



Akutpsychiatrie ohne Zwang

Prävention von Zwangsmassnahmen bei
Kindern und Adoleszenten in der
Akutpsychiatrie

Erni Alexandra
21539168

Ledan Anastasia
21539333

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: PF21.Dipl.
Eingereicht am: 12.04.2023
Begleitende Lehrperson: Vogel Ilona

**Bachelorarbeit
Pflege**

Abstract

Hintergrund

Die Anwendung von Zwangsmassnahmen kann zu psychischen Problemen führen. Kinder und Adoleszente entwickeln im Zusammenhang mit erlebten Zwangsmassnahmen unter anderem vermehrt Alpträume, intrusive Gedanken sowie Schreck- und Vermeidungsreaktionen (Magnowski & Cleveland, 2020). Von besonderer Bedeutung sind daher zukünftige Bemühungen, die Anwendung von Zwangsmassnahmen in diesem vulnerablen Alter auf ein Minimum zu reduzieren.

Fragestellung

Welche Pflegeinterventionen können zur Prävention von Zwangsmassnahmen bei Kindern und adoleszenten Patient:innen in der Psychiatrie eingesetzt werden?

Methode

Um geeignete Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage zu finden, haben die Autorinnen eine systematisierte Literaturrecherche durchgeführt. Die Literaturrecherche wurde in zwei Datenbanken durchgeführt. Insgesamt wurden sieben Studien in die Bachelorarbeit inkludiert.

Ergebnisse

Die Arten der Interventionen, die sich aus den inkludierten Studien ergeben, lassen sich in zwei Hauptkategorien einteilen: in die der Organisationsentwicklung und die der pflegerischen Interventionen. In beiden Bereichen zeigen sich Erfolge in der Prävention von Zwangsmassnahmen. In einigen Studien konnte demnach die Anzahl der durchgeführten Zwangsmassnahmen signifikant reduziert werden.

Schlussfolgerung

Es konnten verschiedene pflegerische Interventionen sowie Interventionen der Organisationsentwicklung identifiziert werden, die zur Reduktion von Zwangsmassnahmen beitragen können. In allen inkludierten Studien wird zudem weiterer Forschungsbedarf beschrieben, da die aktuellen Ergebnisse noch keine Evidenz erreichen.

Keywords

Prevention, Coercive measure, Restraints, Adolescent, Children, Psychiatry

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Zielsetzung	3
1.2 Fragestellung.....	3
2. Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Begriffsdefinitionen	3
2.1.1 Kindheit und Adoleszenz.....	3
2.1.2 Psychiatrie.....	4
2.1.2.1 Zwangsmassnahmen	6
2.1.2.2 Zwangsmedikation	7
2.1.2.3 Isolation	8
2.1.2.4 Fixierung.....	8
2.1.2.5 Fixierende Haltetechniken	9
2.1.3 Prävention	9
3. Methoden und Vorgehen	12
3.1 Methode.....	12
3.1.1 Literaturrecherche	12
3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien	14
3.1.3 Limits.....	15
3.2 Vorgehen.....	15
4.1 Inkludierte Studien.....	17
4.2 Organisationsentwicklung.....	21
4.2.1 Collaborative problem-solving theory	22
4.2.2 Milieu Nurse	23
4.2.3 Implementierung von neuen Strukturen	24
4.3 Pflegeinterventionen.....	26
4.3.1 Sensory Room.....	27

4.3.2 Implementierung von Interventionsstrategien.....	28
4.3.3 Verhaltenstherapie	30
5. Diskussion	32
5.1 Einschätzung der Güte der Studien.....	32
5.3 Bezug zum theoretischen Hintergrund	36
5.3.1 Forschung	36
5.3.2 Expertise der Pflegefachpersonen	37
5.3.3 Präferenz und Expertise der Patient:innen.....	38
5.3.4 Lokaler Kontext	39
5.4 Beantwortung der Forschungsfrage	39
5.5 Limitation der eigenen Bachelorarbeit	40
6. Praxistransfer.....	40
6.1 Empfehlungen für die Praxis.....	40
7. Schlussfolgerung	42
Literatur	43
Abkürzungen	48
Abbildungen.....	49
Tabellen.....	49
Wortanzahl.....	50
Danksagung.....	51
Eigenständigkeitserklärung.....	52
Anhang	LIII
A: Zielführende Suchstrategie	LIII
B: AICA-Raster der eingeschlossenen Studien	LV
B1: Azeem et al. (2017).....	LV
B2: Eblin (2019).....	LXIII
B3: Ercole-Fricke et al. (2016).....	LXXII

B4: Magnowski und Cleveland (2020).....LXXX
B5: Reynolds et al. (2016)..... LXXXVI
B6: Seckman et al. (2017).....XCI
B7: Tebbett-Mock et al. (2020)..... C

1. Einleitung

Zwangsmassnahmen können sowohl in der Erwachsenen- als auch der Kinder- und adoleszenten Psychiatrie einen Teil der Behandlung darstellen. Sollen jedoch nicht leichtfertig angewendet werden, sondern immer als Ultima Ratio gelten (Plener, 2018).

Die häufigsten angewendeten Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie sind die Zwangsmedikation, die Isolation, die Fixierung und die fixierenden Haltetechniken. Diese werden im Verlauf der Bachelorarbeit unter dem Punkt 2.1. «Begriffsdefinition» näher erläutert.

Obwohl Zwangsmassnahmen im Vergleich zu den Interventionen während einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung selten vorkommen, stellen sie insgesamt dennoch einen nicht zu vernachlässigenden Faktor dar (Plener, 2018).

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) wurde im Jahr 2016 eine Studie zur Versorgungssituation psychisch kranker Personen in der Schweiz durchgeführt. Nach Kenntnisnahme der Studienergebnisse stellte der Schweizer Bundesrat fest, dass die psychiatrische Versorgung in der Schweiz als qualitativ hochstehend bezeichnet werden kann. Neben diesen positiven Ergebnissen zeigte die Studie jedoch auch, dass insbesondere die psychiatrische Versorgung im Kinder- und Jugendbereich Verbesserungsmöglichkeiten aufweist (von Wyl et al., 2020).

Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist für die psychiatrische Versorgung die Kinder- und Jugendpsychiatrie zuständig. In der Entwicklungspsychologie wird zudem der Übergang von der Kindheit zum Erwachsenenalter unterschieden. Dieser wird als Adoleszenz bezeichnet (von Wyl et al., 2020). Nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) liegt die Adoleszenz zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr (Thyen & Konrad, 2018).

In 41 Studien aus insgesamt 27 Ländern wurde gezeigt, dass die Prävalenz, eine erhebliche psychiatrische Erkrankung zu entwickeln, für Kinder und Adoleszente bei 13% liegt (von Wyl et al., 2020). Gemäss Bundesamt für Statistik Schweiz lebten in der Schweiz Ende 2021 rund 1,74 Millionen Kinder und Adoleszente (Bundesamt für Statistik Schweiz, 2022). Wird diese Zahl nun mit den 13% in Beziehung gesetzt, ergibt sich eine Wahrscheinlichkeit, dass von den 1,74 Millionen Kindern und Adoleszenten 226'200 in der Schweiz eine psychiatrische Erkrankung entwickeln. In der Studie, aus dem Jahr 2012, in welcher die Anwendung von Zwangsmassnahmen im Jugendpsychiatrischen Setting untersucht wurde, zeigten Ulla et al. auf, dass Zwangsmassnahmen bei Patient:innen mit

erheblichen psychiatrischen Diagnosen wie einer Schizophrenie, affektiven Störungen sowie Verhaltensstörungen am häufigsten zur Anwendung kommen (Ulla et al., 2012).

Aktuelle publizierte epidemiologische Daten zur Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmassnahmen aus der Schweiz fanden die Autorinnen nicht. Plener (2018) verweist in seiner Literatur bezüglich der Häufigkeit von Zwangsmassnahmen auf eine bevölkerungsrepräsentative Studie für die Bundesrepublik Deutschland mit einer Stichprobe von 2'524 Teilnehmer:innen. Hierbei gaben 15.9% der Teilnehmer:innen im Alter von 14 bis 99 Jahren an, mindestens einmal in ihrem Leben eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung erhalten zu haben. Insgesamt waren 4% der Teilnehmer:innen mindestens einmal unfreiwillig in der Psychiatrie behandelt worden, davon 68,8% in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschlechterspezifische Unterschiede konnten nicht festgestellt werden (Plener, 2018). Aufgrund der kulturellen Ähnlichkeit zwischen der Schweiz und Deutschland halten die Autorinnen auch diese Zahlen für aussagekräftig.

Die Autorinnen leiten die Relevanz der Prävention aus den genannten relevanten und hohen Zahlen ab. Prävention im psychiatrischen Setting findet jedoch auf verschiedenen Ebenen statt. Für die Bachelorarbeit haben sich die Autorinnen entschieden, den Fokus auf die Prävention von Zwangsmassnahmen zu legen. Denn die Entwicklungsphase in der Adoleszenz ist unter anderem geprägt vom Erreichen von Unabhängigkeit und Autonomie (Hottinen, et al., 2012). Das Streben danach, steht aber im Widerspruch zur Anwendung von Zwangsmassnahmen und kann zu psychischen Problemen führen. Kinder und Adoleszente entwickeln im Zusammenhang mit erlebten Zwangsmassnahmen unter anderem vermehrt Alpträume, intrusive Gedanken sowie Schreck- und Vermeidungsreaktionen (Magnowski & Cleveland, 2020). Aufgrund dieser Erkenntnisse ist das zukünftige Bestreben, den Einsatz von Zwangsmassnahmen auf ein Minimum zu reduzieren, in diesem vulnerablen Alter von elementarer Wichtigkeit.

Nebst den Auswirkungen auf Kinder- und adoleszente Patient:innen wäre ein positives Outcome bei einer Reduktion von Zwangsmassnahmen auch beim Pflegepersonal zu erwarten. Denn wie Magnowski und Cleveland (2020) in ihrer Studie beschreiben, berichtet das Pflegepersonal von negativen Erfahrungen mit Zwangsmassnahmen, die mit den Emotionen Stress, Angst, Desensibilisierung und Furcht einhergehen. Durch diese kann wiederum ein Burnout entstehen (Magnowski & Cleveland, 2020).

Im Hinblick auf Zwangsmassnahmen unterscheiden sich Kinder- und adoleszente Patient:innen in der Gesetzgebung nicht von erwachsenen Patient:innen. Aufgrund ihrer noch nicht ausgereiften Entwicklung sind sie jedoch auf die Unterstützung Dritter angewiesen, um ihre Rechte wahrzunehmen (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2016). Die Autorinnen sehen es als anzustrebendes Ziel an, Zwangsmassnahmen auf ein Minimum zu reduzieren bzw. diesen vorzubeugen, um (Re-)Traumatisierungen und damit mögliche psychiatrische Folgeerkrankungen wie eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu vermeiden.

1.1 Zielsetzung

Das Ziel der Bachelorarbeit ist, anhand einer Literaturrecherche herauszufinden, durch welche pflegerischen Interventionen Zwangsmassnahmen bei Kindern und adoleszenten Patient:innen in der Psychiatrie reduziert werden können. Durch die Bearbeitung dieses Themas können die Autorinnen anhand der Ergebnisse gegebenenfalls eine Empfehlung für die pflegerische Umsetzung in der Praxis geben.

1.2 Fragestellung

Folgende Fragestellung ergibt sich für die Umsetzung des Zieles:

Welche Pflegeinterventionen können zur Prävention von Zwangsmassnahmen bei Kindern und adoleszenten Patient:innen in der Psychiatrie eingesetzt werden?

2. Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden die relevanten Begriffe erklärt und differenzierter erläutert. Zudem wird das Konzept «Evidence-based Nursing» (EBN) vorgestellt.

2.1 Begriffsdefinitionen

In den folgenden Abschnitten wird der theoretische Hintergrund zu bedeutenden Komponenten der Fragestellung geklärt.

2.1.1 Kindheit und Adoleszenz

Die Entwicklungsperiode des Menschen beginnt mit dem Säuglingsalter und geht nach sechs Monaten in das Kleinkindalter über. Sie ist gekennzeichnet durch interpersonale Bindungen und die Erweiterung der motorischen Fähigkeiten. Mit 2 Jahren beginnt das Kindergartenalter. Die Fähigkeiten zur Selbstkontrolle nehmen weiter zu. Beispiele sind das selbstständige Erledigen des Toilettengangs oder der Nahrungsaufnahme. Darüber hinaus entwickelt das Kindergartenkind kontinuierlich die Grundlagen der Autonomie. Ab einem Alter von 5 Jahren wird vom Vorschul- und frühen Schulalter gesprochen. Das

Vorschulkind erlangt eine Impulskontrolle und pflegt Beziehungen in Peer-Gruppen. Im Alter von 8 bis 11 Jahren bilden sich tiefere Freundschaften, und das sogenannte Kind im mittleren Schulalter entwickelt sein Selbstbewusstsein (Remschmidt, 1992, zitiert nach Remschmidt & Becker, 2020, S. 33).

Die Grenzen können in den Entwicklungsphasen fließend und individuell sein. Laut WHO kann die Entwicklungsperiode im Alter von 10 Jahren beginnen und mit dem 20. Lebensjahr enden (Thyen & Konrad, 2018). Unter dem Begriff «Adoleszenz» ist der Übergang von der Kindheit zum Erwachsenenalter zu verstehen (von Wyl et al., 2020). Diese Entwicklungsphase beinhaltet psychosoziale Veränderungen und ist zudem durch die Pubertät gekennzeichnet. Zudem ist die Adoleszenz auch von Chancen geprägt. Die Vulnerabilität dieser Zeit darf laut WHO jedoch nicht unterschätzt werden. Die Jugendlichen meistern in dieser prägenden Zeit auch spezifische Entwicklungsaufgaben (Thyen & Konrad, 2018). Thyen und Konrad benannten 2018 beispielsweise folgende Entwicklungsaufgabe: «Der Aufbau sinnstiftender und tiefer gehender Beziehungen zu Gleichaltrigen (Peers) oder Gewinnung von Klarheit über sich selbst sowie der Aufbau einer konsistenten Identität» (Thyen & Konrad, 2018, S. 20).

In der Auseinandersetzung mit der amerikanischen Literatur, aus der die inkludierten Studien stammen, wird meist die Formulierung «Kinder und Jugendliche» verwendet. Aus diesem Grund wird im weiteren Verlauf der Arbeit oft der gleiche Wortlaut anstelle von Adoleszenten verwendet. Gleiches trifft teilweise auch auf die deutschsprachige Literatur zu. Die Definition der Adoleszenz ist dennoch bedeutsam, da es in der Schweiz spezifische Stationen für Adoleszente gibt und dies der Grund für die Formulierung der Fragestellung ist. Da in dieser Arbeit beide Begrifflichkeiten gebraucht werden, wird durch den Bezug der Literatur von King (2013) die Begrifflichkeiten weiter ausgeführt:

In Schulen, Theorie- und Forschungsrichtungen sowie auch im Alltagsgebrauch der Wissenschaft werden die Begriffe «Jugend» oder «Adoleszenz» nicht einheitlich unterschieden. Der Begriff «Jugend» wird eher traditionell verwendet, dies beschreibt King (2013) mit dem Einbezug der Lebensphasen nach Hurrelmann (1999). In der Jugendforschung und Jugendsoziologie wird nun der Begriff «Adoleszenz» implementiert.

2.1.2 Psychiatrie

Höwler (2020) definiert die Psychiatrie folgendermassen: «Die Psychiatrie ist eine medizinische Teildisziplin und bezieht sich auf psychische bzw. seelische Störungen und deren Auswirkungen auf das Verhalten und Erleben, die wahrgenommen, beobachtet,

interpretiert und im therapeutischen Behandlungsprozess dokumentiert werden» (Höwler, 2020, S. 3). Zur Definition der Psychiatrie kann hinzugefügt werden, dass sie eine hermeneutische Wissenschaft ist, die sich mit der Kunst des Verstehens beschäftigt. Der wesentliche Punkt, der dazu beiträgt, dass die Patient:innen psychische Stabilität erreichen liegt in der therapeutischen Qualität des Verstehens und Verstandenwerdens der Psychiatrie (Höwler, 2020).

Eine weitere Begriffserklärung nach Höwler (2020) lautet: «Psyche = Seele, Iatrie = Heilkunde. Die Psychiatrie wird demnach auch als „Seelenheilkunde“ bezeichnet» (Höwler, 2020, S. 3).

