et al., 2009a), Selbstverletzung (Bowers et al., 2008) und Ablehnung der Medikation (Baker et al., 2009), mit Kontrollgruppen für alle anderen Faktoren.

Der Zusammenhang zwischen abgeschlossener Stationstür und Konfliktverhalten setzt sich nachweislich aus Folgendem zusammen: das Gefühl von Eingesperrtsein und Gefangenschaft, die Patientenwahrnehmung der Station als Gefängnis, gesteigerter Groll, der den Kooperationswillen unterwandert, Absturz des Selbstwertgefühls durch sozialen Ausschluss und Stigmatisierung (Muir-Cochrane and Bowers, 2011). Eine hochwertigere räumliche Umgebung geht einher mit einer geringeren Häufigkeit von Entweichungsversuchen (Nijman et al., 2011), vermutlich, weil ein solches Umfeld den Aufenthalt angenehmer macht und/oder Respekt für die Patienten ausdrückt, was wiederum ihr Selbstwertgefühl aufbaut. Die Komplexität der Stationsaufteilung hat ebenfalls einen Effekt, obwohl es sich hier um indirekte Evidenz handelt.

Es ist bekannt, dass sich Suizidversuche vorwiegend in privaten Bereichen der Station wie Schlafzimmern, Bädern und Toiletten ereignen (Bowers et al., 2010a). Daher ist das Risiko umso höher, je mehr solche Bereiche es gibt. Eine höhere Häufigkeit von sporadischer Überwachung ist verbunden mit niedrigeren Selbstverletzungsraten (Bowers et al., 2008). Eine Reihe von Suizidversuchen konnte durch intermittierende Überwachung rechtzeitig entdeckt und verhindert werden (Bowers et al., 2011a). Die Häufigkeit von intermittierender Überwachung steht in einer dynamischen Beziehung zu anderen Faktoren, die die Möglichkeit der Patientenüberwachung beeinflussen (Stewart und Bowers, 2012). Insgesamt weisen diese Erkenntnisse auf einen negativen Effekt eines komplexen Stationsumfelds hin. Letztendlich kann die räumliche Umgebung entweder bestimmte Konflikt- und Eindämmungsfälle ermöglichen oder diese für Patienten und Mitarbeiter weniger zugänglich machen.

Hinsichtlich der Suizidgefahr haben viele Stationen in Großbritannien den Zugang zu Gefahrenstellen signifikant reduziert. Suizide durch Erhängen sind auf Stationen am wahrscheinlichsten (Bowers et al., 2010a), und es ist bekannt, dass die Einschränkung des Zugangs zu Hilfsmitteln für Suizide eine effektive Strategie darstellt.

Die Anzahl von stationären Suiziden konnte in England und Wales durch die Verringerung von Gefahrenpunkten gesenkt werden (Appleby et al., 2006). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Verfügbarkeit der unterschiedlichen Eindämmungsmaßnahmen einen großen Einfluss auf deren Gebrauch hat. Die relative Verfügbarkeit von Isolierungsräumen (Bowers et al., 2010b) und psychiatrischen Intensivstationen (Janssen et al., 2012) steht in einem engen Zusammenhang mit der Häufigkeit ihrer Nutzung. Daraus kann man extrapolieren, dass die Nutzung von Sonder-/Intensivpflegebereichen auf Stationen stark von dem Vorhandensein solcher zweckbestimmter Räume abhängig ist und dass damit auch die Verfügbarkeit von Entspannungs-, Snoozle-, Deeskalations- oder Ruheräumen in vergleichbarer Weise den Gebrauch solcher Strategien zum Umgang mit aufgebracht und unruhigen Patienten beeinflussen kann.

Krankenhausexterne Faktoren

Klinikexterne Ereignisse und Beziehungen haben ebenfalls einen Einfluss auf Konflikt- und Eindämmungsraten. Hier besteht eine Evidenz für verschiedenste Arten von Konflikten und Eindämmungsmaßnahmen. Bestimmte externe Probleme stehen in Verbindung mit Gewalt. Dazu gehören der fehlende Zugang zu Geld, ungelöste Familienprobleme, unerfreuliche Nachrichten von außen, Besuche von Angehörigen oder Freunden, die etwa 3 % aller herausfordernden Situationen auslösen (Bowers et al., 2011b). Suizide bei Ausgang stehen oft in Verbindung mit ungelösten Familienproblemen (Bowers et al., 2010a), während Entweichungsversuche durch den Wunsch begründet sein können, Angehörige oder Freunde zu sehen, familiärer Verantwortung nachzukommen oder sein Zuhause zu kontrollieren (Bowers et al., 1999). Eine erfolgreiche Intervention zur Verringerung von Entweichungsversuchen beinhaltete Maßnahmen, mit denen einige dieser Probleme angegangen werden (Bowers et al., 2003a).

Auch eine bevorstehende Entlassung kann mit stationärem Suizid in Verbindung stehen, wenn der betreffende Patient in eine weniger erwünschte Unterkunft entlassen wird (Bowers et al., 2010a). Für andere bedeutet die Aussicht auf eine Entlassung den Verlust unterstützender Freundschaften mit Mitarbeitern und Mitpatienten sowie den Rückgriff auf Selbstversorgungsfähigkeiten, die bei einem Klinikaufenthalt verkümmern können. Es handelt sich dann um das sogenannte Institutionalismus-Syndrom (Jones et al., 2008). Zugang zu Drogen oder Alkohol, während der Patient Ausgang hat oder einen Entweichungsversuch unternimmt, wird oft für Missbrauch auf der Station und die damit verbundenen Konflikt- und Eindämmungsfolgen verantwortlich gemacht (Bowers et al., 2011b). Obwohl es wenig wissenschaftliche Evidenz zu ihrer Wirksamkeit gibt, sollen die Sicherheitsregeln der Stationen verhindern, dass Patienten Gegenstände mitbringen, mit denen sie sich oder andere gefährden können (Bowers et al., 2002). Die Evidenz für den Einfluss von krankenhausexternen Faktoren ist dünn und nur auf Konflikte beschränkt; trotzdem ist sie überzeugend.