Die Psychiatrie war in der Vergangenheit kein eigenständiges medizinisches Fachgebiet. Dies änderte sich erst ab dem 18. Jahrhundert. Sie umfasste zunächst präventive und rehabilitative Massnahmen zur Therapie bei Erwachsenen. Erst ab den 1970er Jahren kam die Kinder- und Jugendpsychiatrie hinzu, welche somit als relativ junge Wissenschaft gilt. Entsprechend hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie international einen enormen Nachholbedarf (Höwler, 2020).

Für die Erläuterung der Altersabgrenzungen in der Schweizer Kinder- und Jugendpsychiatrie haben die Autorinnen die aktuellen Zahlen von diversen grossen psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz recherchiert.

In der Klinikgruppe Clenia AG gibt es stationäre Akut- und Therapiestationen mit Plätzen für Kinder und Jugendliche ab dem Vorschulalter bis zum 18. Lebensjahr. Unterteilt sind diese in Kinderstationen, welche folgende Alter ansprechen: Vorschulalter bis 15 Jahre und eine Adoleszenten-Station für das Alter von 14 bis 18 Jahren (Clenia Littenheid, o. D.).

Die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) haben Kinderstationen für das Alter 4/5 bis 13/14 Jahre sowie Jugendstationen, welche das Alter von 13/14 bis 17/18 Jahren abdecken (UPD, o. D.).

Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) bietet die psychiatrische Behandlung von Kindern im Alter von 5 bis 15 Jahre auf der sogenannten Kinderstation (PUK, o. D-b). Sowie eine Jugendstation für die Altersgruppe 14 bis 17 Jahre (PUK, o. D-a).

Die Luzerner Psychiatrie (LUPS) bietet wiederum mit der Akut- und Intensivstation (AKIS) Plätze für Jugendliche im Kindesalter bis 18 Jahre, eine kinderpsychiatrische Therapiestation für das Alter von 5 bis 12 Jahren und eine Jugendtherapie-Station für das Alter von 13 bis 18 Jahren (LUPS,2023).

Die Auseinandersetzung mit aktuellen Studien aus den United States of America (USA) hat den Autorinnen gezeigt, dass dort die Aufteilung der Kinder und Jugendlichen auf altersspezifische Stationen nicht wie in der Schweiz erfolgt. Kinder und Jugendliche befinden sich meist auf der gleichen Station und werden nicht wie in der Schweiz spezifisch auf Kinder- bzw. Jugendstationen betreut.

2.1.2.1 Zwangsmassnahmen

Das Recht auf die persönliche Freiheit und Selbstbestimmung sowie auf die Unversehrtheit der physischen Integrität werden durch den Eingriff von Zwangsmassnahmen verletzt. Um bei einer Selbst- oder Fremdgefährdung grösseren Schaden abzuwenden, können spezifische Zwangsmassnahmen eingesetzt werden. Dies ist dann der Fall, wenn keine mildereren Alternativen verfügbar sind. Die Willensbildung kann bei Menschen mit psychischen Erkrankungen in bestimmten Situationen beeinträchtigt sein. Es können kognitive Einschränkungen, formale und inhaltliche Denkstörungen oder Wahrnehmungsstörungen vorliegen; häufig ist die fehlende Krankheitseinsicht ein weiteres Hindernis. Es ist wichtig zu verstehen, dass die Zwangsmassnahmen in Ausnahmesituationen durchgeführt werden und nicht zum Standard gehören bzw. dass das Ziel nicht darin besteht, den Patienten oder die Patientin zu bestrafen oder zu disziplinieren. Vor einer Zwangsmassnahme ist zwingend notwendig abzuwägen, was schwerer wiegt: das vermutete Ergebnis oder die mögliche unerwünschte Folge einer (Re-)Traumatisierung. Dabei ist ein empathischer und aufklärerischer Umgang mit dem Patienten oder der Patientin entscheidend. Die Prävention von Zwangsmassnahmen ist ein bedeutender Bestandteil, um diese auf ein Minimum zu reduzieren. Bisher konzentrierte sich die Forschung auf prädiktive oder präventive intramurale Faktoren, z. B. Personalschlüssel oder Teamtrainings zum frühzeitigen Einsatz von Deeskalationsstrategien. Eine wachsende Zahl von Forschungsergebnissen liefert jedoch Hinweise darauf, dass auch extramurale Faktoren einen erheblichen Einfluss auf die Anwendung und Häufigkeit von Zwangsmassnahmen haben, beispielsweise im Hinblick auf Schwellenwerte für unfreiwillige Einweisungen (Huber et al., 2017).

Einen weiteren wesentlichen Punkt bilden die auf regionaler sowie kantonaler Ebene festgelegten gesetzlichen Bestimmungen und fachlichen Richtlinien. Sie legen fest, wer eine Zwangsmassnahme anordnen darf und welche Rechte die betroffene Person hat. Eine genaue Dokumentation aller Beteiligten ist unerlässlich. Um in den Kliniken unter anderem eine einheitliche Durchführung und einheitliche Kontrollintervalle zu

gewährleisten, gibt es nur interne Standards. Regionale oder kantonale Standards existieren diesbezüglich nicht (Huber et al., 2017).

Schliesslich kann es im Rahmen einer psychiatrischen Hospitalisation in verschiedenen Szenarien zu Zwangsmassnahmen kommen. Dabei wird diese meist von dem ärztlichem sowie dem Pflegefachpersonal ausgeführt. Die fürsorgliche Unterbringung (FU), das Rückhalterecht, Diagnostik ohne Zustimmung, Zwangsernährung, Zwangsmedikation, Isolation und Fixierung sind zentrale Aspekte, die berücksichtigt werden müssen. Ein wesentlicher Unterschied bezieht sich auch darauf, ob die Zwangsmassnahme einen therapeutischen Nutzen hat oder als Sicherheitsmassnahme eingesetzt wird (Huber et al., 2017).

Die Methoden der Zwangsmassnahmen sind umstritten, denn diese haben nicht nur negative Auswirkungen auf die Patient:innen, sondern auch auf das Personal. Die Reduzierung von Zwangsmassnahmen senkt Kosten, reduziert Krankenstände der Mitarbeiter:innen, Verletzungen von Jugendlichen sowie Mitarbeiter:innen und führt zu einer geringeren Personalfuktuation (Perers et al., 2022).

Epidemiologische Daten für die Schweiz sind bisher nicht publiziert. Diesbezüglich ist davon auszugehen, dass – im Auftrag des BAG – Zahlen der einzelnen Institutionen zu Zwangsmassnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorliegen könnten. Diese sind jedoch nicht zugänglich.

2.1.2.2 Zwangsmedikation

Behandlungen in der Medizin beinhalten die Verabreichung von Medikamenten; dies geschieht nach dem «informed Consent» des Patienten oder der Patientin. Es ist bedeutsam, die Behandlung bzw. die Wirkung und Nebenwirkung des Medikaments sowie die Bedeutung einer Nichtbehandlung zu erklären. Danach kann der Patient oder die Patientin der Behandlung zustimmen oder sie ablehnen. In dieser Situation muss sichergestellt werden, dass der Patient oder die Patientin urteilsfähig ist, um diese Entscheidung zu treffen. In Notfällen kann die medikamentöse Behandlung auch ohne Einwilligung verabreicht werden, was dann als Zwangsmedikation definiert wird. Die Applikationsart wird aufgrund der Akuität der Situation bestimmt. Vor der Zwangsmedikation muss das Medikament nochmals auf einer freiwilligen Basis angeboten werden. In jeder Applikationsart kann die Verabreichung von Zwangsmedikation als traumatisierend und demütigend empfunden werden. Daher sind ein empathischer Umgang und die Wahrung der Intimsphäre entscheidend (Huber et al., 2017). Für die

Schweiz liegen bisher keine öffentlichen epidemiologischen Daten zur Zwangsmedikation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor. Zudem ist nicht bekannt, ob im Auftrag des BAG diesbezügliche Daten erhoben werden konnten.

2.1.2.3 Isolation

Unter einer Isolation im Zusammenhang mit Zwangsmassnahmen ist die Unterbringung in einem möglichst reizarmen, geschlossenen Raum mit geringem Verletzungspotenzial zu verstehen. Demnach sind nur eine Matratze, eine Decke und eventuell eine Toilette vorhanden. Vor der Isolierung wird der Patient oder die Patientin untersucht, damit keine gefährlichen Gegenstände ins Isolationszimmer mitgenommen werden. Die Überwachung einer Isolation erfolgt durch ein Sichtfenster bzw. gegebenenfalls in Kombination mit einer Videoüberwachung und in einem engmaschigen Intervall. Dieses wird von der Institution festgelegt. In der Regel werden Isolationen meist als weniger belastend oder physisch eingreifend empfunden als eine Fixierung. Bei der Isolation fehlt den Patient:innen meist der direkte Kontakt, weswegen eine Isolation so kurz wie möglich sein sollte. Eine Isolation über einen längeren Zeitraum (mehrere Tage) ist entsprechend der Ausnahme. Zudem ist eine regelmässige Evaluation dahingehend von Bedeutung, ob die Massnahme noch notwendig ist (Huber et al., 2017).

Die Variante «Time-out» ist in der Kinder- und der Jugendpsychiatrie häufig anzutreffen. Dabei wird den Patient:innen statt einer Isolation in einem geschlossenen Raum für eine absehbare Zeit ein reizarmer Raum zur Verfügung gestellt, in welchen sie sich zurückziehen können. Die Zimmertür wird dabei nicht verschlossen (Huber et al., 2017).

Die Recherche ergab keine öffentlich zugänglichen Daten oder Statistiken im Hinblick auf Isolationszahlen; es ist davon auszugehen, dass in den Institutionen Daten erhoben werden, die den Autorinnen jedoch nicht zugänglich waren.

2.1.2.4 Fixierung

Bei der Fixierung wird der Patient oder die Patientin durch die Anwendung von Gurten an einem dazu vorgesehenen Bett fixiert. Wie viele Gurte angelegt werden und um welche es sich dabei handelt, wird klinikintern geregelt. Häufig sehen die klinikinternen Standards eine 5-Punkt-Fixierung vor, welche die Fixation des Rumpfes und aller vier Extremitäten umfasst. Die umfassendste Fixierung wäre die 11-Punkt-Fixierung. Generell stellt die Fixierung eine massive Einschränkung dar. Neben der (Re-)Traumatisierung bestehen auch somatische bzw. thromboembolische Risiken. Die Fixierung kann bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung angewendet werden. Während der Fixierung muss eine

kontinuierliche Überwachung durch eine sogenannte 1:1-Betreuung gewährleistet sein. Eine weitere zentrale Massnahme ist die Medikation bei fixierten Patient:innen. Dies umfasst häufig ein Sedativum sowie ein Antikoagulans (Huber et al., 2017).

Auch zur Fixation bestehen keine öffentlich zugänglichen publizierten Daten, welche die Schweiz betreffen. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Zahlen in den einzelnen psychiatrischen Kliniken vorliegen.

2.1.2.5 Fixierende Haltetechniken

Das Präventionskonzept «Professioneller Umgang mit Gewalt und Aggressionen» (ProDeMa) beinhaltet ein Stufenmodell der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Das Festhalten von Patient:innen wird dabei als schonende Begleittechnik benannt und stellt die Deeskalationsstufe 6 der Sekundärprävention dar. Diese kommt zum Einsatz, wenn die zuvor durchgeführten Präventionsmassnahmen nicht zum gewünschten Ziel geführt haben und eine von der Patientin oder dem Patienten ausgehende Selbst- oder Fremdgefährdung fortbesteht. Durch geschultes Personal wird der Patient oder die Patientin mit der fixierenden Haltetechnik fixiert. Diese ist mit dem Ziel verbunden, dass der Patient oder die Patientin sich selbst oder andere nicht verletzen kann (Weissenberger, 2020). Die Haltetechniken können zudem auch bei fremdgefährdenden Patient:innen angewendet werden, bei denen eine invasive medizinische Verrichtung (z. B. eine Blutentnahme) durchgeführt werden muss.

Wie bereits bei der Fixation bestehen auch zu den fixierenden Haltetechniken keine öffentlich zugänglichen Daten, welche die Übersicht der Häufigkeit aufzeigen.

2.1.3 Prävention

Um die Gesundheit der Menschen zu erhalten und zu verbessern, werden Massnahmen und Handlungsansätze aus den Bereichen «Prävention» und «Gesundheitsförderung» gewählt. Die Prävention setzt bei den Gesundheitsrisiken an, während den Ausgangspunkt bei der Gesundheitsförderung die Gesundheitsressourcen bilden. Prävention zielt darauf ab, Krankheitsrisiken zu vermeiden (Holoch et al., 2017).

Alle Menschen werden im Laufe des Lebens mit Krankheiten konfrontiert. Diese können ausheilen, chronisch verlaufen oder zu Folgeerkrankungen führen. Um diese Krankheiten oder ihre Folgen zu verhindern, werden Massnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention durchgeführt. Unter Primärprävention sind Massnahmen zu verstehen, die darauf abzielen, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer bestimmten Krankheit in

einer Bevölkerung (und damit die daraus resultierende Morbidität und Mortalität) zu verringern bzw. zu reduzieren, oder darauf, das Auftreten dieser Krankheiten von vornherein zu verhindern. Dazu gehören beispielsweise bestimmte Impfungen wie die Masern-Mumps-Röteln-Impfung, die im Kleinkindalter verabreicht wird, um die Erkrankung und ihre möglichen Folgeschäden zu verhindern. Zielgruppe der Primärprävention ist der gesunde Mensch, bei dem keine subjektiven oder objektiven Krankheitssymptome bekannt sind. Im Gegensatz zur Primärprävention geht es bei der Sekundärprävention darum, Krankheiten in frühen, klinisch noch unauffälligen Stadien zu erkennen, damit sie rechtzeitig behandelt werden können. Ziel ist demnach, das Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern und sekundärpräventive Massnahmen einzuleiten, die eine kurative Behandlung der Erkrankung ermöglichen. Dazu gehören beispielsweise Früherkennungsuntersuchungen, beispielsweise beim Kolonkarzinom das Screening mittels Koloskopie. Wiederum die Tertiärprävention umfasst Massnahmen, die eine Verschlimmerung der bestehenden Erkrankung verhindern oder das Auftreten von Folgeerkrankungen verzögern sollen. Die Lebensqualität oder die soziale Funktionsfähigkeit soll so verbessert werden. Ein Beispiel hierfür ist die Rehabilitation nach einem Myokardinfarkt. Ziel der Rehabilitation ist es, die physischen, psychischen und sozialen Folgen zu mindern. Zudem kann eine Tertiärprävention z. B. eine Rezidivprophylaxe sein, bei einem Myokardinfarkt wäre dies die Langzeittherapie mittels Antikoagulans (Habermann-Horstmeier, 2017).

2.3 Evidence-based-Nursing-Modell

Nach Behrens und Langer (2022) bezieht sich EBN auf ein Ethos der Pflegepraxis. Die eigene Handlungswissenschaft der Pflegewissenschaft wird durch die Verantwortungsethik begründet. Das EBN beschränkt sich nicht auf die statistische und hermeneutische Auswertung der Forschung, sondern bezieht sich auch darauf, wie Resultate in der Praxis zwischen dem individuellen Pflegebedürftigen und der Pflegefachperson einfließen (Behrens & Langer, 2022). Die Ziele von EBN enthalten nach Smoliner (2008) drei Bereiche, zunächst die Patientenzufriedenheit und bestmögliche pflegesensitive Ergebnisse durch eine individuelle und abgestimmte Pflege, die auf wissenschaftlichem, lokalem und Erfahrungswissen basiert. Des Weiteren soll die professionelle Entwicklung durch reflektiertes Arbeiten – auf Basis von kontinuierlichem Lernen und unter Einbezug von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen – gefördert werden. Schliesslich ist wirtschaftliches Arbeiten durch gezielte und faire Auswahl der

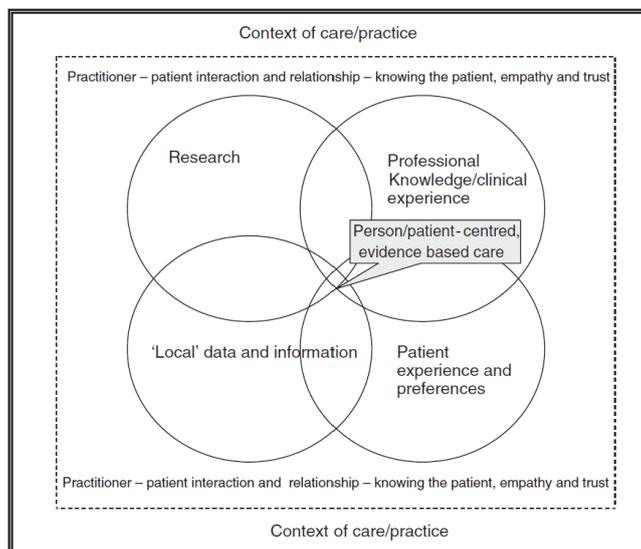
individuellen Patientensituation und der notwendigen Massnahmen im lokalen Kontext zu gewährleisten. Durch EBN werden auch Gefahren aufgezeigt. Denn in der Pflege kann keine «Kochbuchpflege» geleistet werden; vielmehr sollen die Patient:innen individuell betreut werden. Kritisiert wird sowohl die Reduktion auf eine Kosten-Nutzen-Betrachtung als auch die Vermittlung einer falschen oder vermeintlichen Handlungssicherheit. Eine Grenze ist das Fehlen von ausreichend relevanten Forschungsergebnissen. Die Verantwortung für persönliche Entscheidungen sollte nicht vom EBN übernommen werden. Diesbezüglich ist wichtig zu wissen, dass es kein absolutes Wissen geben kann (Boegli et al., 2016).