Unsere Auswertung zu Selbstverletzungen erbrachte eine Evidenz für krankenhausexterne Einflussfaktoren. In einer Veröffentlichung werden „externe Faktoren“ als Gründe für 19,77 % (n=207) der Selbstverletzungsvorfälle ausgewiesen, wobei Jahrestage von traumatischen Ereignissen und jahreszeitliche Anlässe eingeschlossen wurden (Beasley, 1999). Eine andere Studie ergab, dass Familienangelegenheiten in 3,2 % (n=10) der Vorfälle und der Verlust eines Freundes oder Angehörigen in 3,2 % (n=10) der Vorfälle eine Rolle spielten (Mannion, 2009). Die „Durchlässigkeit“ akutpsychiatrischer Stationen für Einflüsse von außen wurde in ethnografischen Untersuchungen benannt (Quirk et al., 2004, Quirk and Leliott, 2002).

Patientengemeinschaft

Die Rolle von Patienten und ihrem Austausch untereinander beim Zustandekommen von Konflikten und deren Eindämmung hat bisher noch nicht die gebührende Aufmerksamkeit erhalten. Einen sehr breiten Indikator, wie wichtig sie ist, liefert unsere Metaanalyse der Literatur zu Gewalt. Einem Viertel der gewalttätigen Übergriffe bei stationären Patienten geht eine Patienteninteraktion voraus (Bowers et al., 2011b). Dazu gehört: Körperkontakt; Eindringen in den persönlichen psychischen oder physischen Raum; Reaktion auf sexuelle Annäherung; Kommunikationsversagen; Patient will, dass das Opfer mit etwas aufhört; Konkurrenz; Vergeltung und Sticheleien.

Häufige Situationen dieser Art sind Pöbeleien unter Patienten (Ireland, 2006) und gegenseitiges Bestehlen oder Sachbeschädigung (Jones et al., 2008). Außerdem gibt es eine signifikante Evidenz, dass es Ansteckungseffekte unter Patienten gibt, wobei das Konfliktverhalten des einen das Konfliktverhalten des anderen heraufbeschwört. Im einfachsten Fall könnte das in defensiver Aggression eines Patienten bestehen, der von einem Mitpatienten angegriffen wird.

Allerdings gehören dazu auch:

- Nachahmung von Aktivitäten im Rahmen von Suizidversuchen, wobei in der Literatur mehrere Fallstudien zur Wiederholung durch Mitpatienten mit derselben Methode dokumentiert sind (Bowers et al., 2009c).
- Entweichungsversuche aus Angst vor Mitpatienten (Bowers et al., 1999)
- Drogen- oder Alkoholkonsum infolge von Tausch oder Handel unter Patienten (Phillips, 2006)

Eine generelle Evidenz für Nachahmungseffekte geht aus mehreren Studien hervor. Dazu gehört eine umfassende Studie über offiziell gemeldete Konfliktvorfälle, die ergab, dass das Auftreten eines solchen Falles auf einer Station es wahrscheinlicher macht, dass sich in derselben Woche ein weiterer ereignet (Bowers et al., 2007a, Weaver et al., 1978). Zusätzlich geht aus vielen Studien zum zeitlichen Auftreten von gewalttätigen Übergriffen im Tages- oder Wochenverlauf hervor, dass sich Spitzen zu Zeiten von Aktivitäten ergeben oder zu Zeiten, an denen die Patienten zwangsläufig miteinander Kontakt haben, wie bei Mahlzeiten (Bowers et al., 2011b).

Mehrere Studien zeigen auch einen Zusammenhang zwischen der Aufnahme auf der Station und Konfliktfällen (Bowers et al., 2007a, Bowers et al., 2009a, Nijman et al., 2011). Dies mag zwar das aufgebrachte Verhalten von schwer erkrankten Patienten bei der Aufnahme widerspiegeln, könnte aber zusätzlich auch auf einen Angstmechanismus bei anderen Patienten hinweisen, die sich auf eine neue und daher unberechenbare Person in der Patientengemeinschaft einstellen müssen. Von da aus ist es kein großer Schritt, aus den Erkenntnissen über das Stationsteam zu extrapolieren, dass vergleichbare Faktoren den Grad bestimmen, mit dem die Patientengemeinschaft die Wahrscheinlichkeit für Konflikte beeinflusst.

Beispielsweise das psychologische Verständnis der Patienten für das Verhalten der anderen, ihre Fähigkeit, sich zu kontrollieren, ihre eigene Ängstlichkeit und Gereiztheit, ihre moralischen Verpflichtungen und menschlichen Werte sowie ihre sozialen Kompetenzen.

Darüber hinaus wissen wir, dass gegenseitige Unterstützung für stationäre Patienten extrem wichtig ist (Jones et al., 2008). Das kann eine beschleunigende Wirkung auf die potenzielle Konfliktauslösung durch Interaktionen zwischen Patienten haben.

Persönliche klinische Erfahrungen zeigen, dass Patienten häufig als Dritte eingreifen, um Streits zu schlichten oder andere Gefährdungen im Keim zu ersticken, und das einfach durch Bewältigung des gegenseitigen Verhaltens.

Wenn man das konsequent weiter denkt, können die Mitarbeiter einen signifikanten Einfluss darauf haben, wie die Patienten miteinander umgehen.

Dies kann geschehen, indem deeskalierendes Verhalten vorgelebt wird, indem man problematisches Verhalten für die Mitpatienten interpretiert und so ihr psychologisches Verständnis schult und indem man Informationen und Erläuterungen zu psychiatrischen Symptomen gibt. Außerdem kann man manchmal die Möglichkeit einschränken, dass Patienten Konfliktverhalten von anderen kopieren, indem man die dazu erforderlichen Mittel entfernt. Präsenz der Mitarbeiter bedeutet, dass alle diese Mechanismen so früh wie möglich zum Einsatz kommen können, bevor ein Streit zwischen Patienten offen ausbricht.

Patienteneigenschaften

Patienteneigenschaften sind ein Thema, das in den Auswertungen ständig auftaucht. Bestimmte demografischen Faktoren wurden relativ durchgängig mit Konfliktverhalten und dessen Eindämmung in Verbindung gebracht. In Tabelle 1 sind die wichtigsten Patienteneigenschaften aufgeführt, die in gewissem Grad einheitlich in Zusammenhang mit Konflikten und deren Eindämmung gebracht werden. In der Tabelle bedeutet „keine Evidence“, dass keine Evidenz vorliegt, „Unzureichende Evidence“, dass es zu wenige Studien und möglicherweise widersprüchliche Ergebnisse gibt, und „Widersprüchliche Evidence“, dass es komplett widersprüchliche Ergebnisse in einer Vielzahl von Studien gibt. Verbindungen zwischen Konflikten und Diagnosen aufzuzeigen, war besonders aufwändig, weil unterschiedliche Systeme benutzt wurden und Variationen dabei auftraten, wie die Informationen wiedergegeben wurden.

Trotzdem ist klar ersichtlich, dass Schizophrenie mit Konflikten und deren Eindämmung in Zusammenhang steht. Das gleiche gilt in geringerem Maße auch für manische Zustände. In der Spalte „andere Diagnosen“ ergab sich die häufigste Evidenz bei Persönlichkeitsstörungen, obwohl die Evidenz insgesamt schwach war. Für depressive Symptome ergab sich mit Ausnahme von Selbstverletzung und Suizid, wo der Zusammenhang eindeutig war, eine reziproke Abhängigkeit zu Konflikten und deren Eindämmung in den Fällen, wo Daten darüber vorlagen. Klar geht aus der Tabelle auch hervor, dass Konflikte und deren Eindämmung ziemlich durchgängig mit jüngeren Patienten, männlichem Geschlecht, mit der Diagnose Schizophrenie und Zwangsunterbringung in Verbindung stehen (diese Faktoren wurden durch die Metaanalyse zu Aggressionsvorfällen gestützt).

Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass solche Vorfälle auch mit den Eigenschaften „unverheiratet“, „arbeitslos“ und „frühere Einweisungen in die Psychiatrie“ in Verbindung stehen. Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten stand nicht systematisch im Zusammenhang mit Konflikten oder deren Eindämmung. Die Evidenz war unzureichend, um irgendein Muster von Zusammenhängen mit der Art der Unterkunft außerhalb des Krankenhauses, körperlichen Gesundheitsproblemen oder Behinderungen, bestimmten Medikamenten oder Medikationsarten, früheren Strafverfahren oder Konflikten mit dem Gesetz zu erkennen.

Tabelle 1 Ergebnisse der Literaturlauswertung zu Konflikten/Eindämmung und Patienteneigenschaften

Konflikte und deren Eindämmung	Jüngere Patienten	männlich	Ethnische Minderheiten	Unverheiratet	Erwerbstätigkeit & Bildung	Schizophrenie	affektive Störung	andere Diagnosen	Haftstrafen	Frühere Einweisungen
Gewalt	Ja	Ja in akut Psych., aber nein in der Forensik	Nein	Ja	Nein (Bildung), Keine Evidence (arbeitslos)	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja
Gebrauch von Drogen	Ja	Ja	Wider-sprüchliche Evidence	Unzu-reichende Evidence	Keine Evidence	Keine Evidence	Keine Evidence	Keine Evidence	Keine Evidence	Ja
Entweichung	Ja	Ja	Nein	Wider-sprüchliche Evidence	Ja (arbeitslos)	Ja	Nein	Ja	Ja	Keine Evidence
Ablehnung von Medikamenten	Wider-sprüchliche Evidence	Nein	Nein	Nein	Ja (arbeitslos)	Nein	Nein	Nein	Wider-sprüchliche Evidence	Ja
Selbstverletzung	Ja	Wider-sprüchliche Evidence	Wider-sprüchliche Evidence	Nein	Keine Evidence	Ja (Suizid-versuch)	Ja (Suizid-versuch)	Ja (Selbst-verletzung)	Wider-sprüchliche Evidence	Unzu-reichende Evidence
Suizid	Nein	Nein	Nein	Nein	Wider-sprüchliche Evidence	Ja	Ja	Nein	Nein	Wider-sprüchliche Evidence
Bedarfsmedikation	Wider-sprüchliche Evidence	Wider-sprüchliche Evidence	Ja	Unzu-reichende Evidence	Unzureichende Evidence	Ja	Ja (Manie)	Nein	Unzu-reichende Evidence	Keine Evidence
Zwangsmedikation	Unzu-reichende Evidence	Unzu-reichende Evidence	Nein	Nein	Keine Evidence	Wider-sprüchliche Evidence	Keine Evidence	Keine Evidence	Ja	Ja
Mechanische Fixierung	Wider-sprüchliche Evidence	Nein	Nein	Unzu-reichende Evidence	Keine Evidence	Wider-sprüchliche Evidence	Wider-sprüchliche Evidence	Wider-sprüchliche Evidence	Ja	Keine Evidence
Manuelle Fixierung (Halten)	Unzu-reichende Evidence	Ja	Nein	Unzu-reichende Evidence	Keine Evidence	Nein	Nein	Nein	Ja	Keine Evidence
Psychiatrische Intensivstation	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja (arbeitslos)	Ja	Ja (Manie)	Nein	Ja	Unzu-reichende Evidence
Isolierung	Ja	Nein	Nein	Wider-sprüchliche Evidence	Wider-sprüchliche Evidence	Ja	Ja (Manie)	Nein	Ja	Wider-sprüchliche Evidence
Intensive Betreuung	Unzu-reichende Evidence	Gegenteilig (eher Frauen)	Nein	Ja	Keine Evidence	Keine Evidence	Keine Evidence	Keine Evidence	Ja	Keine Evidence

Unsere spezifische Literaturlauswertung zu Gewalt und Aggression zeigte ein starkes metaanalytisches Ergebnis, dass Patientensymptome in 28 % der Fälle als Antezedenz für gewalttätige Übergriffe wirken. Dies deutet darauf hin, dass die Krankheit der Patienten eher ganz allgemein eine Rolle spielt als in Bezug auf eine spezifische Diagnose (Bowers et al.2011b).

In dieselbe Auswertung wurden quantitative und qualitative Studien zur Wahrnehmung der Mitarbeiter hinsichtlich der Gründe für Aggressionen aufgenommen. Dabei zeichneten sich ebenfalls die Krankheit und die Symptome der Patienten als wichtige Faktoren für das Auftreten von aggressivem Verhalten ab. Auch Schwere und Dauer der Erkrankung gingen aus einer Auswertung von Studien zu stationären Suiziden als wichtige Kausalfaktoren hervor (Bowers et al., 2009c). Evidenz zu „Wiederholern“

(Patienten, die mehr als einmal während ihres Klinikaufenthaltes dasselbe Konfliktverhalten zeigen oder derselben Eindämmungsmethode unterworfen werden) zeigt dort, wo sie verfügbar ist, dass diese sich durch dieselben demografischen Faktoren von den „Einmal“-Patienten unterscheiden. Im Vergleich zu Patienten, die nur einen Entweichungsversuch unternehmen, sind Wiederholer eher jung, männlich und zwangseingewiesen (Bowers and Stewart, 2010). Wiederholte Gewalttätigkeit stand in Zusammenhang mit männlichem Geschlecht (Bowers et al., 2011b). Allerdings konnte bei wiederholten Selbstverletzungen eine Verbindung zum weiblichem Geschlecht und zu Persönlichkeitsstörungen nachgewiesen werden (James et al., 2011). Obwohl unsere Literaturobwohl unsere Literaturobwohl unsere Literaturobwohl unsere Literaturobwohl unsere Literaturauswertung die Bedeutung von Wiederholern für die Konfliktrate auf Stationen aufzeigt, gibt es wenige Studien, die spezifische Informationen zu dieser Gruppe liefern.