Nach Rycroft-Malone et al. (2004) stellen Forschung, klinische Expertise, Präferenzen sowie Expertise der Patient:innen und lokale Daten die vier Hauptsäulen der Evidenz dar. Diese sind in der folgenden Abbildung 1 dargestellt.

Die erste Wissensquelle im Konzept des EBN ist die Forschung (Rycroft-Malone et al., 2004). Es ist entscheidend, dass diese einen möglichst hohen Grad an Validität aufweist, mit einem angemessenen Design und geringen Einflüssen von verzerrenden Faktoren (Behrens & Langer, 2022). Klinische Expertise basiert auf dem eigenen Erfahrungswissen und dem des Behandlungsteams. Es ist ein reflektiertes Wissen, das sich aus professionellem Wissen und Erfahrung zusammensetzt bzw. oft intuitiv sowie implizit ist (Rycroft-Malone et al., 2004). Laut Rycroft-Malone et al. (2004) stehen bei den Präferenzen sowie der Expertise der Patient:innen zwei Arten von Evidenz zur Verfügung: einerseits das Wissen der Patient:innen zu ihrem Körper und dem sozialen Leben sowie andererseits die Erfahrungen aus früheren pflegerischen Betreuungssituationen. Nach Rycroft-Malone et al. (2004) werden hier systematisch erhobene Daten einbezogen. Diese können aus Pflegedokumentationen, Krankenhausstatistiken und Projektevaluationen, Erzählungen von Patient:innen sowie Rückmeldungen von möglichst vielen Interessensgruppen innerhalb der Organisation oder aus beruflichen Netzwerken entstehen.

Abbildung 1

Die vier Wissensquellen von EBN nach Rycroft-Malone et al. (2004)



3. Methoden und Vorgehen

Die Methodik bzw. Vorgehensweise der Autorinnen wird im folgenden Abschnitt näher erläutert.

3.1 Methode

Um geeignete Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage zu finden, haben die Autorinnen eine systematisierte Literaturrecherche durchgeführt. Diese diente dazu, einen ersten Überblick über die vorhandene Literatur zum gewählten Thema zu erhalten.

3.1.1 Literaturrecherche

Die Autorinnen realisierten eine erste Grobrecherche in den Datenbanken CINAHL Complete und PubMed, um einen ersten Überblick über die vorhandene Literatur zu erlangen. Aus der Grobrecherche ergab sich dann eine systematisierte Literaturrecherche. Diese wurde ebenfalls in den Datenbanken CINAHL Complete und PubMed zwischen August und Dezember 2022 durchgeführt. Für eine erfolgreiche Literaturrecherche suchten die Autorinnen mit Schlagwörtern, die sich aus der Forschungsfrage ergaben. Diese wurden mit den booleschen Operatoren <AND> und <OR> verknüpft. Zusätzlich zu dieser Vorgehensweise verwendeten die Autorinnen Ein- und Ausschlusskriterien sowie entsprechende Einschränkungen. Wurde der Abstract als passend und relevant eingestuft, lasen die Autorinnen die gesamte Studie. In der folgenden Tabelle 1 werden die Keywords sowie die Ein- und Ausschlusskriterien tabellarisch dargestellt.

Tabelle 1*Keywords*

Elemente der Fragestellung	Suchbegriff Deutsch	Suchbegriff Englisch	MeSH Term, Subject Headings
Phänomen	Pflegeinterventionen	Nursing Interventions, Care Interventions	Nursing intervention
	Prävention	Prevention, Preventive	Prevention
	Zwangsmassnahme	Coercive measure, Compulsory measure, Forced measure, Forced action Restraints	Coercive measure, Restraints
Population	Kinder- und adoleszente Patient:innen	Children and Adolescents patients, Youth patients	Adolescent, Child, Pediatric, Youth
Setting	Psychiatrie	Psychiatry	Psychiatry

3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die gewählten Ein- und Ausschlusskriterien werden in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
Akut psychiatrisches Setting	Alle weiteren Settings	Das Setting soll mit der Fragestellung übereinstimmen
Kinder- und adoleszente Patient:innen	Alle Patient:innen bis zum 18. Lebensjahr	Die Forschungsfrage richtet sich an Kinder- und adoleszente Patient:innen. Dies betrifft die Altersgruppe bis 18 Jahre
Industrieländer, westliche Länder (Europa, Nordamerika)	Schwellen- sowie Entwicklungsländer, Asien	Abweichung von Werten und Normen

3.1.3 Limits

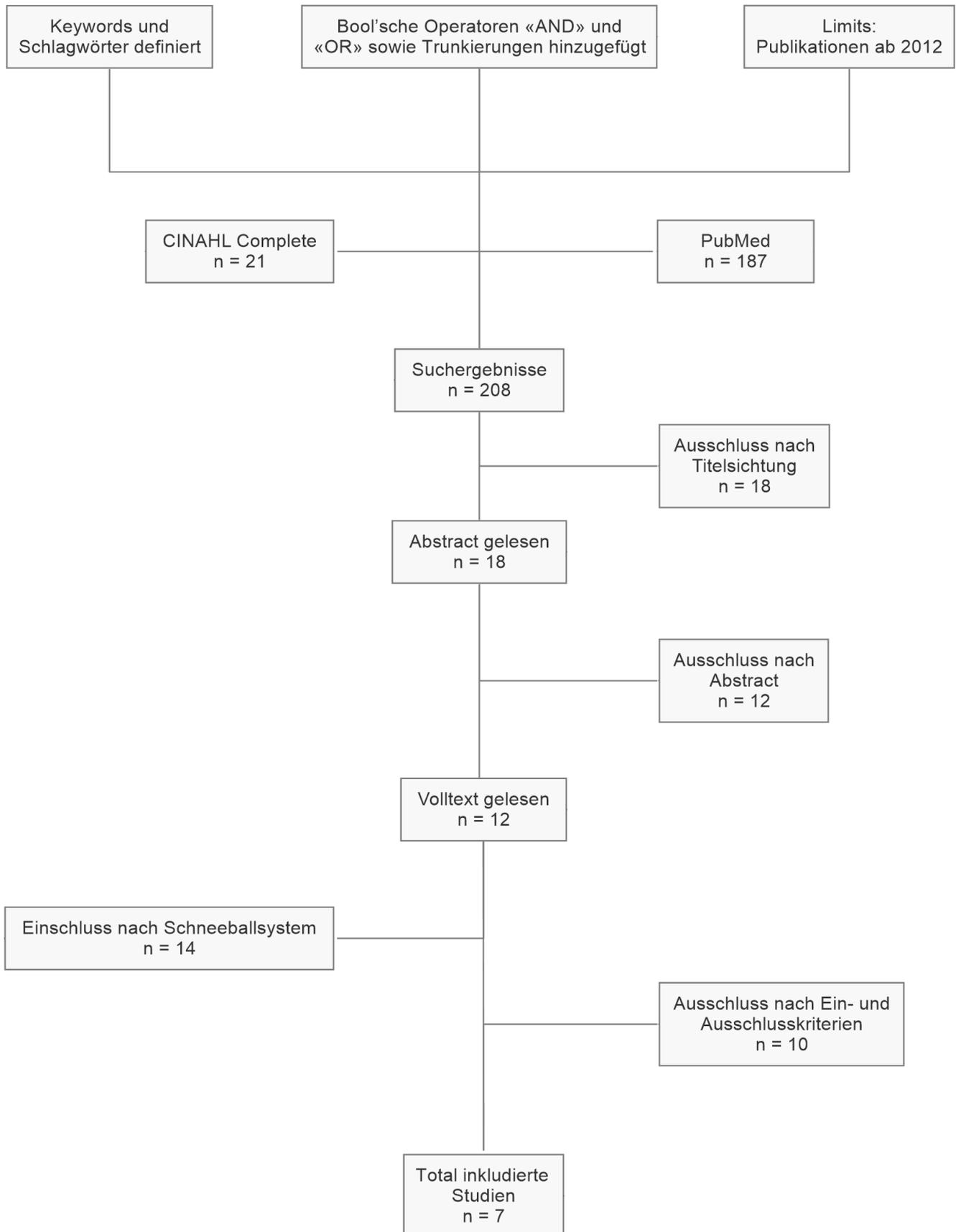
Es wurden Studien ausgewählt, die in den letzten 10 Jahren publiziert worden sind. Die Autorinnen haben sich für diese Einschränkung entschieden, damit die Ergebnisse der Bachelorarbeit dem aktuellen Stand der Forschung entsprechen.

3.2 Vorgehen

Durch die oben beschriebene Literaturrecherche wurden geeignete Studien herausgefiltert. Um jeweils deren Stärken und Schwächen zu erfassen, wurden sie von den Autorinnen in jedem Fall kritisch gewürdigt. Für die kritische Würdigung wurde das Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) nach Ris und Preusse-Bleuler (2015) verwendet. Zur Überprüfung der Güte der jeweiligen Studie gingen die Autorinnen bei qualitativen Studien nach Lincoln und Guba (1985) sowie Steinke (1999) und bei quantitativen Studien nach Bartholomeyczik (2008), Döring und Bortz (2016), Gray und Grove (2021) sowie Polit und Beck (2021) vor. Abschliessend überprüften die Autorinnen das Evidenzlevel der gewählten Studien nach DiCenso et al. (2009) anhand der S6-Pyramide. In Abbildung 2 ist der Vorgang der Literaturrecherche anhand eines Flowcharts dargestellt.

Abbildung 2

Flowchart der Literaturrecherche



4. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der sieben inkludierten Studien zusammenfassend dargestellt. Diesbezüglich wurden die Studien in zwei Kategorien eingeteilt, da sich bei der Bearbeitung gezeigt hat, dass sich die Interventionen in Organisationsentwicklung und pflegerische Interventionen unterteilen lassen (siehe Abbildung 3). Die Ergebnisse der Literaturrecherche führt zu der Beantwortung der Fragestellung.

4.1 Inkludierte Studien

In der Tabelle 3 werden die sieben inkludierten Studien zur Übersicht dargestellt.

Tabelle 3

Übersicht Studien

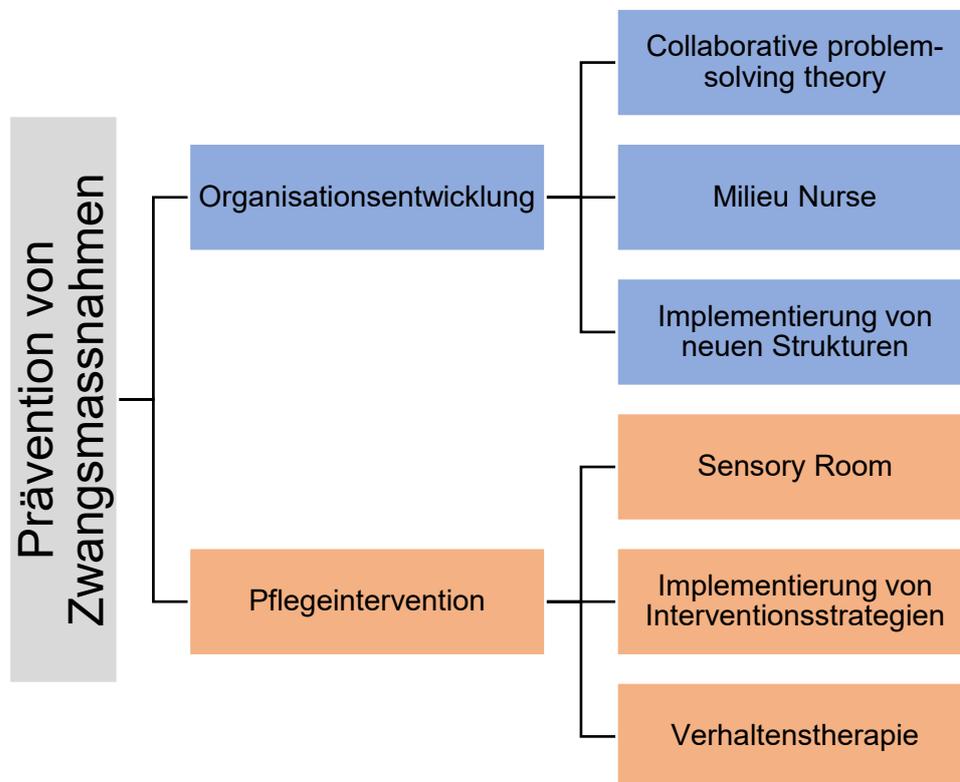
Referenz	Titel	Design und Methodik	Stichprobe	Studienziel	Zentrale Resultate	Evidenz-level
		Durchführungsort				
Azeem et al. (2017)	Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital	Retrospektive Quantitative Studie USA	Hospitalisationen: n = 458 Alter: 6–12	Überprüfen der Wirksamkeit der sechs Kernstrategien bei der Verringerung von Zwangsmassnahmen und Fixierungen bei Jugendlichen während eines psychiatrischen Aufenthaltes	Signifikante Reduzierung der 6 Zwangs- und Isolationsmassnahmen nach sechs Monaten der Implementierung – von 93 auf 31 Zwangs- und Isolationsmassnahmen.	
Eblin (2019)	Reducing seclusion and restraints on the inpatient child and adolescent behavioural health unit: A quality improvement study	Quantitatives Design USA	Zwangs- und Isolationsmassnahmen Preintervention: n = 10 Zwangs- und Isolationsmassnahmen Postintervention: n = 8 Alter: 6-17	Das Ziel der Studie war, die Zwangs- und Isolationsmassnahmen auf einer 14-Betten-Station für verhaltensbedingte Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen zu reduzieren – durch eine Qualitätsverbesserung basierend auf der Implementierung von drei Interventionsstrategien.	Die Implementierungen der drei Interventionsstrategien konnten die Zwangsmassnahmen am Studienort um 55 % verringern.	6

Referenz	Titel	Design und Methodik	Stichprobe	Studienziel	Zentrale Resultate	Evidenzlevel
Durchführungsort						
Ercole-Fricke et al. (2016)	Effects of a Collaborative Problem-Solving Approach on an Inpatient Adolescent Psychiatric Unit	Quantitatives, vergleichendes sowie quasi-experimentelles Design USA	Hospitalisationen Pre-intervention: n = 242 Hospitalisationen Postintervention: n = 322 Alter: 12–17	Das Ziel der Studie war, die Auswirkungen auf Zwangsmassnahmen, Vorfälle von Selbstverletzungen, die Dauer des Aufenthaltes und Beizug des Sicherheitspersonals durch die Implementierung der Collaborative problem-solving theory im Bereich der stationären Jugendpsychiatrie zu erforschen.	Die ohnehin schon tiefe Rate von Zwangsmassnahmen der Station verringerte sich weiter, sank jedoch nicht signifikant. Allerdings replizieren die Ergebnisse dieser Studie jene einer weiteren von Greene et al. (2006), in welcher es zu einer erheblichen Verringerung der Zwangsmassnahmen kam.	6
Magnowski und Cleveland (2020)	The Impact of Milieu Nurse–Client Shift Assignments on Monthly Restraint Rates on an Inpatient Child/Adolescent Psychiatric Unit	Quantitative retrospektive Studie USA	Teilnehmer:innen: n = 758 Alter: 5–18	Das Ziel der Studie war, die Auswirkungen von Milieu-Pflegenden und Patient:innen auf die monatlichen Zwangsmassnahmen zu vergleichen in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen.	Durch die Präsenz der Pflegenden und der Milieu-Pflegenden bietet sich eine Möglichkeit für eine konsistente Struktur, die eine frühzeitige Erkennung und Intervention von Krisen zeigt, aufgrund der weniger Fixierungen durchgeführt wurden.	6