Dort, wo eine Evidenz erkennbar war, bestätigten die Ergebnisse die Validität der Zusammenhänge zwischen diesen demografischen Faktoren einerseits und Konflikten und deren Eindämmung andererseits.

Regulatorische Rahmenbedingungen

In der systematischen Literaturobwohl unsere Literaturobwohl unsere Literaturobwohl unsere Literaturobwohl unsere Literaturauswertung stand die Zwangsunterbringung statistisch in Zusammenhang mit Gewalt, Entweichungsversuchen, Selbstverletzung, Zwangsmedikation, mechanischer und manueller Fixierung, psychiatrischer Intensivbehandlung, Isolierung und Eins-zu-eins-Überwachung. Es gab unterschiedliche Ergebnisse zur Ablehnung von Medikation, keine Verbindung zu Suiziden, unzureichende Evidenz bei Bedarfsmedikation und keine Daten zum Zusammenhang mit Drogen-/Alkoholmissbrauch (siehe Tabelle 1). Qualitative Studien zeigten andere Verbindungen auf: Fluchtversuche als Reaktion auf abgelehnten Ausgang, abgelehnte Entlassung oder abgelehnten Einspruch gegen die Zwangseinweisung (Bowers et al., 1999).

Zusätzlich beinhaltet eine abgeschlossene Stationstür eine starke Symbolik für Gefangenschaft, verstärkt das Stigma, das geringe Selbstwertgefühl, Depressionen, Ärger, Frustration und die Wahrnehmung der Station als

Gefängnis und der Pflegefachpersonen als Wärter. Die geschlossene Stationstür steht in Zusammenhang mit höheren Raten bei Aggressionen, Selbstverletzung und Ablehnung der Medikation (Nijman et al., 2011) sowie mit der gesamten Konflikt- und Eindämmungsrate (Bowers, 2009), was wiederum den großen Einfluss der Zwangsunterbringung bestätigt.

Obwohl bekannt ist, dass die Zwangsunterbringungsraten von Land zu Land erheblich variieren, verfügen wir über keinerlei Informationen über die Beziehungen zwischen den Rechtssystemen und ihrer Ausprägung einerseits und den Konflikt- und Eindämmungsraten auf Stationen andererseits. Wenige Studien zu Aggressionen auf italienischen Stationen – das Land mit der möglicherweise liberalsten Gesetzgebung für psychisch kranke Menschen – zeigen signifikant niedrigere Raten; allerdings verfügte keine dieser Studien über eine ausreichend große Stichprobe, um irgendeine Verallgemeinerung vorzunehmen (Bowers et al., 2005a, Grassi et al., 2006, Grassi et al., 2001).

Die staatliche Politik beeinflusst nachweislich die Anwendung von Eindämmungsmaßnahmen. Zwei Studien haben gezeigt, dass die jeweilige Staatspolitik zu einer Reduktion beim Einsatz von Isolierung führen kann (Templeton et al., 1998, Smith et al., 2005). Auch geänderte Regeln für Bedarfsmedikation haben signifikante Veränderungen bewirkt (Thapa et al., 2003, Stein-Parbuty et al., 2008). Die Evidenz zu mechanischer Fixierung ist weniger gesichert, denn eine Studie ergab eine Reduktion durch veränderte Regeln (Currier and Farlet-Toombs, 2002), während eine andere keinen Einfluss (Keski et al., 2007) aufzeigte.

Für die Stationsstruktur konnten wir durch unser eigenes Forschungsprogramm einen Zusammenhang mit geringeren Konflikt- und Eindämmungsraten nachweisen (Bowers, 2009, Bowers et al., 2007b). Unser Begriff Stationsstruktur umfasste ursprünglich nur die Verhaltensregeln für Patienten sowie die Routineabläufe der Station, an die sich die Patienten zu halten haben (Bowers, 2002, Alexander, 2005, Alexander and Bowers, 2004). Allerdings wurde der Begriff aufgrund nachfolgender Untersuchungen auf die Effizienz der Station als Organisationseinheit, auf Sauberkeit und Ordnung (Bowers, 2007) sowie auf das Vorhandensein einer einheitlichen Ideologie,

Ausrichtung und Sinnhaftigkeit/Zweckbestimmung der Station ausgeweitet (Bowers et al., 2003b, Bowers, 2005, Bowers et al., 2005b). Obwohl das Stationsteam in gewissem Maße Einfluss auf diese Dinge hat, wird doch ein signifikanter Teil dieser Faktoren durch die Krankenhausabläufe und -regeln sowie durch die Betriebsführung der Einrichtung bestimmt. Das formale Einspruchsverfahren und seine effektive Durchführung sowie die Krankenhausregeln zur Verfolgung von Angriffen und Sachbeschädigungen können auch als Teil der (für die Station) externen regulatorischen Rahmenbedingungen für Patientenverhalten gelten. Diese Faktoren sind möglicherweise mitverantwortlich für die unterschiedlichen Konflikt- und Eindämmungsraten von verschiedenen Krankenhäusern und Trägern (Bowers, 2000).

Die Kausalitätsrichtung ist bei der Zwangseinweisung und der Stationsstruktur übereinstimmend. Zwangseinweisung ist zweifellos eine Reaktion auf ein Risiko, auf akute Erkrankung und die Ablehnung von Behandlung. Allerdings erscheint es wahrscheinlich, dass die Kausalität auch in entgegengesetzter Richtung verläuft, vor allem angesichts der Angaben der Patienten, dass sie auf eine verschlossene Stationstür (Muir-Cochrane et al., 2012) und auf die Zwangseinweisung (Katsakou and Priebe, 2006) mit einer Kombination aus Ärger und Hoffnungslosigkeit reagieren. Dies ist für die Stationsstruktur noch gesicherter, da ein zyklischer Zusammenhang mit Konflikten über die Zeit festgestellt wurde (Bowers et al., 2007b).

Mit anderen Worten: Diese Zusammenhänge sind wechselseitig.

Limitationen

Trotz der Größe und des Umfangs der Literaturlauswertung verfügten wir größtenteils nur über deskriptive Untersuchungen und sehr wenige kontrollierte Studien. Dies schränkte das Gewicht der Rückschlüsse, die wir daraus ziehen konnten, erheblich ein. Bei Berichten über Feldversuche oder klinischen Studien wurden meistens lediglich Einzelergebnisse zu Konflikten und Eindämmungsmaßnahmen aufgeführt. Sie waren relativ untheoretisch bzw. die zugrunde liegende Theorie wurde nicht explizit ausgeführt. Aufgrund

der geringen Anzahl und des Fehlens von Theorieüberprüfungen gab es wenige oder keine bestätigende Studien und kaum brauchbare Erkenntnisse.

Bei der Aufstellung unseres Safewards Modells haben wir möglicherweise unsere eigenen Ergebnisse überbewertet und die Ergebnisse der anderen vernachlässigt. Dies ist nur schwer zu entflechten, weil unsere Forschungsarbeiten als Reaktion auf frühere Veröffentlichungen erfolgten und darauf abzielten, die vorhandenen Anregungen zu überprüfen oder zu erweitern. Unser Forschungsprogramm war daher bewusst darauf ausgelegt, auf die sonstigen diesbezüglichen Veröffentlichungen aus der Wissenschaftslandschaft zu reagieren, und kann aus dieser nicht vollständig losgelöst werden, um neutral und gleichberechtigt evaluiert zu werden. Der Leser wird sich sein eigenes Urteil bilden müssen, ob wir gute Arbeit geleistet haben. Auch unsere Argumentationslinien können kritisch betrachtet werden. Unser größter Sprung bestand darin, von dem Wissen darüber, was Konflikte im Zusammenhang mit dem Kontakt zwischen Mitarbeitern und Patienten auslöst, zu der Annahme zu kommen, dass vergleichbare problematische Kontakte zwischen Patienten ebenfalls Konflikte auslösen. Aus der Literaturobachtung hatte sich ergeben, wie wichtig Patienteninteraktionen sind. Allerdings wurde die Ausprägung dieser Interaktion nicht durch Studien nachgewiesen, sondern aus dem extrapoliert, was wir über Mitarbeiter-Patienten-Interaktionen wissen. Dies mag ein Fehler gewesen sein, so wie vielleicht auch andere kleinere Schritte in unserer logischen Argumentation.

Ein weiterer Kritikpunkt könnte sein, dass wir zu umfassend waren, weil wir jeden nur erdenklichen Faktor, der höhere Konflikt- und/oder Eindämmungsraten beeinflussen könnte, aufgenommen haben. Das könnte durchaus der Fall sein. Allerdings ist die Evidenz für die meisten Punkte so schwach, dass es schwierig wird zu entscheiden, welche wenig untermauerten Faktoren man gegenüber anderen ebenfalls wenig untermauerten Faktoren wegfallen lässt. Wir haben vermutlich den Fehler begangen, zu viel einbezogen zu haben,, betrachten dies aber angesichts der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Evidenz als angemessen.

Weitere Argumente könnten sein, dass es trotz der empirischen Unterfütterung der Begriffe Konflikt und Eindämmung überlegenere

spezifischere Kausalmodelle geben dürfte. Es ist beispielsweise wahrscheinlich, dass sich die Kausalelemente, die zu stationären Suiziden beitragen, in einigen wichtigen Punkten von solchen unterscheiden, die zu Aggressionen oder Drogen-/Alkoholmissbrauch beitragen; oder dass das Gleichgewicht zwischen beitragenden Faktoren (Patienteneigenschaften, regulatorische Rahmenbedingungen usw.) für Isolierung anders zu gewichten ist als für Bedarfsmedikation.

Wir akzeptieren durchaus, dass solche Argumente ein gewisses Gewicht und eine gewisse Gültigkeit haben. Allerdings lag bei uns der Schwerpunkt auf der Gesamtheit und der Benennung gemeinsam beitragender Faktoren. Andere ziehen es vielleicht vor, spezifischere Verhaltensweisen zu erforschen. Allerdings verweist das auf einen weiteren Punkt, der beim Safewards Modell unberücksichtigt bleibt:

Mit welcher relativen Stärke tragen die verschiedenen Ursprungsfaktoren zu den Konflikt- und Eindämmungsraten bei?

Ist beispielsweise die räumliche Umgebung wichtiger als krankenhausexterne Einflüsse?

Wir können darauf nur antworten, dass der jetzige Stand der Evidenz darauf keine Antwort erlaubt.

Schlussfolgerung

Es besteht eine hohe Evidenz für die Bedeutung dieser sechs Ursprungsfaktoren im Zusammenhang mit der Entstehung von Konflikten und deren Eindämmung. Bestimmte Annahmen innerhalb dieser Segmente sind nicht so leicht mit überzeugender Evidenz zu untermauern. Allerdings variiert das Evidenzgewicht zwischen den einzelnen Elementen und sicherlich auch zwischen den verschiedenen Arten von Konfliktverhalten und den unterschiedlichen Eindämmungsmethoden. Das Safewards Modell kann als evidenzbasiert gelten, obwohl diese Evidenz nicht besonders stark ist.

Präzise Ergebnisstudien und Feldversuche sind auf diesem Gebiet noch Mangelware, während es eine Fülle von beschreibenden Studien gibt. Doch das ist nicht ungewöhnlich. Beschreibende Studien lassen sich erheblich unkomplizierter und kostengünstiger durchführen. Das Safewards Modell ermöglicht es, eine Reihe verschiedener Interventionen zu entwickeln, um die Konflikt- und Eindämmungsraten zu senken. Aus dem Modell geht klar hervor, dass keine Einzelmaßnahme und auch kein Maßnahmenpaket eine abschließende Beantwortung zulässt. Die Situation ist komplex, und die Unterschiede bei den Konflikt-/Eindämmungsraten einzelner Stationen ergeben sich aus einer Vielzahl von Einzelfaktoren. Trotzdem sollten künftige Versuchsreihen darauf abzielen, die erkannten Mitarbeitermodifikatoren einzusetzen, um Veränderungen zu erzielen und das Risiko zu senken.