Referenz	Titel	Design und Methodik	Stichprobe	Studienziel	Zentrale Resultate	Evidenzlevel
		Durchführungsort				
Reynolds et al. (2016)	Use of Modified Positive Behavioural Interventions and Supports in a Psychiatric Inpatient Unit for High-Risk Youths	Prospektive quantitative Studie USA	Männlich: n = 793 Weiblich: n = 456 Alter: 12,84–16,9	Das Ziel war, die Wirksamkeit der sechs Kernstrategien der National Association of State Mental Health Program Directors zu überprüfen – bei der Verringerung von Zwangsmassnahmen und Fixierungen bei Jugendlichen.	Zeigt, dass eine modifizierte positive Verhaltensintervention und -Unterstützung eine vielversprechende Intervention für den Einsatz ist, um Zwangsmassnahmen zu reduzieren.	6
Seckman et al. (2017)	Evaluation of the use of a sensory room on an adolescent inpatient unit and its impact on restraint and seclusion prevention	Quantitative Studie mit Pretest-Posttest-Design USA	Patient:innen, welche die Intervention nutzten: n = 65 Jugendumfrage: n = 89 Alter: 12–17	Das Ziel war, einen Sensory Room zu implementieren und dessen Auswirkungen auf Zwangs- und Isolationsmassnahmen, die Beziehung zwischen Personal und Patient:innen sowie das aggressive Verhalten der Patient:innen zu bewerten.	Der Vergleich zwischen den 6 Prä- sowie den 6 Post-Monaten ergab einen Rückgang von Zwangsmassnahmen um 26,5 % sowie einen Rückgang der Isolationen um 32,8 %.	6
Tebbett-Mock et al. (2020)	Efficacy of Dialectical Behaviour Therapy Versus Treatment as Usual for Acute-Care Inpatient Adolescents	Retrospektive Überprüfung USA	Teilnehmer:innen: n = 801	Ziel dieser Studie war die Bewertung von DBT im Vergleich zur üblichen Behandlung (TAU) bei Jugendlichen auf einer psychiatrischen Akutstation.	Signifikante Reduzierung von Zwangsbehandlungen und Fixierungen. Kostensparanalyse zeigte auch eine Kostensenkung für Personalzeiten.	6

Abbildung 3

Flow-Chart der Kategorien



4.2 Organisationsentwicklung

Mit der Organisationsentwicklung wird in bestehende Strukturen und Prozesse eingegriffen, die für die erfolgreiche Gestaltung eines Veränderungsprozesses notwendig sind. Die Zusammenarbeit in Teams wird insbesondere in innovativen Projekten intensiviert. Die überfachlichen sozialen Kompetenzen der Mitarbeiter:innen müssen verbessert werden. Teamentwicklung ist daher zu einem zentralen Thema der Organisationsentwicklung geworden. Darüber hinaus wird die abteilungs- und bereichsübergreifende Zusammenarbeit immer bedeutender. Auch die Unternehmensgrösse bei Betrieben oder Institutionen spielt in der Organisationsentwicklung eine zentrale Rolle. Dies betrifft vor allem die Ausdifferenzierung von Funktionen und Rollen. Weit weniger ausgeprägt ist dies bei Klein- und Mittelbetrieben, denn es lässt oft geringeren Spielraum für die innerorganisationalen Lernprozesse aufgrund der personellen Ressourcen. Im Hinblick auf die geringen personellen Ressourcen muss der Veränderungsprozess und der damit verbundene Beratungsprozess häufig unter zeitlichen Restriktionen erfolgen. Projekte erfordern eine bestimmte Organisationsform, um erfolgreich durchgeführt werden zu können. Hierbei sind

die Regeln und Normen, welche dazu beitragen sollen, dass die Zusammenarbeit zwischen den Projektbeteiligten sowie den anderen Mitgliedern der Organisation effizient verläuft, von grosser Bedeutung. Während der Bearbeitung eines Projekts durchläuft man spezifische Phasen, die als Problemlösungsprozess dargestellt werden können. (Schiersmann & Thiel, 2018). Drei der sieben inkludierten Studien haben sich mit Organisationsentwicklung befasst.

4.2.1 Collaborative problem-solving theory

Ercole-Fricke et al. (2016) untersuchten in ihrer Studie die Auswirkungen der Theorie «Collaborative problem-solving» (CPS) nach Dr. Ross Greene im Bereich der stationären Jugendpsychiatrie. In dieser Theorie wird davon ausgegangen, dass ein kognitives Defizit bei Jugendlichen mit deren Verhaltensstörungen zusammenhängt. Das Grundprinzip der CPS-Theorie basiert zudem auf dem Grundsatz nach Greene et al. (2006): «kids do well if they can» (Greene, 2006, zitiert nach Ercole-Fricke, 2016, S. 128). Zudem sind sich laut Greene et al. (2006) rund 90 % der Kinder und Jugendlichen in psychiatrischen Kliniken bewusst, dass aggressives Verhalten falsch ist. Als problematisch für die Wahl des Untersuchungsansatzes wird von den Forschenden genannt, dass im kinder- und jugendpsychiatrischen Setting strafende Konsequenzen als kulturell akzeptabel gelten. Bestrafende Konsequenzen resultieren aus Verhaltensformen, die von den Behandelnden als negativ bewertet werden.

Die Studie basiert auf einem quantitativen, vergleichenden und quasi-experimentellen Design mit retrospektiven Aspekten und erstreckte sich über einen Zeitraum von fünf Jahren.

Die Auswirkungen der implementierten CPS-Theorie mit nicht bestrafenden Interventionen wurden mit dem vorherigen Programm mit bestrafenden Strategien verglichen. Diesen Vergleich untersuchten die Forscher:innen mittels der Analyse der Daten aller entlassenen Patient:innen aus den Jahren 2008 und 2012. Dieser Zeitraum umfasst Patient:innen vor und nach der Einführung der CPS-Theorie auf der jugendpsychiatrischen Station. Die Daten der entlassenen Patient:innen sammelten die Forscher:innen durch das krankenhauseigene Informationssystem. Analysiert wurden Daten zu Zwangsmassnahmen, Vorfällen von Selbstverletzungen, zur Dauer des Aufenthaltes und Inanspruchnahme des Sicherheitspersonals. Die Studie beinhaltete auch eine Befragung des Personals, unter anderem durch anonyme Umfragen vor und nach der Schulung.

Die Patient:innen auf der Station, welche eine akute psychiatrische Behandlung benötigten, waren im Alter von 12 bis 17 Jahren. Diese Notwendigkeit setzt voraus, dass die Patient:innen zum Zeitpunkt des Klinikeintrittes nicht in der Lage waren, in der Gemeinschaft zu funktionieren. Die Rekrutierung der Patient:innen der Stichprobe erfolgte durch eine anonyme und retrospektive Auswahl aus den Patientenakten. Insgesamt waren $n = 242$ Patient:innen im Zeitraum vor und $n = 322$ im Zeitraum nach der Implementation hospitalisiert.

Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Rückgang der Bestrafungsstrategien und -techniken ($p = .001$). Eine Reduktion der Verhaltensweisen, die mit der Notwendigkeit von Zwangsmassnahmen verbunden waren, war ebenfalls messbar. Vor der Implementierung gab es $n = 25$ Episoden von Zwangsmassnahmen, danach $n = 17$. Darüber hinaus konnten signifikante Reduktionen der Selbstverletzungen ($p = .005$), der Aufenthaltsdauer ($p = .001$) und des Bedarfs an Sicherheitspersonal ($p = .001$) festgestellt werden.

Die ohnehin niedrige Rate an Zwangsmassnahmen der Station sank weiter, jedoch nicht signifikant. Die Ergebnisse dieser Studie stimmen jedoch mit denen einer anderen Studie von Greene et al. (2006) überein, in der eine signifikante Reduktion von Zwangsmassnahmen festgestellt wurde. Die in dieser Studie angewandten Modalitäten haben einen positiven Einfluss auf die Verhaltensergebnisse und sind daher ein Grund, CPS als Modell für Problemlösungsstrategien zwischen Erwachsenen und Kindern oder Jugendlichen in Betracht zu ziehen.

4.2.2 Milieu Nurse

Magnowski und Cleveland (2020) untersuchten in ihrer Studie die Auswirkungen von Milieupflege bei Patient:innen im kinder- und jugendpsychiatrischen Setting auf die monatlichen Zwangsmassnahmen. Die Ergebnisse wurden mit Patient:innen im kinder- und jugendpsychiatrischen Setting verglichen, welche Einzelpflege erhielten.

Nach Magnowski und Cleveland (2020) spielen Pflegende eine Schlüsselrolle bei der Reduktion von Zwangsmassnahmen, so dass die Implementierung von evidenzbasierten Massnahmen zu Zwangsmassnahmen sowohl die Qualität als auch die Sicherheit verbessern sollte. Zu diesem Zweck wurde das Konzept der Milieu-Pflege von drei Pflegefachpersonen umgesetzt. Von diesen mussten wiederum zwei Inhaber:innen eines Diploms in Pflege sein. Den Pflegefachpersonen wurden die Rollen ‹Task Nurse› bzw. ‹Milieu Nurse› zugewiesen. Die ‹Task Nurse› war für die Medikation und die

Sicherheitskontrollen zuständig, die «Milieu Nurse» wiederum für die Schaffung eines Milieus, das sich durch Struktur, Sicherheit, Beständigkeit und Empathie auszeichnet. Im Hinblick auf die anderen Daten gab es 2'893 Hospitalisierungstage während der Kontrollvariablen und 2'534 während der Intervention. Demnach waren im Durchschnitt weniger Patient:innen während der Durchführung der Intervention hospitalisiert. Ein interessantes Ergebnis bestand darin, dass es während der Interventionszeit mehr Hospitalisierungen gab, 372 während der Kontrollgruppe und 386 während der Interventionsphase. Dieses Ergebnis könnte sich direkt auf die Gesamtzahl der Hospitalisierungstage im Jahr 2017 ausgewirkt haben, da die Fluktuation in der Abteilung im Jahr 2017 aufgrund der höheren Anzahl an Aufnahmen höher war als im Jahr 2016. Die Patient:innen verbrachten deutlich weniger Zeit in Zwangsmassnahmen als in Interventionen. Insgesamt wurden 2'482 Minuten während der Kontrollvariablen und 151 Minuten während der Intervention verbracht.

Der Mann-Whitney-U-Test wurde monatlich durchgeführt. Die durchschnittliche monatliche Zwangshäufigkeit betrug 72,9 pro 1000 Hospitalisierungstage während der Kontrollvariablen und 7,5 pro 1'000 Hospitalisierungstage während der Intervention. Bei der Analyse der Daten in SPSS Version 24 ergab der Mann-Whitney-U-Test eine statistische Signifikanz zwischen dem Effekt der individuellen Schichtzuordnung zwischen dem Personal und Patient:innen (Median = 61,2, $n = 6$) sowie der Milieu-Pflegende und den Patient:innen (Median = 6,8, $n = 6$) auf die monatliche Zwangshäufigkeit, $U = .000$, $z = -2,88$, $p = .004$, $r = .83$.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Personalstrukturen in der Pflege optimiert werden können, um den Bedürfnissen der Patientengruppen gerecht zu werden, ohne die Organisationskosten zu erhöhen. Der Einsatz von Milieu-Pflegefachpersonen hat gezeigt, dass durch sie die Früherkennung und Frühintervention von Krisen ermöglicht wird.

Als ein kritischer Punkt wurde erwähnt, dass die Kontrollgruppe akuter war als die Interventionsgruppe und dass mehr Zwangsmassnahmen angewendet wurden. Es wird vermutet, dass ein Hawthorne-Effekt bei den Pflegefachpersonen hervorgerufen werden konnte, da sie gewusst haben, dass es sich um eine Reduktion handelt.

4.2.3 Implementierung von neuen Strukturen

Die Implementierung von sechs Kernstrategien der National Association of State Mental Health und deren Auswirkungen werden in der Studie von Azeem et al. (2017) dargestellt.

Die folgenden sechs Kernstrategien wurden umgesetzt: Organisatorische Veränderungen im Management, Nutzung von Daten als Grundlage für die Praxis, Personalentwicklung, Einsatz von Instrumenten zur Reduzierung von Zwangs- und Isolationsmassnahmen, Stärkung der Rolle der Patient:innen sowie Techniken zur Nachbesprechung. Ziel war zu überprüfen, ob dies zur Reduzierung von Zwangsmassnahmen sowie Fixierungen bei Kindern und Jugendlichen während eines psychiatrischen Aufenthaltes beiträgt.

In einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden 26 Betten ausgewählt bzw. eine Station mit 9 weiblichen Patientinnen, eine Station mit 9 männlichen Patienten und die dritte Station mit 8 gemischtgeschlechtlichen Betten. Das Alter der Patient:innen betrug zwischen 6 und 12 Jahren. Die Patient:innen wurden aufgrund verschiedener Einweisungsgründe aufgenommen. Die Studie wurde von Juli 2004 bis März 2007 durchgeführt. Während dieser Zeit blieben die jeweilige Anzahl der Aufnahmen und Entlassungen sowie die Patientenzahl weitgehend unverändert. Eine differenzierte Stichprobenstrategie wurde nicht benannt.

Zwischen Juli 2004 und März 2007 gab es insgesamt 458 stationäre Einweisungen. Davon benötigten 278 Patient:innen eine Zwangs- oder Isolationsmassnahme. In den ersten sechs Monaten der Umsetzung der sechs Grundstrategien gab es 93 Zwangs- oder Isolationsmassnahmen. Im Vergleich dazu waren es in den letzten sechs Monaten 31 Zwangs- oder Isolationsmassnahmen. Von gesamthaft 79 Patient:innen waren 51 freiwillig, 16 notfallmässig und 12 zwangsweise eingewiesen worden. Im Durchschnitt verbrachten die Kinder und Jugendlichen 70,6 Tage in der Klinik. Es bestand ein direkter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Vorfälle und der Aufenthaltsdauer; Patient:innen, die in drei oder mehr Vorfälle verwickelt waren, hatten eine längere durchschnittliche Aufenthaltsdauer (85 Tage) im Vergleich zu jenen, die in weniger als drei Vorfälle verwickelt waren (64 Tage).

Die Ergebnisse der Studie zeigen einen signifikanten Rückgang von Zwangs- und Isolationsmassnahmen in stationären psychiatrischen Einrichtungen durch die Umsetzung der sechs Kernstrategien. Die Studie zeigt in der Grafik, dass es im Jahr 2005 einen kurzen Anstieg der Zahlen für Zwangs- und Isolationsmassnahmen gab. Die Hypothese war, dass dieser relative Anstieg durch die psychosozialen Auswirkungen des Jahresurlaubs; durch einen bestimmten Patienten, der eine hohe Anzahl von Isolierungen und Fixierungen erforderte; und durch die Abwesenheit einiger wesentlicher Mitglieder des Lehrkörpers und des Managements während dieser Zeit erklärt werden könnte.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die sechs Kernstrategien über einen längeren Zeitraum zu einer Reduktion von Zwangs- und Isolationsmassnahmen führen können. Darüber hinaus zeigt die Studie die Notwendigkeit der Reduktion bis hin zur Abschaffung von Zwangs- und Isolationsmassnahmen auf.

4.3 Pflegeinterventionen

Nach Herdman et al. (2019) werden Pflegeinterventionen wie folgt definiert: «jede Behandlung, die eine Pflegefachperson auf Grundlage ihrer klinischen Beurteilung und ihres Wissens zur Verbesserung des Patient:innen-Outcomes durchführt» (Herdman et al., S. 69). Pflegefachpersonen können Pflegeinterventionen durch ihr Wissen selbstständig in diversen Pflegesettings durchführen oder auch im Rahmen weiterer Disziplinen der Gesundheitsversorgung als sogenannte interdisziplinäre Intervention (Herdman et al., 2019).