Wie immer müssen solche Untersuchungen sehr sorgfältig mit angemessener Stichprobengröße, mit Kontrollgruppen und Placebo-Maßnahmen durchgeführt werden. Wir hoffen, in naher Zukunft die Ergebnisse einer solchen Studie vorstellen zu können. Auch Carl Ryan vom Conflict Response Institute (www.conflictresponseinstitute.com) trug zur Literaturlauswertung bei, auf die sich diese Veröffentlichung stützt. Diese Abhandlung präsentiert eine unabhängige Forschungsarbeit, finanziert vom britischen National Institute for Health Research (NIHR) im Rahmen des Förderprogramms für angewandte Forschung (RP-PG-0707-10081). Die hier geäußerten Auffassungen sind die der Autoren und nicht notwendigerweise die des NHS, des NIHR oder des britischen Gesundheitsministeriums.

Literatur:

ABDERHALDEN, C., NEEDHAM, I., DASSEN, T., HALFENS, R., HAUG, H. J. & FISCHER, J. E. 2008. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry.*, 193, 44-50.

ALEXANDER, J. 2005. *Ward rules for patient conduct. Unpublished PhD Thesis.* PhD, City University.

ALEXANDER, J. & BOWERS, L. 2004. Acute psychiatric ward rules: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 623-631.

APPLEBY, L., SHAW, J., KAPUR, N., WINDFUHR, K., ASHTON, A., SWINSON, N. & WHILE, D. 2006. *Avoidable Deaths: five year report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness*, Manchester, University of Manchester.

ARNETZ, J. & ARNETZ, B. 2000. Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 668-680.

BAKER, J., BOWERS, L. & OWITI, J. 2009. Wards features associated with high rates of medication refusal by patients. *General Hospital Psychiatry*, 31, 80- 89.

BEASLEY, S. 1999. Deliberate self harm in medium security. *Nursing management* 6, 29.

BENSLEY, L., NELSON, N., KAUFMAN, J., SILVERSTEIN, B. & SHIELDS, J. W. 1995. Patient and staff views of factors influencing assaults on psychiatric hospital employees. *Issues in Mental Health Nursing*, 16, 433-446.

BLOOM, S. 1997. *Creating sanctuary: toward the evolution of sane societies*, New York, Routledge.

BOND, K. & BRIMBLECOMBE, N. 2004. Violent Incidents and Staff Views. *Mental Health Nursing*, 23, 10-12 (cont on 17).

BOWERS, L. 1998. *Incident data from mental health wards: Tower Hamlets Trust. Statistical analysis (descriptive and ANOVA) of incidents of all types by ward over one year. Produced at the request of the Hospital Services Manager, Tower Hamlets Trust.*

BOWERS, L. 2000. *Factors underlying and maintaining nurses' positive attitudes to patients with severe personality disorder. Final report to the National Forensic Mental Health R&D Committee*, National Forensic Mental Health R&D Committee.

BOWERS, L. 2002. *Dangerous and Severe Personality Disorder: Response and Role of the Psychiatric Team*, London, Routledge.

BOWERS, L. 2005. Reasons for admission and their implications for the nature of acute inpatient psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 231-236.

BOWERS, L. 2007. *TAWS INTERNET PAPER 01 - A comparative investigation of the psychometric properties of the patient and staff ward structure questionnaires.* <http://www.citypsych.com/docs/TAWS-IP01.pdf>.

BOWERS, L. 2009. Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. *Psychiatric Services*, 60, 231-239.

BOWERS, L., ALEXANDER, J., CALLAGHAN, P., EALES, S., GUY, S., MCCANN, E. & RYAN, C. 2002. Safety and security policies on psychiatric acute admission wards: results from a London-wide survey. *Journal of*

Psychiatric and Mental Health Nursing, 9, 427-433.

BOWERS, L., ALEXANDER, J. & GASKELL, C. 2003a. A trial of an anti-absconding intervention in acute psychiatric wards. *Journal of Psychiatric &*

Mental Health Nursing, 10, 410-416.

BOWERS, L., ALLAN, T., SIMPSON, A., JONES, J., VAN DER MERWE, M. &

JEFFERY, D. 2009a. Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 260- 271.

BOWERS, L., ALLAN, T., SIMPSON, A., NIJMAN, H. & WARREN, J. 2007a. Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: The Tompkins Acute Ward Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 75-84.

BOWERS, L., BANDA, T. & NIJMAN, H. 2010a. Suicide inside: a systematic review on inpatient suicide. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 315- 328.

BOWERS, L., BRENNAN, G., WINSHIP, G. & THEODORIDOU, C. 2009b. *Talking with acutely psychotic people: communication skills for nurses and others spending time with people who are very mentally ill*, London, City University.

BOWERS, L., CARR-WALKER, P., ALLAN, T., CALLAGAHN, P., NIJMAN, H. & PATION, J. 2003b. *The Right People for the Job: choosing staff that will adjust positively and productively to working in the new personality disorder (PD) services.* Report to the Home Office, London, City University.

BOWERS, L., CROWHURST, N., ALEXANDER, J., EALES, S., GUY, S. & MCCANN, E. 2003c. Psychiatric nurses' views on criteria for psychiatric intensive care: acute and intensive care staff compared. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 145-152.