Eine weitere Vertiefung in den Bereich der Pflegeinterventionen gibt Hojdelewicz (2012). Die Pflegeplanung ist eine Handlungsorientierung bzw. Strategie für alle beteiligten Pflegefachpersonen und Gesundheitsdisziplinen, um das geplante Ziel und den damit einhergehenden Soll-Zustand zu erreichen (Hojdelewicz, 2012).

Die eingesetzten Pflegeinterventionen beziehen sich sowohl auf die vorhandenen Ressourcen der Patient:innen als auch die weiteren Bereiche von Ressourcen wie das Unterstützungspotenzial der Angehörigen, die verfügbaren finanziellen Mittel und die Möglichkeiten der institutionellen Einrichtung. Die Auswahl der Pflegeinterventionen erfolgt auf Grundlage der festgelegten Ziele. Pflegeinterventionen können spezifische Formen annehmen. Zum einen kann es sich um Interventionen handeln, welche die Patient:innen selbstständig ausführen können, zum anderen um Interventionen, die mit Unterstützung von Pflegefachpersonen durchgeführt werden können, wie auch um Interventionen im Sinne der Patient:innen, Interventionen zur Schulung und Anleitung der Patient:innen sowie abschliessend jene Interventionen, welche von Angehörigen übernommen werden (Hojdelewicz, 2012).

Von den sieben inkludierten Studien beinhalten vier Studien Pflegeinterventionen zur Prävention von Zwangsmassnahmen. Dabei handelt es sich um den Sensory Room, die Implementierung von Interventionsstrategien und zwei Studien zur Verhaltenstherapie.

4.3.1 Sensory Room

Die Studie von Seckman et al. (2017) zeigt den Implementierungsprozess eines Sensory Room auf einer psychiatrischen Station für Kinder und Jugendliche sowie dessen Auswirkungen auf Zwangs- und Isolationsmassnahmen, die Beziehung zwischen Personal und Patient:innen wie auch das aggressive Verhalten der Patient:innen. Sogenannte Sensory Rooms wurden in den letzten Jahrzehnten für eine Vielzahl menschlicher Bedürfnisse eingesetzt, beispielsweise für Menschen mit Entwicklungsstörungen oder für an Demenz erkrankte Personen. Das allgemeine Ziel von Sensory Rooms bezieht sich darauf, den Patienten oder die Patientin bei der Selbstregulation zu unterstützen. Sie sind auch unter der niederländischen Bezeichnung «Snoezle-Room» bekannt.

Seckman et al. (2017) wählten ein quantitatives Design mit einem Plan-Do-Check-Act (PDCA)-Modell sowie Prä-Post-Messungen, um die praktischen und qualitativen Aspekte eines neuen Sensory Room zu evaluieren. Der PDCA-Zyklus ist ein vierstufiges Modell für die Umsetzung von Veränderungen mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung. Die festangestellten Mitarbeiter:innen der Station wurden zu einer Schulung eingeladen, welche sowohl die Theorie des Sensory Room als auch die Grundsätze der Modulation, Richtlinien zur Durchführung und Erklärungen zur Nutzung der Geräte beinhaltete.

Die Patient:innen auf der Station mit akuten und chronischen psychiatrischen Erkrankungen sowie Verhaltensauffälligkeiten waren im Alter von 12 bis 17 Jahren. Im Jahr 2015 waren 74 % der Hauptdiagnosen der Patient:innen Stimmungsstörungen, 9 % Anpassungsstörungen, 5 % psychotische Störungen und weitere 5 % Verhaltens- und Trotzstörungen. Im Rahmen des Pilotversuchs nahmen $n = 65$ Patient:innen an Sitzungen im Sensory Room teil. Mit 56 % fanden die Sitzungen am häufigsten in der Abendschicht statt, gefolgt von 33 % in der Tagschicht und schliesslich 9 % in der Nachtschicht.

Innerhalb des Studienzeitraums traten 222 Patient:innen von der Station aus. Davon haben 40 % ($n = 89$) die Jugendumfrage ausgefüllt. Von allen Befragten gaben 40 % an, den Sensory Room genutzt zu haben ($n = 36$). Die Jugendumfrage zeigte einen marginalen Effekt auf ein verbessertes Sicherheitsgefühl auf der Station bei den Jugendlichen, die den Sensory Room genutzt haben ($p = .093$). Bezüglich der Qualität der Beziehung zwischen Personal und Patient:innen konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Die Items der Jugendumfrage wurden mit einer einseitigen Analysis of Variance (ANOVA) zwischen den Patient:innen analysiert. Die Antworten auf die offenen

Fragen wurden transkribiert und die Kommentare nach Themen bzw. Häufigkeit des Vorkommens analysiert.

Der Vergleich zwischen den 6 Prä- sowie 6 Post-Monaten ergab einen Rückgang sowohl der Zwangsmassnahmen um 26,5 % als auch der Isolationen um 32,8 %. Das Sicherheitsgefühl von Patient:innen und Personal hat sich zudem verbessert. Des Weiteren reduziert sich die Anzahl der Aggressionen durch Patient:innen um 16,4 %. Alle Arten von Aggression waren rückläufig, mit Ausnahme der Sachbeschädigung, die um 23,6 % zunahm. Auch nahm die Dauer der Fixierungen um 17 % bzw. die der Zwangsmassnahmen um 31 % zu. Dieser Anstieg kann zum Teil auf die Identifizierung einzelner Jugendlicher zurückgeführt werden, bei denen Zwangs- und Isolationsmassnahmen gehäuft angewendet wurden.

Die Ergebnisse zeigen gemischte und positiv einzuschätzende Resultate. Insgesamt kann die Intervention als vielversprechend im Hinblick auf das subjektive Gefühl der Bedrängnis bei Patient:innen sowie auf das allgemeine Sicherheitsgefühl bei Patient:innen und Personal angesehen werden. Zudem fördert der Sensory Room die Selbstbestimmung der Patient:innen.

Der Rahmen der Studie war insgesamt klein. Es handelte sich um eine einzelne Einrichtung sowie um eine geringe Anzahl teilnehmender Patient:innen.

4.3.2 Implementierung von Interventionsstrategien

Die Studie von Eblin (2019) war eine Studie zur Qualitätsverbesserung. Genannt wurde hier, dass Kinder- und jugendliche Patient:innen häufiger von Zwangs- und Isolationsmassnahmen betroffen sind im Vergleich zu erwachsenen Patient:innen. Dadurch entwickelten die Forschenden das Ziel, die Zwangs- und Isolationsmassnahmen auf einer Station mit 14-Betten für verhaltensbedingte Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen zu reduzieren. Das Ziel des Krankenhauses bezieht sich darauf, keine Zwangsmassnahmen mehr anzuwenden. Die Studie basierte zudem auf der Implementation verschiedener Interventionsstrategien. Diese beinhalten einen Algorithmus zur Entscheidungsfindung für die Einleitung von Zwangsmassnahmen, Pläne zur Verhaltensänderung bei Patient:innen mit einem bestehenden Risiko für den Einsatz von Zwangsmassnahmen sowie ein Nachbesprechungstool für Patient:innen, bei welchen es zu einer Zwangsmassnahme gekommen ist. Vor der Implementierung nahm das Personal der Station an drei einstündigen Schulungen teil, wobei die Teilnahme jeweils optional war. Vom Personal haben 90 % teilgenommen. Die Schulungen beinhalteten Standards

der Joint Commission (JC) und der Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) bezogen auf Zwangs- und Isolationsmassnahmen, Statistiken der Station vor der Intervention, Anweisungen zur Durchführung der einzelnen Massnahmen, einen Zeitplan für die Massnahmen und Ziele für die Qualitätsverbesserungsstudie. Nach der Implementierung dieser Interventionsstrategien wurden die Daten über einen Zeitraum von drei Monaten gesammelt. Dies geschah in erster Linie anhand von elektronischen Patientenakten und Papierakten.

Die Patient:innen auf der Station waren im Alter zwischen 6 und 17 Jahren. Zu den häufigsten psychischen Störungen der Patient:innen gehörten: Gemütsstörungen, Angststörungen, neurologische Entwicklungsstörungen, Essstörungen, trauma- und stressbedingte Störungen, Impulskontrollstörungen und Verhaltensstörungen. Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Patient:innen war 14 Jahre. An der Studie nahmen 58 % weibliche, 24 % transgener und 18 % männliche Patient:innen teil.

Beim Vergleich der Daten, die drei Monate nach der Intervention erhoben wurden, mit jenen vor der Intervention konnten folgende Veränderungen festgestellt werden: Durch die Implementierung der drei Interventionsstrategien konnten die Zwangsmassnahmen am Studienstandort um 55 % reduziert werden. Vor der Implementierung fanden 36 Episoden von Zwangs- und/oder Isolationsmassnahmen bei 10 Patient:innen statt. Danach kam es bei 9 Patient:innen zu 17 Episoden von Zwangs- und/oder Isolationsmassnahmen. Zudem reduzierte sich die durchschnittliche Dauer der Zwangs- und Isolationsmassnahmen von 69 auf 49 Minuten pro Episode, was einer prozentualen Reduktion der durchschnittlichen Dauer um 29 % entspricht. Die durchschnittliche Anzahl von Zwangsmassnahmen und Isolationen betrug vor der Intervention 3,07 %, nach der Intervention 1,37 %. Die prozentuale Nutzung der einzelnen Interventionsstrategien bei den in Frage kommenden Patient:innen belief sich auf folgende Zahlen: Das Nachbesprechungstool wurde bei 58 % der Patient:innen genutzt, der Algorithmus zur Entscheidungsfindung wurde bei 94 % der Patient:innen angewendet, und 55 % der Patient:innen erhielten Pläne zur Verhaltensänderung. Die Interventionsstrategien waren für das Personal leicht umzusetzen. Eine Limitation des Nachbesprechungstools bezieht sich darauf, dass es bei jenen Patient:innen mit Autismus-Spektrum-Störungen nicht verwendet werden kann, die nicht sprechen können.

Obwohl die Umsetzung der Interventionsstrategien die Anzahl der Zwangsmassnahmen und deren Dauer erfolgreich reduziert hat, sind weitere Anstrengungen zur

Qualitätsverbesserung notwendig – insbesondere um das Ziel des Krankenhauses (‹null Zwangsmassnahmen›) zu erreichen.

In der Studie nicht genannt wurde die genaue Anzahl der teilnehmenden Patient:innen, bei denen eine oder mehrere der Interventionsstrategien angewendet wurden. Zudem wurde die Studie, wie auch die zuvor beschriebenen Studien, nur in einer einzelnen Einrichtung durchgeführt.

4.3.3 Verhaltenstherapie

In den Studien von Tebett-Mock et al. (2020) und Reynolds et al. (2016) wurde jeweils eine Variante der Verhaltenstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie implementiert.

Tebett-Mock et al. (2020) implementierten die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) und verglichen sie mit der üblichen Behandlung auf einer psychiatrischen Akutstation. Bei der DBT handelt es sich um eine evidenzbasierte Behandlung, die sich unter anderem direkt auf die Themen ‹Suizidalität› und ‹Selbstverletzung› bezieht. Durchgeführt wurde eine retrospektive Analyse der Patientenakten sowohl von Kindern und Jugendlichen, die eine stationäre DBT erhielten (n = 425), sowie einer historischen Kontrollgruppe, die vor der DBT in derselben Einrichtung behandelt worden war (n = 376). Die Teilnehmer:innen waren zwischen 12 und 17 Jahren alt.

Sowohl c²-Tests als auch ein t-Test wurden als vorläufige Analysen durchgeführt, um Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich Diagnose, Geschlecht und Alter zu untersuchen. Für die Analyse der Ergebnisse wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet, da es sich hierbei um einen nichtparametrischen Test handelt, mit dem Unterschiede zwischen zwei unabhängigen Gruppen gemessen werden, wenn die abhängigen Variablen zwar kontinuierlich, aber nicht normal verteilt sind.

Die Zwangsmassnahmen waren signifikant niedriger bei Patient:innen, die DBT erhielten (Median = 0), im Vergleich zu Patient:innen, bei denen die übliche Behandlung angewendet wurde (Median = 0) (U = 76923,5, p = .01) – mit einer kleinen Effektgrösse von 0,09. Ein statistisch signifikanter Unterschied wurde für die Anwendung der Isolation nicht gefunden.

Die deskriptiven Statistiken zeigen, dass es sowohl weniger Krankenhaustage als auch Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung bei Patient:innen gab, die DBT erhalten hatten (Mittelwert = 8,36 bzw. 0,07), verglichen mit jenen, bei denen die übliche Behandlung realisiert worden war (Mittelwert = 10,74 bzw. 0,09).

Die Studie ergab sowohl einen klinischen als auch finanziellen Nutzen. Die Implementierung von DBT in die Akutversorgung von psychiatrisch hospitalisierten Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen Diagnosen sollte demnach unterstützt werden. Darüber hinaus zeigt die Studie, dass DBT – einschliesslich umfassender Behandlung und Schulung des Personals – in ähnlichen Situationen und Settings durchgeführt werden kann. Weitere Forschung zur DBT ist – angepasst an die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie – aufgrund der entsprechenden Ergebnisse dringend erforderlich. Randomisierte kontrollierte Studien sollten daher durchgeführt werden. Angesichts der begrenzten Literatur in diesem Bereich existiert eine Reihe bedeutender Bereiche für weitere Studien.

Die prospektive quantitative Studie von Reynolds et al. (2016), in der Daten von Januar 2010 bis Juni 2014 erhoben wurden, zeigt, dass eine Positive Behavioral Intervention and Support (PBIS) in einer akutpsychiatrischen Abteilung funktionieren kann. Die Abteilung hatte durchschnittlich 420 Aufnahmen pro Jahr und eine Bettenauslastung von ca. 82 %. Die Stichprobe war nicht randomisiert.

Die Anzahl der Isolationen und Zwangsmassnahmen, die durchschnittliche Dauer der Ereignisse und der Prozentsatz der Patient:innen, die sich in Zwangsmassnahmen oder Isolation befanden, wurden reduziert. Die durchschnittliche Anzahl der Zwangsmassnahmen sank von $n = 1,49$ auf $n = .73$. Darüber hinaus gab es eine signifikante Reduktion der Pro-re-nata (PRN)-Medikation zur Behandlung von Agitation ($n = 223$).

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass modifizierte positive Verhaltensinterventionen bzw. die entsprechende Unterstützung eine vielversprechende Intervention für den Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sein könnten, um Zwangsmassnahmen und PRN-Medikation zu reduzieren. Schliesslich unterstreichen diese Resultate die Notwendigkeit einer zukünftigen randomisierten klinischen Studie, um die Effektivität und Effizienz der modifizierten PBIS in anderen stationären Einrichtungen zu testen. Eine solche Reduzierung kann dazu beitragen, die emotionalen und physischen Schäden für die Patient:innen und möglicherweise auch die Atmosphäre auf der Station bzw. zwischen dem Personal zu verbessern.

Diese beiden Studien sowie die Studien von Tebbett-Mock et al. (2020) und Reynolds et al. (2016) zeigen, dass Verhaltenstherapie in der Akutphase zu einer Reduktion von Zwangsmassnahmen führen kann.

5. Diskussion

In diesem Kapitel wird die Güte der sieben inkludierten Studien eingeschätzt.

Anschliessend werden deren Ergebnisse entlang einer kritischen Auseinandersetzung zusammengefasst, interpretiert und diskutiert. Wie bereits der Ergebnisteil wird auch die Diskussion in die beiden Kategorien ‹Organisationsentwicklung› und ‹Pflegeintervention› unterteilt, die in Abbildung 3 dargestellt sind. Die jeweiligen Interventionen werden bezogen auf ihre Ergebnisse verglichen und diskutiert, womit die Fragestellung dieser Arbeit beantwortet wird. Darüber hinaus werden weiterführende Inputs diskutiert.

5.1 Einschätzung der Güte der Studien

Alle Studien sind anhand des Formats ‹Einleitung, Methode, Ergebnis, Diskussion› (EMED) gegliedert. Keine der Studien wurde durch eine Ethikkommission geprüft. Die Studien von Eblin (2019), Magnowski und Cleveland (2020) und Reynolds et al. (2016) haben von internen Prüfungsausschüssen sowie Gremien Genehmigungen erhalten. Bei Seckman et al. (2017) wurde der Bau des Sensory Room durch private institutionelle Mittel unterstützt, was von der übergeordneten Einrichtung genehmigt wurde. Alle Studien beschreiben einen weiteren Forschungsbedarf. In den folgenden Abschnitten wird vertieft auf die quantitativen Gütekriterien ‹Objektivität›, ‹Reliabilität› und ‹Validität› nach Bartholomeyczik et al. (2008), Döring und Bortz (2016), Gray und Grove (2021) sowie Polit und Beck (2021) eingegangen, da in allen sieben inkludierten Studien ein quantitativer Ansatz angewendet wurde.