- BOWERS, L., DACK, C., GUL, N., THOMAS, B. & JAMES, K. 2011a. Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1459-1465.
- BOWERS, L., DOUZENIS, A., GALEAZZI, G., FORGHIERI, M., TSOPELAS, C., SIMPSON, A. & ALLAN, T. 2005a. Disruptive and dangerous behaviour by patients on acute psychiatric wards in three European centres. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 822-828.
- BOWERS, L., HACKNEY, D., NIJMAN, H., GRANGE, A., ALLAN, T., SIMPSON, A., HALL, C. & EYRES, S. 2007b. *A longitudinal study of conflict and containment on acute psychiatric wards. Report to the Department of Health*, London, City University.
- BOWERS, L., JARRETT, M., CLARK, N., KIYIMBA, F. & MCFARLANE, L. 1998. *Runaway patients. Report to the GNC Trust*, London, City University.
- BOWERS, L., JARRETT, M., CLARK, N., KIYIMBA, F. & MCFARLANE, L. 1999. Absconding: why patients leave. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 6, 199-206.
- BOWERS, L., JARRETT, M., CLARK, N., KIYIMBA, F. & MCFARLANE, L. 2000. Determinants of absconding by patients on acute psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 644-649.
- BOWERS, L. & JEFFERY, D. 2008. *Alcohol and drug use by inpatients: a literature review*, London, City University.
- BOWERS, L., NIJMAN, H. & BANDA, T. 2009c. *Suicide inside: a literature review on inpatient suicide* (<http://www.kcl.ac.uk/iop/depts/hspr/research/ciemh/MHNprojects/Litreview/LitRevSuicide.pdf>), London, City University.
- BOWERS, L., NIJMAN, H., SIMPSON, A. & JONES, J. 2007c. The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 143-8
- BOWERS, L., ROSS, J., NIJMAN, H., MUIR-COCHRANE, E., NOORTHOORN, E. & STEWART, D. 2012a. The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 826- 35.
- BOWERS, L., SIMPSON, A. & ALEXANDER, J. 2003d. Patient-staff conflict: Results of a survey on acute psychiatric wards. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 402-408.
- BOWERS, L., SIMPSON, A., ALEXANDER, J., HACKNEY, D., NIJMAN, H., GRANGE, A. & WARREN, J. 2005b. The Nature and Purpose of Acute Psychiatric Wards: The Tompkins Acute Ward Study. *Journal of mental Health*, 14, 625-635.

BOWERS, L. & STEWART, D. 2010. *Absconding from Psychiatric Hospitals: a literature review*.

BOWERS, L., STEWART, D., PAPADOPOULOS, C., DACK, C., ROSS, J., KHANOM, H. & JEFFERY, D. 2011b. *Inpatient violence and aggression: a literature review. Report from the conflict and containment reduction research programme.*, London, Institute of Psychiatry, Kings College London.

BOWERS, L., VAN DER MERWE, M., NIJMAN, H., HAMILTON, B., NOORTHOORN, E., STEWART, D. & MUIR-COCHRANE, E. 2010b. The Practice of Seclusion and Time Out on English Acute Psychiatric Wards: The City-128 Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24, 275-286.

BOWERS, L., VAN DER MERWE, M., PATERSON, B. & STEWART, D. 2012b. Manual restraint and shows of force: The City-128 study. *International journal of mental health nursing*, 21, 30-40.

BOWERS, L., VAN DER WERF, B., VOKKOLAINEN, A., MUIR-COCHRANE, E., ALLAN, T. & ALEXANDER, J. 2007d. International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 357-364.

BOWERS, L., WHITTINGTON, R., NOLAN, P., PARKIN, D., CURTIS, S., BHUI, K., HACKNEY, D., ALLAN, T. & SIMPSON, A. 2008. The relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: the City-128 study. *British Journal of Psychiatry*, 193, 395-401.

BRUMBLES, D. & MEISTER, A. 2013. Psychiatric Elopement: Using Evidence to Examine Causative Factors and Preventative Measures. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27, 3-9.

CARTHY, J. N., J.; WADEY, E. Spring 2012. Clinical Supervision in High Secure Hospital. *British Journal of Mental Health Nursing*, 1, 24-32.

COOPER, M. L., WOOD, P. K., ORCUTT, H. K. & ALBINO, A. 2003. Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 390-410.

CURRIER, G. & FARLET-TOOMBS, C. 2002. Use of restraint before and after implementation of the new HCFA rules. *Psychiatric Services*, 53, 138-138.

DAFFERN, M., OGLOFF, J. & HOWELLS, K. 2003. Aggression in an Australian forensic psychiatric hospital. *British Journal of Forensic Practice.*, 5, 18-28.

FINNEMA, E. J., DASSEN, T. & HALFENS, R. 1994. Aggression in Psychiatry: a

Qualitative Study Focussing on the Characterisation and perception of Patient Aggression by Nurses Working on Psychiatric Wards. *Journal of Advanced Nursing*, 19:1088-1095.

FISHER, A. 1995. The Ethical Problems Encountered in Psychiatric Nursing Practice With Dangerous Mentally Ill Persons. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9 193-207.

GRASSI, L., BIANCOSINO, B., MARMAI, L., KOTROTSIOU, V., ZANCHI, P., PERON, L., MARANGONI, C., VANNI, A. & BARBUI, C. 2006. Violence in psychiatric units: a 7-year Italian study of persistently assaultive patients. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41, 698-703.

GRASSI, L., PERON, L., MARANGONI, C., ZANCHI, P. & VANNI, A. 2001. Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric inpatients: a 5 year Italian study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 273-279.

HAHN, S., MÜLLER, M., HANTIKAINEN, V., KOK, G., DASSEN, T. & HALFENS, R. J. G. 2012. Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. *International Journal of Nursing Studies*.

HAIGH, R. 2002. Acute wards: Problems and solutions: Modern Milieu: Therapeutic Community Solutions to acute ward problems. *Psychiatric Bulletin*, 26, 380- 382.

IRELAND, J. L. 2006. Bullying Among Mentally-Ill Patients Detained in a High-Secure Hospital: An Exploratory Study of the Perceptions of Staff and Patients into How Bullying is Defined. *Aggressive Behavior*, 32, 451-463.

JAMES, K., BOWERS, L. & VAN DER MERWE, M. 2011. *Self-harm and attempted suicide in psychiatric inpatient care: a literature review*, London, Institute of Psychiatry, Kings College London.

JAMES, K., STEWART, D. & BOWERS, L. 2012a. Self-harm and attempted suicide within inpatient psychiatric services: A review of the Literature. *International journal of mental health nursing*, 21, 301 - 309.

JAMES, K., STEWART, D., WRIGHT, S. & BOWERS, L. 2012b. Self harm in adult inpatient psychiatric care: A national study of incident reports in the UK. *International Journal of Nursing Studies*.

JANSSEN, W. A., NOORTHOORN, E. O., NIJMAN, H. L. I., BOWERS, L., HOOGENDOORN, A. W., SMIT, A. & WIDDERSHOVEN, G. A. M. 2012. Differences in Seclusion Rates Between Admission Wards: Does Patient Compliance Explain? *Psychiatric Quarterly*, 84, 39-52.

JONES, J., NOLAN, P., BOWERS, L., SIMPSON, A. & HACKNEY, D. 2008. Psychiatric wards: places of safety? *Social Science & Medicine*.