Objektivität

Das gewählte Design des quantitativen Ansatzes ist in allen Studien passend gewählt. Die Studien können als generell nachvollziehbar und logisch angesehen werden. Einzig bei der Studie von Magnowski und Cleveland (2020) ist der Ergebnisteil zwar im Fliesstext präzise dargestellt, liest sich jedoch teils unverständlich und unübersichtlich. Keine der Studien beinhaltet konkrete Forschungsfragen. In allen werden jedoch Forschungsziele benannt. Die Beziehungen zwischen den Patient:innen und den Forschenden ist jeweils deklariert. Die Forschenden hatten jeweils keinen erkennbaren Einfluss auf die Studie und deren Resultate. Die gewählten Messinstrumente aller Studien zeichnen sich durch ihre Validität aus und sind evidenzbasiert. Limitationen und mögliche Störvariablen sind jeweils genannt. In keiner Studie wird hingegen das Forschungsteam differenziert aufgezeigt. Es ist demnach nicht ersichtlich, wie viele Mitarbeitende involviert waren und ob diese intern

oder extern einbezogen wurden. Um die Objektivität weiter zu verstärken, wären diese Informationen wertvoll.

Reliabilität

Anhand der Einschätzung der Autorinnen sind alle Studien unter stabilen Bedingungen reproduzierbar, womit es möglich wäre, dass bei erneuter Durchführung die gleichen Ergebnisse erzielt werden. Die Interventionen werden in allen Studien differenziert beschrieben. In der Studie von Ercole-Fricke et al. (2016) hätte die Implementierung allerdings noch genauer beschrieben werden können im Hinblick auf eine bessere Verständlichkeit. Die gewählten Messinstrumente sind valide und zeigen die Genauigkeit sowie die Zuverlässigkeit der jeweiligen Information auf. Mehrheitlich wurden retrospektive Ansätze gewählt.

Validität

Der theoretische Bezugsrahmen sowie die Konzeptdefinitionen sind in allen Studien gegeben. Die Konstruktvalidität ist durch unklare definierte Konzepte oder Messinstrumente anhand der Einschätzung der Autorinnen nicht gefährdet. In allen Studien wurde die Realität der Ergebnisse wiedergegeben und durch mögliche externe Variablen erklärt. Ein Hawthorn-Effekt könnte in der Studie von Magnowski und Cleveland (2020) vorhanden sein. In den Studien von Eblin (2019) und Seckman et al. (2017) sind die Stichproben aufgrund der geringen Anzahl an Patient:innen ungenügend. In den Studien von Eblin (2019), Ercole-Fricke et al. (2016), Reynolds et al. (2016), Seckman et al. (2017) und Tebbett-Mock et al. (2020) werden im Ergebnissteil jeweils die Resultate in Prä- und Postintervention dargestellt, was positiv auffällt. So ist jeweils die Grösse der Interventions- und der Kontrollgruppe ersichtlich. Die Studie von Azeem et al. (2017) fällt hinsichtlich der Stichprobe negativ auf, da bekannt ist, dass die sechs Kernstrategien über drei Jahre verfolgt wurden und in dieser Zeit eine Reduktion von Zwangs- und Isolationsmassnahmen festgestellt werden konnte. Allerdings könnte die Studie mit früheren Daten noch deutlicher zeigen und somit bestätigen, dass die Reduktion kein Zufall war. Magnowski und Cleveland (2020) zeigen, die Implementierung der Mileu-Pflegenden im Jahr 2016 mit der dazugehörigen Stichprobe. Allerdings kritisieren sie selbst, dass die retrospektiven Daten, die sie einbeziehen wollten, nur bis 2002 reichen und für Führungskräfte zugänglich sind. Eine Sample-Size-Calculation ist in den Studien jeweils nicht ersichtlich. Auch ein zu realisierender Stichprobenumfang ist nicht

angegeben. Wiederum das Studiendesign trug bei allen Studien dazu bei, dass die Studienziele erreicht werden konnten.

Insgesamt weisen alle Studien Schwächen auf, tragen aber dennoch zur Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit bei.

5.2 Zusammenfassung und Diskussion anhand der Fachliteratur

Alle Studien der Kategorie «Pflegeintervention» zeigen Untersuchungen zu verschiedenen Pflegeinterventionen im kinder- sowie jugendpsychiatrischen Setting und sind darüber hinaus auf andere psychiatrische Settings adaptierbar.

Alle Ergebnisse der inkludierten Studien in der Kategorie «Pflegeintervention» zeigen einen positiven Effekt auf die Anwendung von Zwangs- und Isolationsmassnahmen. In allen Studien konnte eine Reduktion festgestellt werden, was jedoch nicht in allen Studien signifikant war.

Die Studie von Seckman et al. (2017) zeigt einen Anstieg der Dauer von Fixierungen um 17 % und der Zwangsmassnahmen um 31 %. Diesbezüglich konnten einzelne Jugendliche identifiziert werden, auf die dieser Anstieg zurückzuführen ist. Im Vergleich dazu zeigen die Studien von Eblin (2019) und Reynolds et al. (2016) eine Reduktion der Dauer von Zwangs- und Isolationsmassnahmen. In der Studie von Tebbett-Mock et al. (2020) werden keine Angaben zur Veränderung der Dauer gemacht.

Seckman et al. (2017) zeigten in ihrer Studie zudem eine Verbesserung des Sicherheitsgefühls von Patient:innen und Personal auf der Station durch die Implementierung des Sensory Room. Ein weiterer Vorteil im Vergleich zu anderen Interventionen ist, dass der Sensory Room auch die Selbstbestimmung der Patient:innen fördert. Diese Selbstbestimmung zeigt sich dadurch, dass die Patient:innen durch Eigeninitiative eine Sitzung im Sensory Room anfordern können.

Die Studie von Eblin (2019) benennt zudem als einzige Studie explizit, dass sie auch 24 % transgener Patient:innen inkludiert haben.

Die Stichproben der Studien liegen alle zwischen 12 und 17 Jahren. Eine Ausnahme bildet die Untersuchung von Eblin (2019), in die bereits Jugendliche ab 6 Jahren bis 17 Jahren inkludiert worden sind. In allen Studien mit Pflegeinterventionen wurde das Personal in der Anwendung der Interventionen geschult.

Eine Limitation aller Studien besteht darin, dass sie jeweils nur in einer einzelnen Einrichtung durchgeführt wurden. Zudem unterscheiden sich die Studien stark in der Beschreibung der Stichprobe. In der Studie von Seckman et al. (2017) wird benannt, wie viele Patient:innen die Intervention nutzten und wie viele an der Jugendumfrage teilnahmen. Im Vergleich dazu zeigt beispielsweise die Studie von Reynolds et al. (2016) auf, wie viele Patient:innen insgesamt hospitalisiert waren.

Alle Studien zeigen vielversprechende Pflegeinterventionen zur Reduktion von Zwangs- und Isolationsmassnahmen. Ebenfalls alle Studien empfehlen jedoch auch weitere Anstrengungen bezogen auf diese Forschungsthematik. Tebbett-Mock et al. (2020) empfehlen in ihrer Studie darüber hinaus spezifisch für ihre Intervention weitere Forschung zur DBT im stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Setting.

Die Studien der Kategorie Organisationsentwicklung zeigen insgesamt eine messbare Die Studien der Kategorie «Organisationsentwicklung» zeigen insgesamt eine messbare Reduktion von Zwangs- und Isolationsmassnahmen im psychiatrischen Kinder- und Jugendbereich. Jedoch ist die Signifikanz nicht in allen Studien gegeben. Im Vergleich zur zuvor beschriebenen Kategorie der «Pflegeintervention» greifen diese Interventionen zwar direkt in die Strukturen und Abläufe der einzelnen Stationen ein, sind aber dennoch auf die Mitwirkung der einzelnen Pflegefachpersonen angewiesen. Nach Magnowski und Cleveland (2020) kommt den Pflegefachpersonen eine Schlüsselrolle bei der Reduktion von Zwangsmassnahmen zu. Darüber hinaus braucht es aber auch organisatorische Veränderungen im Management – gemäss der Studie von Azeem et al. (2017). Dabei handelt es sich um eine der sechs Schlüsselstrategien, die in der Studie identifiziert werden.

Alle untersuchten Interventionen hatten auch einen positiven Output im Hinblick auf die Dauer der Hospitalisation, die in allen Studien reduziert wurde.

Nach Magnowski und Cleveland (2020) können darüber hinaus durch die Implementierung von evidenzbasierten Massnahmen neben der Anzahl der Zwangsmassnahmen auch die Qualität und die Sicherheit der Station verbessert werden.

Das Alter der Stichprobe ist in allen Studien zur Organisationsentwicklung unterschiedlich. Die jüngsten Patient:innen, welche ebenfalls auch die jüngste Stichprobe der gesamten Bachelorarbeit darstellen, sind in der Studie von Magnowski und Cleveland (2020) mit dem Alter von 5 bis 18 Jahren zu finden. Hingegen umfasst die Studie von Azeem et al.

(2017) Patient:innen im Alter von 6 bis 12 Jahren bzw. die von Ercole-Fricke et al. (2016) jene zwischen 12 und 17 Jahren. Auch in diesen Studien erhielt das Personal spezifische Schulungen zu den Interventionen. In allen Studien ist die Einstellung des Personals zum Erlernen neuer Fähigkeiten als positiv zu bewerten.

Die Limitationen der Organisationsentwicklung entsprechen denen der Pflegeintervention. Auch hier wurden die Studien jeweils nur in einer einzelnen Einrichtung durchgeführt. Die Beschreibung der Stichproben war hingegen einheitlich. In allen drei Studien wird benannt, wie viele Patient:innen hospitalisiert waren. Ein Unterschied zeigt sich jedoch im Sprachgebrauch. In der Studie von Magnowski und Cleveland (2020) wird von Teilnehmer:innen und Klient:innen gesprochen, während in allen anderen Studien der Wortlaut «Patient:in» benutzt wurde. Im Hinblick auf die Einheitlichkeit in dieser Bachelorarbeit wurden im Ergebnisteil die Begriffe «Patient» und «Patientin» verwendet.

Auch die Interventionen der Organisationsentwicklung sind vielversprechend, um Zwangs- und Isolationsmassnahmen zu reduzieren und kohärente Strukturen zu schaffen, die eine frühzeitige Krisenerkennung und -intervention ermöglichen (Magnowski & Cleveland, 2020). Weitere Forschung wird empfohlen.

5.3 Bezug zum theoretischen Hintergrund

Anhand des EBN-Modells nach Rycroft-Malone et al. (2004), welches im Abschnitt 2.2 näher erläutert wurde, wird nun der Theorie-Praxis-Transfer hergeleitet.

5.3.1 Forschung

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten sieben Studien identifiziert werden, in denen präventive Massnahmen zur Reduktion von Zwangsmassnahmen bei Kindern und Jugendlichen thematisiert werden (Azeem et al., 2017; Eblin, 2019; Ercole-Fricke et al., 2016; Magnowski & Cleveland, 2020; Reynolds et al., 2016; Seckman et al., 2017; Tebbett-Mock et al., 2020) Alle Publikationen stammen aus den USA, wiederum keine ist Europa oder speziell der Schweiz zuzuordnen. Die Interventionen der sieben Studien sind allerdings auf das psychiatrische Setting in der Schweiz adaptierbar. In den Studien wurden jeweils Interventionen durchgeführt, deren Wirksamkeit jedoch nicht eindeutig belegt ist. Dies weist auf einen umfassenden Forschungsbedarf hin. In weiteren Vorhaben könnten einzelne Interventionen – insbesondere im Schweizer Kontext – bestätigt oder widerlegt werden. Auffallend ist auch, dass in der Forschung zu Zwangsmassnahmen Kinder und Jugendliche gleichgesetzt werden bzw. es sich nicht um einzelne Studien bezogen auf verschiedene Lebensphasen handelt.

Fragen zu weiterführender Forschung, die sich aus den bearbeiteten Studien ergeben, liegen zum einen im spezifischen Bereich der <DBT>. Die Studie von Tebbett-Mock et al. (2020) empfiehlt weitere Forschung zur DBT speziell im stationären Setting der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In der Studie von Eblin (2019) wurde erkannt, dass nicht alle Inhalte ihrer implementierten Interventionsstrategien für sämtliche Patient:innen passend sind. Nicht angewendet werden kann z. B. das Nachbesprechungstool bei jenen Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem Autismus-Spektrum, die nicht sprechen können. Diese Erkenntnis könnte ebenfalls als Basis dienen für eine vertiefte Forschung bezogen auf die Prävention von Isolations- und Zwangsmassnahmen bei Kinder- und jugendlichen Patient:innen mit Erkrankungen aus dem Autismus-Spektrum.

5.3.2 Expertise der Pflegefachpersonen

In den sieben inkludierten Studien werden die Expertisen des Pflegefachpersonals in Bezug auf die jeweiligen Präventionsmassnahmen dargestellt. Die Pflegefachpersonen wurden entsprechend der Interventionen geschult, und diese wurden anschliessend implementiert.

Darüber hinaus sind Pflegefachpersonen nach Schneider (2008) zunehmend gefordert, die Wirkung und den Nutzen ihres Handelns am Patienten bzw. an der Patientin nachweisen müssen. Diesbezüglich wird immer mehr Effizienz und Effektivität gefordert. Durch die gesellschaftliche Digitalisierung erlangen Patient:innen leicht Informationen und fordern von den Pflegefachpersonen eine professionelle Auseinandersetzung mit diesem Wissen. Pflege hat jedoch nicht nur mit klinischer Evidenz zu tun. Kugler (2008) sagt dazu: «Pflege hat viel mit Tradition, Erfahrung, Routine und Intuition zu tun. Diese Merkmale sind sehr wertvoll und können nie durch klinische Evidenz ersetzt werden, sehr wohl jedoch sinnvoll ergänzt» (Kugler, 2008, S. 26).

Im Hinblick auf die Prävention von Isolation- und Zwangsmassnahmen kann dies ebenfalls übernommen werden. Insbesondere bei den vorgestellten Pflegeinterventionen ist die Expertise der Pflegefachpersonen gefragt. Denn diese müssen erkennen, bei welchen Patient:innen die Interventionen angewendet werden sollten und wann der passende Zeitpunkt dafür ist. Die Pflegefachpersonen arbeiten so eng mit den Patient:innen zusammen wie fast keine andere Berufsgruppe im psychiatrischen Setting. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, dass sie erkennen, wann das Potenzial für eine Fremd- oder Selbstgefährdung steigt, um anschliessend frühzeitig und mit ausreichendem Gespür für die Situation und Empathie die passende Intervention einleiten zu können. Diese

Expertise kann den Erfolg der Prävention weiter beeinflussen. Erfahrenes Personal kann zudem den Prozess beruhigen.

Auch die von Kugler (2008) beschriebene Intuition spielt eine Rolle. Denn Interventionen – beispielsweise bezogen auf die Pläne zur Verhaltensänderung bei Patient:innen mit einem bestehenden Risiko für den Einsatz von Zwangsmassnahmen von Eblin (2019) – können durch die Intuition von Pflegefachpersonen eingeleitet werden. Ein Beispiel hierfür wäre, dass ein Patient oder eine Patientin keine für alle ersichtlichen Risikofaktoren im Hinblick auf den Einsatz von Zwangsmassnahmen aufweist, eine erfahrene Pflegefachperson jedoch aufgrund ihrer Intuition den Einsatz eines Plans zur Verhaltensänderung als sinnvoll erachtet. Für ein positives Ergebnis ist die Einbeziehung der Expertise von Pflegefachkräften demnach unerlässlich.

5.3.3 Präferenz und Expertise der Patient:innen

In den sieben eingeschlossenen Studien wird nicht aufgezeigt, ob die Präferenzen der Patient:innen hinsichtlich der Reduzierung von Zwangs- und Isolationsmassnahmen berücksichtigt wurden. Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass sich nicht alle Patient:innen freiwillig in psychiatrische Behandlung begeben. Seckman et al. (2017) beschreibt, dass die Patient:innen nach der Implementierung des Sensory Room auch auf Eigeninitiative eine Sitzung in diesem anfordern konnten. In den restlichen sechs Studien hatten die Patient:innen allerdings keinen Einfluss auf die stattgefundenen Interventionen. Die in den Studien beschriebenen Massnahmen basieren vor allem auf der Organisationsentwicklung, die das Management und weniger die Patient:innen betrifft. Ebenso werden die pflegerischen Interventionen durch die Weiterbildung des Pflegepersonals in verschiedenen Therapien und Gesprächsstrategien gefördert. Die Patient:innen haben somit wenig bis gar nichts zur eigenen Präferenz beizutragen.

Grundsätzlich dürfen die Patient:innen jedoch jede Pflegeintervention auch ablehnen. Beispielsweise können sie die Nachbesprechung der Zwangsmassnahme – wie im Nachbesprechungstool von Eblin (2019) vorgesehen – auch verweigern. Es obliegt dann den Pflegefachpersonen, die Patient:innen über die Chancen des Tools genügend aufzuklären. Die Ablehnung kann vor allem bei pflegerischen Interventionen erfolgen. Bei den Interventionen der Organisationsentwicklung kann eine Ablehnung jedoch nur bedingt funktionieren. Beispielsweise kann ein einzelner Patient oder eine einzelne Patientin die Intervention der Milieu Nurse von Magnowski und Cleveland (2020) nicht ablehnen, da diese die Struktur der Station betrifft.

Im kinder- und jugendpsychiatrischen Setting darf zudem die Expertise der Erziehungsberechtigten nicht vergessen werden. Auch diese stellen eine bedeutende Ressource dar, die den Prozess positiv beeinflussen kann. In den meisten Fällen kennen die Erziehungsberechtigten ihr Kind sehr gut, haben bereits Erfahrungen mit den Präferenzen des Kindes oder der jugendlichen Person gesammelt und können dies dem Behandlungsteam mitteilen.

5.3.4 Lokaler Kontext

Die Interventionen der inkludierten Studien wurden alle in einem psychiatrischen Setting durchgeführt. Der Unterschied im Schweizer Kontext besteht darin, dass Kinder und Jugendliche ab einem gewissen Alter auf separaten Abteilungen sind. Diesbezüglich zeigen die Studien keine konkreten Rahmenbedingungen. Es wird deutlich, dass ein Budget sichergestellt werden muss, um das Personal intensiv zu schulen oder Gadgets für die Interventionen zu kaufen, beispielsweise bezogen auf die Intervention des Sensory Room von Seckman et al. (2017). Die gewählte Intervention kann anschliessend wiederum langfristig kostensenkend wirken. Da die Studien alle aus den USA stammen, wurde in den Studien die Herkunft der Patient:innen bzw. die Aufenthaltsdauer sowie in einigen Studien die Dauer der Zwangsmassnahme oder -Isolation aufgezeigt. Epidemiologische Daten der Schweiz in Zusammenhang mit Zwangsmassnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie fehlen, dabei sind die Dokumentationen elementar in Bezug auf weitere Forschung. In den Studien sind die Pflegefachpersonen sowie die dazugehörigen interdisziplinären Teams geschult worden, um das Know-how zu gewährleisten. Die geistige Gesundheit von Jugendlichen wird in der Schweiz immer mehr thematisiert. Dies zeigt sich in den Kampagnen der Pro Juventute. Denn in der Schweiz ist das Thema «Psychiatrie» nach wie vor tabuisiert, so dass die Unterstützung auf politischer, gesellschaftlicher und kultureller Ebene ein grösseres Potenzial hätte.

5.4 Beantwortung der Forschungsfrage

Die Forschungsfrage kann wie folgt beantwortet werden: Anhand der vorliegenden quantitativen Studien konnten verschiedene Interventionen identifiziert werden, deren Implementierung zu einer Reduktion von Zwangsmassnahmen führen kann. Die Interventionen lassen sich dabei in zwei Gruppen einteilen. Diesbezüglich zeigt sich, dass neben den Pflegeinterventionen auch organisatorische Veränderungen zur Förderung der Struktursicherheit sowie der Stabilität stattfinden sollten, wie unter anderem in der Studie von Magnowski und Cleveland (2020) gezeigt wird. Die Bedeutung der Reduktion von

Zwangsmassnahmen wird in allen Studien hervorgehoben. Das Risiko von Spätfolgen, die zur Entstehung von Traumata, zu Demütigungen, psychischen Belastungen, körperlichen Verletzungen oder sogar Todesfällen führen, benennen die Forscher:innen der Studie Eblin (2019).

Grundsätzlich ist die Beantwortung der Forschungsfrage der vorliegenden Bachelorarbeit nicht ohne weiteres möglich, was auf die derzeit noch fehlende Evidenz aus der Forschung zurückzuführen ist.

5.5 Limitation der eigenen Bachelorarbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit weist eine Reihe von Einschränkungen auf. Die Literaturrecherche wurde von August bis Dezember 2022 durchgeführt, was einen kurzen Zeitraum darstellt bzw. dazu geführt haben kann, dass relevante Publikationen übersehen wurden. Die bearbeiteten Studien weisen zudem eine geringe Evidenz auf bzw. befinden sich auf der untersten Evidenzstufe. Zudem stammen alle Studien aus den USA, was die Übertragbarkeit auf Europa oder die Schweiz erschwert. Die Gesundheitssysteme unterscheiden sich ebenso wie die Einteilung der Altersgruppen. Hier zeigt die USA, dass Kinder und Jugendliche auf einer Station betreut werden, im Gegensatz zur Schweiz, die Kinder und Jugendliche stationär trennt. Aufgrund der wenigen Publikationen der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung konnten zwar verschiedene Interventionen gefunden werden, jedoch wurde bisher keine durch eine weitere Studie bestätigt oder belegt.

6. Praxistransfer

In diesem Kapitel werden basierend auf den Erkenntnissen der vorliegenden Bachelorarbeit Empfehlungen für die Praxis sowie die Forschung abgeleitet.

6.1 Empfehlungen für die Praxis

Die Relevanz der Ergebnisse für die Praxis wird als hoch eingeschätzt. Alle Interventionen sind auch auf anderen psychiatrischen Stationen adaptierbar.

Es wird empfohlen, Anstrengungen in die Umsetzung von Interventionen zu investieren, die eine präventive Wirkung auf Zwangsmassnahmen und Isolationen haben. Der Artikel von Perers et al. (2022) zeigt auf, dass die Reduzierung von Zwangsmassnahmen und Isolierungen folgende Auswirkungen haben kann: Senkung der Kosten, der Krankheitstage des Personals, des Verletzungsrisikos bei Patient:innen und auch beim Personal sowie Reduzierung der Personalfuktuation. Die Autorinnen können diese

Ergebnisse anhand der sieben inkludierten Studien bestätigen. Eine der kosteneffektivsten Studien wurde von Magnowski und Cleveland (2020) durchgeführt. Dabei wurde die Einführung von Milieu-Pflegenden auf der Station untersucht. Nebst den genannten positiven Veränderungen konnten die Autorinnen im Rahmen der Bearbeitung zudem feststellen, dass auch die Dauer der Hospitalisierung der einzelnen Patient:innen verringert werden kann.

Zudem muss in der Praxis die Wichtigkeit erkannt werden, dass durch die Reduktion von Zwangsmassnahmen nicht nur bei den Patient:innen, sondern auch beim Pflegepersonal ein positives Outcome zu erwarten ist. Aufgrund der berufspolitischen Situation in der Schweiz kann auch dies als wertvolles Argument gewertet werden für die Umsetzung einer oder mehrerer Interventionen in der Praxis. Ein weiterer Blickwinkel zeigt nach Kugler (2008) Folgendes: «Steigerung der Qualifikation der Mitarbeiter durch fachliche Unterstützung und mehr Gesamtverantwortlichkeit im eigenen Bereich bewirken Arbeitszufriedenheit» (Kugler, 2008, S. 30). Dies kann insofern an die Ergebnisse der Bachelorarbeit angelehnt werden, als die Schulung des Pflegepersonals in den Interventionen zu einer höheren Arbeitszufriedenheit führen kann.

Da alle Interventionen der sieben Studien prinzipiell auf allen psychiatrischen kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen adaptierbar sind, bleibt es der einzelnen Station überlassen, welche Intervention zur Implementierung ausgewählt wird. Die Autorinnen empfehlen, die Ressourcen des Umfeldes, die finanziellen Ressourcen sowie die Interessen des Personals für die Implementierung auf der einzelnen Station zu berücksichtigen. Ob eine oder mehrere Interventionen zur Implementierung gewählt werden, hängt auch von den personellen Ressourcen ab. Die Autorinnen empfehlen jedoch, sich auf eine Intervention zu beschränken. Denn wenn die passende Intervention gefunden wird, kann diese bereits das gewünschte Ergebnis der Reduktion von Zwangsmassnahmen erreichen. Vor der Implementierung empfehlen die Autorinnen, ein Ziel zu definieren, unter anderem damit das pflegerische und interdisziplinäre Team inklusive der Leitung dieses Ziel einheitlich verfolgt.

6.2 Empfehlungen für die Forschung

Alle inkludierten Studien wurden in den USA durchgeführt. Als Empfehlung für die weitere Forschung wäre es bedeutsam, dass auch in der Schweiz aktuelle Forschung zur Prävention von Zwangsmassnahmen bei Kindern und Jugendlichen im psychiatrischen Setting durchgeführt wird. Zudem erachten es die Autorinnen als sinnvoll, zukünftige

Forschung – insbesondere in der Schweiz – in Bezug auf das Alter der Stichprobe anzupassen und somit die Altersgruppen der Kinder sowie Jugendlichen zu trennen. Dies ist auch dahingehend zu begründen, dass in der Schweiz Kinder und Jugendliche in unterschiedlichen Abteilungen hospitalisiert werden. Hinzu kommt, dass die Interventionen bei Kindern und Jugendlichen auch zu unterschiedlichen Ergebnissen führen könnten.

Der aktuelle Stand der Forschung zeigt verschiedene Arten von Interventionen auf. Keine der in dieser Bachelorarbeit berücksichtigten Interventionen kann jedoch als eindeutig angesehen werden, weswegen weitere Forschung empfohlen wird. Sollte es den Forschenden gelingen, eine Intervention als evidenzbasiert zu belegen, könnte dies bedeuten, dass diese Intervention in allen Kinder- und Jugendpsychiatrien der Schweiz implementiert wird. Damit könnte eine erneute Evaluation im Auftrag des BAG zur Versorgungssituation psychisch kranker Menschen in der Schweiz im Kinder- und Jugendbereich zu verbesserten Ergebnissen führen.

7. Schlussfolgerung

Die Anwendung von Zwangs- und Isolationsmassnahmen bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nach wie vor umstritten. Die Zusammenfassung sowie die kritische Auseinandersetzung, Interpretation und Diskussion lassen die Autorinnen zu dem Schluss kommen, dass die Bedeutung der Prävention von Zwangsmassnahmen als hoch einzuschätzen ist und entsprechender Handlungsbedarf besteht. Die Bearbeitung hat gezeigt, dass die aktuelle Forschung bereits vielfältige, attraktive und kreative Interventionen hervorbringt, die zu einer Reduktion von Isolations- und Zwangsmassnahmen führen können. Demnach sollte die Aufgabe der Pflegefachpersonen darin bestehen, dies situationsgerecht einzusetzen. Dazu müssen die Pflegefachpersonen interventionsspezifisch geschult werden, damit evidenzbasierte Pflege in der Praxis umgesetzt werden kann. Diesbezüglich braucht es sowohl die Mitwirkung der Leitung bzw. des interdisziplinären Teams als auch zeitliche, finanzielle und Umgebungsressourcen der jeweiligen psychiatrischen Klinik.

Verzeichnisse

Literatur

- Azeem, M., Aujla, A., Rammerth, M., Binsfeld, G. & Jones, R. B. (2017). Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 30(4), 170–174. <https://doi.org/10.1111/jcap.12190>
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H. & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie*. Urban & Fischer.
- Behrens, J. & Langer, G. (2022). *Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (5. Aufl.). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/86074-000>
- Boegli, G., de Crom, L., Huber, Y., Keller, M., Khilji, J., Maguire, C., Rausch, R., Schüler, A.-B., Ullmann-Bremi, A. & von Arx-Strässler, F. (2016). *Strategie Pflegedienst 2016-2021*. Universitäts-Kinderspital Zürich.
- Bundesamt für Statistik Schweiz. (2022). *Anzahl der Kinder und Jugendlichen in der Schweiz von 2011 bis 2021*. Statista. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/998164/umfrage/kinder-und-jugendliche-in-der-schweiz/>
- Clienia Littenheid. (o. D.). *Gemeinsam Perspektiven schaffen – für Kinder und Jugendliche*. <https://www.clenia.ch/assets/flipbooks/clenia-littenheid-kinder-und-jugendliche/>
- DiCenso, A., Bayley, L. & Brian Haynes, R. (2009). Accessing preappraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Annals of Internal Medicine*, 151(6), 99-102. <https://doi.org/10.1136/ebr.12.4.99-b>
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation* (5. Aufl.). Springer.
- Eblin, A. (2019). Reducing seclusion and restraints on the inpatient child and adolescent behavioral health unit: A quality improvement study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 32(3), 122–128. <https://doi.org/10.1111/jcap.12248>
- Ercole-Fricke, E., Fritz, P., Hill, L. E. & Snelders, J. (2016). Effects of a collaborative problem-solving approach on an inpatient adolescent psychiatric unit, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29(3), 127–134. <https://doi.org/10.1111/jcap.12149>

- Gray, J. R. & Grove, S. K. (2021). *Burns & Grove's The practice of nursing research. appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9. Aufl.). Evolve.
- Greene, R. W., Ablon, J. S. & Martin, A. (2006). Innovations: Child & adolescent psychiatry: Use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units. *Psychiatric Services*, 57(5), 610–612. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.5.610>
- Habermann-Horstmeier, L. (2017). *Gesundheitsförderung und Prävention: Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer*. Hogrefe.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., Fley, G., Rixe, J., Schüttengruber, G., Schwanda, M., Schwarze, T., Stumpf, A. & NANDA International (Hrsg.). (2019). *NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2018-2020* (2. Aufl.). RECOM.
- Huber, C., Lang, U., Schweinefurth, N. & Fröhlich, D. (2017). *Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie*. Universimed. <https://www.universimed.com/ch/article/psychiatrie/zwangsmassnahmen-in-der-psychiatrie-2123092#!>
- Hojdelewicz, B. M. (2012). *Der Pflegeprozess: Prozesshafte Pflegebeziehung*. Facultas.
- Holoch, E., Lüdeke, M. & Zoller, E. (Hrsg.). (2017). *Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*. Kohlhammer.
- Hottinen, A., Välimäki, M., Sailas, E., Putkonen, H., Joffe, G., Noda, T. & Lindberg, N. (2012). Underaged Patients' Opinions Toward Different Containment Measures: A Questionnaire Survey in Finnish Adolescent Psychiatry. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25(4), 219–223. <https://doi.org/10.1111/jcap.12006>
- Höwler, E. (2020). *Kinder- und Jugendpsychiatrie für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen* (2. Aufl.). Springer.
- King, V. (2013). *Die Entstehung des Neuen in der Adoleszenz: Individuation, Generativität und Geschlecht in modernisierten Gesellschaften* (2. Auflage). Springer VS.
- Kugler, E. (2008). EBN – Nutzen für eine Organisation aus Sicht einer Pflegemanagerin. In H. Schneider (Hrsg.), *EBN – Evidence-based Nursing* (S. 25–31). Facultas.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Luzerner Psychiatrie. (2023). *Kinder- & Jugendpsychiatrie*. <https://www.lups.ch/kinder-jugend-psychiatrie/>