KATSAKOU, C. & PRIEBE, S. 2006. Outcomes of involuntary hospital admission - a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 232-241.

KATZ, P. & KIRKLAND, F. R. 1990. Violence and Social Structure on Mental Hospital Wards. *Psychiatry*, 53, 262-277.

KESKI, V., SAILAS, E., ERONEN, M., KOIVISTO, A. M., LONNQVIST, J. & KALTIALA-HEINO, R. 2007. A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 747-752.

KINGSTON, J., CLARKE, S., RITCHIE, T. & REMINGTON, B. 2011. Developing and validating the "composite measure of problem behaviors". *Journal of Clinical Psychology*, 67, 736-51.

LANGSRUD, K., LINAKER, O. M. & MORKEN, G. 2007. Staff injuries after patient-staff incidences in psychiatric acute wards. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 121-125.

LEGGETT, J. & SILVESTER, J. 2003. Care staff attributions for violent incidents involving male and female patients: A field study. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 393-406.

LOWE, T. 1992. Characteristics of effective nursing interventions in the management of challenging behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1226-1232.

MANNION, A. 2009. Self-harm in a dangerous and severely personality disordered population. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20, 322-331.

MISTRAL, W., HALL, A. & MCKEE, P. 2002. Using therapeutic community principles to improve the functioning of a high care psychiatric ward in the UK. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 10-17. MOOS, R. 1974. *Ward Atmosphere Scale Manual*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.

MORGAN, C., KIRKBRIDGE, J., HUTCHINSON, G., CRAIG, T., MORGAN, K., DAZZAN, P., BOYDELL, J., DOODY, G. A., JONES, P. B. & MURRAY, R. M. 2008. Cumulative social disadvantage, ethnicity and first-episode psychosis: a case-control study. *Psychological Medicine*, 38, 1701-1716.

MORRISON, E., MORMAN, G., BONNER, G., TAYLOR, C., ABRAHAM, I. & LATHAN, L. 2002. Reducing Staff Injuries and Violence in a Forensic Psychiatric Setting. *Archives of Psychiatric Nursing*, XVI, 108-117.

MUIR-COCHRANE, E. & BOWERS, L. 2011. An investigation into the acceptability of door locking to staff, patients and visitors on acute psychiatric wards. *International Journal of Mental Health Nursing*.

MUIR-COCHRANE, E., VAN DER MERWE, M., NIJMAN, H., HAGLUND, K., SIMPSON, A. & BOWERS, L. 2012. Investigation into the acceptability of door locking to staff, patients, and visitors on acute psychiatric wards. *International journal of mental health nursing*, 21, 41-49.

NIJMAN, H., A CAMP, J., RAVELLI, D. & MERCKELBACH, H. 1999. A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 50, 832-834.

NIJMAN, H., BOWERS, L., HAGLUND, K., MUIR COCHRANE, E., SIMPSON, A. & VAN DER MERWE, M. 2011. Door locking and exit security measures on acute psychiatric admission wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

NIJMAN, H. L. I., PALMSTIERNA, T., ALMVIK, R. & STOLKER, J. J. 2005. Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 12-21.

PARKES, J. 2003. The nature and management of aggressive incidents in a medium secure unit. *Medicine, Science & the Law*, 43, 69-74.

PHILLIPS, P. 2006. *Understanding substance misuse amongst the mentally ill: An investigation of the context of, and motivations for drug and alcohol use in an in-patient sample of individuals with psychotic illness*. Ph.D., University of London.

QUIRK, A. & LELLIOTT, P. 2002. Acute Wards: Problems and Solutions: A participant observation study of life on an acute psychiatric ward. *Psychiatric Bulletin*, 26, 344-345.

QUIRK, A., LELLIOTT, P. & SEALE, C. 2004. Service users' strategies for managing risk in the volatile environment of an acute psychiatric ward. *Social Science & Medicine*, 59, 2573-2583.

SMITH, G., DAVIS, R., BIXLER, E., LIN, H. M., ALTENOR, A., ALTENOR, R., HARDENTSTINE, B. & KOPCHICK, G. 2005. Pennsylvania State Hospital System's Seclusion and Restraint Reduction Program. *Psychiatric Services*, 56 1115-1122.

SPOKES, K., BOND, K., LOWE, T., JONES, J., ILLINGWORTH, P., BRIMBLECOMBE, N. & WELLMAN, N. 2004. HOVIS-The Hertfordshire/Oxfordshire Violent Incident Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 199-209.

STEIN-PARBUTY, J., REID, K., SMITH, N., MOUHANNA, D. & LAMONT, J. 2008. Use of pro re nata medications in acute inpatient care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 283-292.

STEWART, D., BILGIN, H. & BOWERS, L. 2010. *Special Observation in Psychiatric Hospitals: A literature Review*, London, Kings College.

STEWART, D. & BOWERS, L. 2012. Under the Gaze of Staff: Special Observation as Surveillance. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 2-9.

- STEWART, D., BOWERS, L., SIMPSON, A., RYAN, C. & TZIGGILI, M. 2009. *Manual Restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review*, London, City University.
- TEMPLETON, L., GRAY, S. & TOPPING, J. 1998. Seclusion: Changes in policy and practice on an acute psychiatric unit. *Journal of mental Health*, 7, 199- 202.
- THAPA, P., PALMER, S., OWEN, R., HUNTLEY, A., CLARDY, J. & MILLER, L. 2003. PRN (as needed) orders and exposure of psychiatric inpatients to unnecessary psychotropic medications. *Psychiatric Services*, 54, 1282-1286.
- VAN BOGAERT, P., CLARKE, S., WOUTERS, K., FRANCK, E., WILLEMS, R. & MONDELAERS, M. 2012. Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: A multilevel modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*.
- VAN DER MERWE, M., BOWERS, L., JONES, J., MUIR-COCHRANE, E. & TZIGGILI, M. 2009. *Seclusion: a literature review*, London, City University.
- WEAVER, S. M., BROOME, A. K. & KAT, B. J. B. 1978. Some patterns of disturbed behaviour in a closed ward environment. *Journal of Advanced Nursing*, 3, 251-263.
- ZAREA, K., NIKBAKHT-NASRABADI, A., ABBASZADEH, A. & MOHAMMADPOUR, A. 2013. Psychiatric nursing as 'different' care: experience of Iranian mental health nurses in inpatient psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 124-133.
- ZUBIN, J. & SPRING, B. 1977. Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.