- Magnowski, S. R. & Cleveland, S. (2020). The impact of milieu nurse–client shift assignments on monthly restraint rates on an inpatient child/adolescent psychiatric unit. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(1), 86–91. <https://doi.org/10.1177/1078390319834358>
- Perers, C., Bäckström, B., Johansson, B. A. & Rask, O. (2022). Methods and strategies for reducing seclusion and restraint in child and adolescent psychiatric inpatient care. *Psychiatric Quarterly*, 93(1), 107–136. <https://doi.org/10.1007/s11126-02109887-x>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research. generating and assessing evidence for nursing practice* (11. Aufl.). Wolters Kluwer.
- Plener, P. L. (2018). Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In J. M. Fegert, M. Kölch, E. König, D. Harsch, S. Witte & U. Hoffmann (Hrsg.), *Schutz vor sexueller Gewalt und Übergriffen in Institutionen: Für die Leitungspraxis in Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Schule* (S. 376–382). Springer.
- Psychiatrische Universitätsklinik Zürich. (o. D.-a). *Jugendlichenstationen Zürich*. <https://www.pukzh.ch/unsere-angebote/kinder-und-jugendpsychiatrie/angebote/stationen/jugendlichenstationen-zuerich/>
- Psychiatrische Universitätsklinik Zürich. (o. D.-b). *Kinderstation Brüsshalde*. <https://www.pukzh.ch/unsere-angebote/kinder-und-jugendpsychiatrie/angebote/stationen/kinderstation-brueschhalde/>
- Remschmidt, H. & Becker, K. (2020). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (7. Aufl.). Thieme.
- Reynolds, E. K., Grados, M. A., Pragowski, N., Hankinson, J. C., Deboard-Lucas, R., Goldstein, L., Perry-Parrish, C. K., Specht, M. W. & Ostrander, R. (2016). Use of modified positive behavioral interventions and supports in a psychiatric inpatient unit for high-risk youths. *Psychiatric Services*, 67(5), 570–573. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500039>
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Department Gesundheit ZHAW. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>

- Schiersmann, C. & Thiel, H.-U. (2018). *Organisationsentwicklung: Prinzipien und Strategien von Veränderungsprozessen* (5. Aufl.). Springer VS.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-21857-7>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.) (2016). *Zwangsmassnahmen in der Medizin* (3. Aufl.). SAMW.
- Schneider, H. (2008). *EBN - Evidence-based nursing*. Facultas-WUV.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (3. Aufl.) (2016). *Zwangsmassnahmen in der Medizin*. SAMW.
- Seckman, A., Paun, O., Heipp, B., Van Stee, M., Keels-Lowe, V., Beel, F., Spoon, C., Fogg, L. & Delaney, K. R. (2017). Evaluation of the use of a sensory room on an adolescent inpatient unit and its impact on restraint and seclusion prevention. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 30(2), 90–97.
<https://doi.org/10.1111/jcap.12174>
- Smoliner, A. (2008). EBN – Voraussetzung für die Implementierung in eine Organisation und erste Praxiserfahrungen. In H. Schneider (Hrsg.), *EBN – Evidence-based Nursing* (S. 33–45). Facultas.
- Steinke, I. (2019). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (13. Aufl., S. 319-331). Rowohlt's enzyklopädie.
- Tebbett-Mock, A. A., Saito, E., McGee, M., Woloszyn, P. & Venuti, M. (2020). Efficacy of dialectical behavior therapy versus treatment as usual for acute-care inpatient adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(1), 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.01.020>
- Thyen, U. & Konrad, K. (2018). Psychosoziale Entwicklung in der Adoleszenz. In B. Stier, N. Weissenrieder & K. Schwab (Hrsg.), *Jugendmedizin* (2. Aufl., S. 19–25). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-52783-2_2
- Ulla, S., Maritta, V. & Riittakerttu, K.-H. (2012). The use of coercive measures in adolescent psychiatric inpatient treatment: A nation-wide register study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(9), 1401–1408.
<https://doi.org/10.1007/s00127-011-0456-7>
- Universitäre Psychiatrische Dienste Bern. (o. D.). *Stationäre Angebote für Jugendliche*. <https://www.upd.ch/de/angebot/kinder-und-jugendpsychiatrie/stationaeres->

angebot/stationaeres-angebot-jugendliche.php#anchor_1677d8b1_Accordion-
Informationen-zum-stationaeren-Eintritt

von Wyl, A., Chew Howard, E., Wade_Bohleber, L., Passalacqua, S., Schneebeli, L. & Haemmerle, P. (2020). *Stationäre und tagesklinische Angebote der psychiatrischen Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des Jugend und Erwachsenenalters der Schweiz: Eine Bestandesaufnahme bestehender Angebote im Auftrag des BAG*. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

<https://doi.org/10.21256/zhaw-22136>

Weissenberger, G. (2020). Professioneller Umgang mit Gewalt und Aggressionen: Das Präventionskonzept ProDeMa. *Psychotherapie im Dialog*, 21(1), 74–78.

<https://doi.org/10.1055/a-0968-2364>

Abkürzungen

AICA	Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal
ANOVA	Analysis of Variance
BAG	Bundesamt für Gesundheit
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
CPS	Collaborative problem-solving
DBP	Dialektisch-Behaviorale Therapie
EBN	Evidence based Nursing
EMED	Einleitung, Methode, Ergebnis, Diskussion
JC	Joint Commission
LUPS	Luzerner Psychiatrie
NASMHPD	National Association of State Mental Health Program Directors
N.D.	Keine Jahreszahl/kein Datum
PBIS	Positive Behavioral Intervention and Support
PRN	Pro re nata
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
USA	United States of America
WHO	World Health Organization
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Abbildungen

Abbildung 1 Die vier Wissensquellen von EBN nach Rycroft-Malone et. al (2004).....	12
Abbildung 2 Flowchart der Literaturrecherche.....	16
Abbildung 3 Flow-Chart der Kategorien.....	21

Tabellen

Tabelle 1 Keywords.....	13
Tabelle 2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	14
Tabelle 3 Übersicht aller Studien.....	18-20

Wortanzahl

Anzahl Wörter des Abstracts: 199

Anzahl Wörter der Bachelorarbeit: 10'732

Die Anzahl der Wörter ergibt sich durch die Zählung nach Bachelor-Leitfaden der ZHAW (2022) ohne Titelblatt, Abstract, Tabellen, Grafiken etc. und deren Beschriftungen; ohne Inhalts- und Literaturverzeichnis sowie Anhang, Eigenständigkeitserklärung, Danksagung, Glossar und weitere Verzeichnisse.

Danksagung

Wir bedanken uns bei allen Personen, welche uns bei der Umsetzung dieser Bachelorarbeit unterstützt haben.

Besonders bedanken möchten wir uns bei Frau Ilona Vogel für die kompetente Betreuung und zielführende Beratung.

Für das kritische Lesen unserer Bachelorarbeit möchten wir [REDACTED] danken.

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Winterthur, 12.04.2023



Erni Alexandra



Ledan Anastasia

Anhang

A: Zielführende Suchstrategie

Studien	Datenbank	Keywords	Datum	Treffer
Azeem et al. (2017) Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital	PubMed	(Child*) AND (Adolescent*) AND (Psychiatry*) AND (Coercive Meaeasure OR Restraints)	19.11.2022	187
Eblin (2019) Reducing seclusion and restraints on the inpatient child and adolescent behavioural health unit: A quality improvement study	PubMed	(Child*) AND (Adolescent*) AND (Psychiatry*) AND (Coercive Meaeasure OR Restraints)	19.11.2022	187
Ercole-Fricke et al. (2016) Effects of a Collaborative Problem-Solving Approach on an Inpatient Adolescent Psychiatric Unit	Schneeballprinzip aus der Studie von Perers et al. (2021)	(Child*) AND (Adolescent*) AND (Psychiatry*) AND (Coercive Meaeasure OR Restraints)	12.12.2022	187
Magnowski & Cleveland (2020) The Impact of Milieu Nurse–Client Shift Assignments on Monthly Restraint Rates on an Inpatient Child/Adolescent Psychiatric Unit	CINAHL Complete	prevention AND (restraint or seclusion) AND (children or adolescents or youth or child) AND (psychiatry or psychiatric)	19.11.2022	21

Studien	Datenbank	Keywords	Datum	Treffer
Reynolds et al. (2016) Use of Modified Positive Behavioural Interventions and Supports in a Psychiatric Inpatient Unit for High-Risk Youths	Schneeballprinzip aus der Studie von Perers et al. (2021)	(Child*) AND (Adolescent*) AND (Psychiatry*) AND (Coercive Meaeasure OR Restraints)	12.12.2022	187
Seckman et al. (2017) Evaluation of the use of a sensory room on an adolescent inpatient unit and its impact on restraint and seclusion prevention	CINAHL Complete	prevention AND (restraint or seclusion) AND (children or adolescents or youth or child) AND (psychiatry or psychiatric)	24.08.2022	21
Tebbett-Mock et al. (2020) Efficacy of Dialectical Behaviour Therapy Versus Treatment as Usual for Acute-Care Inpatient Adolescents	CINAHL Complete	prevention AND (restraint or seclusion) AND (children or adolescents or youth or child) AND (psychiatry or psychiatric)	24.08.2022	21

B: AICA-Raster der eingeschlossenen Studien

B1: Azeem et al. (2017)

E i n l e i t u n g	<p>Zwangs- und Isolationsmassnahmen sind physische Eingriffe, die zur Eindämmung aggressiven Verhaltens von Patient:innen in stationären Einrichtungen. Solche Verfahren werden von den Patient:innen und ihren Familien als aversiv und traumatisierend empfunden, und im schlimmsten Fall wurde von Todesfällen berichtet.</p> <p>Die Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) und die Joint Commission spezifische Richtlinien für die Anwendung von Zwangs- und Isolationsmassnahmen festgelegt (JCAHO, 2001). Laut der CMS und Joint Commission dürfen diese Massnahmen nur angewendet werden, wenn eine unmittelbare Gefahr für den Patienten:in oder andere besteht (Health Care Financing Administration, 2001).</p> <p>Die Studie beschreibt, dass in letzter Zeit viele Bedenken über die negativen Auswirkungen der evidenzbasierten Studien über verschiedenen Methoden zur Verringerung von Zwangs- und Isolationsmassnahmen waren. Dies jedoch nur begrenzt. In den letzten Jahren haben verschiedene Aufsichtsbehörden und Berufsgruppen spezifische Richtlinien zur Verringerung der Anwendung von Zwangs- und Isolationsmassnahmen.</p> <p>Das Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit der sechs Kernstrategien von National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) zu überprüfen bei der Verringerung von Zwangsmassnahmen und Fixierungen bei Jugendlichen während eines psychiatrischen Aufenthaltes.</p>
--	--

Design

Es handelt sich um eine Quantitative Studie, welche retrospektiv durchgeführt wurde. Als Intervention wurden sechs Kernstrategien implementiert.

Stichprobe

Auf einer Kinder und Jugendpsychiatrischen Abteilung wurden 26 Betten ausgewählt. Diese sind auf 3 Stöcke unterteilt, eine Abteilung mit 9 weiblichen Patienten, eine Abteilung mit 9 männlichen Patienten und die dritte Abteilung mit 8 Betten deren Geschlechter gemischt sind. Das Alter der Patient:innen beträgt zwischen 6 und 12 Jahre alt. Die Patient:innen wurden aufgrund verschiedenen Einweisungsgründen aufgenommen. Die Studie fand zwischen Juli 2004 und März 2007 statt. Während dieser Zeit blieben die Anzahl der Aufnahmen, Entlassungen und Patient:innen-zahl weitgehend unverändert. Die differenzierte Samplingstrategie wurde nicht benannt.

Datenanalyse

Im März 2005 wurde das leitende Verwaltungs-, Medizin-, Pflege und Schulpersonal des Krankenhauses geschult in folgende sechs Kernstrategien.

Organisatorische Veränderung der Führung

Die Führung in einer Organisation spielt eine wichtige Rolle bei der Veränderung der Kultur. Die Leitung der Institution hat das Ziel die Zwangs- und Isolationsmassnahmen zu reduzieren. Die Begründung dafür ist, dass es auch zur Vermeidung von Traumatisierungen und Retraumatisierungen der Patient:innen und des Personals, sowie zur Verringerung von Verletzungen, die Verbesserung von bewährten Praktiken und der Behandlungsergebnisse. Zum Beginn des Projekts wurde ein Plan entwickelt, welche zur Verringerung von Zwangs- und Isolationsmassnahmen und die Zuweisung von Ressourcen. Die Beseitigung von

Hindernissen wurden auch besprochen. Die Datenanalyse von Zwangsmassnahmen wurden zu dem obersten Tagesordnungspunkt der Sitzungen gewählt. Das Team welche die erste Schulung erhalten haben, trafen sich regelmässig zusammen, um die Fortschritte zu überprüfen und verschiedene Strategien umzusetzen. Es wurden Ziele und Vorgaben für die stationären Abteilungen festgelegt. Weitere Massnahmen zur Erläuterung und Information des Personals umfassten regelmässige grosse Mitarbeiterbesprechungen und Mitarbeiterschulungen sowie monatliche Treffen zur Bewertung den Fortschritt der verschiedenen Schritte zu bewerten. Damit wurde der Grundstein gelegt für weitere Schulung des Personals mit der Einbindung der Strategien.

Daten als Grundlage für die Praxis nutzen

Eine wesentliche Rolle bei Projekten spielen die Daten, welche zur Leistungsverbesserung dienen. Die gesammelten Daten wurden regelmässig bei den Besprechungen mit den Klinischen Teams ausgetauscht und monatlich ausgehändigt. Die Daten waren hilfreich, um einen gesunden Wettbewerb zwischen den Abteilungen zu schaffen und die Fortschritte zu überwachen.

Arbeitskräfteentwicklung

Das Personal wurde geschult bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter und regelmässig über die neurologischen, biologische, psychologischen und sozialen Auswirkungen von Trauma und die Prävalenz dieser Erfahrungen bei Patient:innen die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen. Die Grundsätze der genesungsorientierten Pflege, einschliesslich personenzentrierter Pflege, Respekt, Würde, Partnerschaft und Selbstmanagement, wurden zu einem festen Bestandteil der Personalschulungen.

Einsatz von Instrumenten zur Reduktion von Zwangs- und Isolationsmassnahmen

Für die individuellen Behandlungspläne wurden eine Vielzahl an Instrumenten und Assessments eingesetzt zur Primärprävention. Das Personal wurde in der Anwendung von Präventionsmassnahmen geschult, dies über Traumanamnese, Formulierung und Anwendung von Sicherheitsplänen, Nutzung von Komforträumen, ergotherapeutischen Techniken und Deeskalationsansätze vor

dem Einsatz von Zwangs- und Isolationsmassnahmen. Die therapeutische Kommunikation zwischen dem Patient:innen, Familie und dem Personal wurde gefördert, indem die Priorisierung der Warnzeichen bei jedem Patient:innen zu identifizieren.

Verbesserung der Rolle der Kunden

Das Personal wurde über die Bedeutung der Miteinbeziehung von Patient:innen und deren Familie in die Sicherheitspläne und die Festlegung individueller Ziele aufgeklärt. Die Patienten, Familien, Familienanwälte und Sozialarbeiter wurden ermutigt bei den Behandlungssitzungen und Bewertungssitzungen dabei zu sein. Beschwerden wurden vom Management zeitnah bearbeitet.

Techniken der Nachbesprechung

Es wurden verschiedene Nachbesprechungen eingeleitet, darunter eine unmittelbar nach dem Ereignis dies 48 bis 72 Stunden danach. Es wurde darauf Wert gelegt, dass die Besprechung als unterstützend und nicht strafend diene. Die unmittelbare Nachbesprechung befasste sich mit der notwendigen emotionalen Unterstützung für den Patienten und das beteiligte Personal, sowie die erforderlichen Änderungen des Behandlungsplans. Die formale Nachbesprechung befasste sich mit der Ursachenanalyse.

Ethik

Es wurde nicht beschrieben, ob eine Ethikkommission mit einbezogen wurde.

In der Zeitspanne zwischen Juli 2004 und März 2007 gab es insgesamt 458 Hospitalisationen. Hiervon benötigten 278 Patienten eine Zwangs- oder Isolationsmassnahmen. In den ersten sechs Monaten als man die sechs Kernstrategien implementiert hat gab es 93 Zwangs- oder Isolationsmassnahmen. Vergleichsweise zu den Letzen sechs Monaten waren es 31 Zwangs- oder Isolationsmassnahmen. Von 79 Patienten waren 51 freiwillig hospitalisiert, 16 notfallmässig und 12 durch eine Zwangseinweisung.

Alter

Das Durchschnittsalter betrug 14.4 Jahre die Zwangs- oder Isolationsmassnahmen benötigten, in einem Range zwischen 8- und 17-jährigen.

Aufenthalt

Im Durchschnitt waren die Kinder und Jugendlichen 70.6 Tagen hospitalisiert. Es bestand ein direkter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Vorfälle und der Aufenthaltsdauer; Patient:innen, die an drei oder mehr Vorfällen beteiligt waren, hatten eine längere durchschnittliche Aufenthaltsdauer (85 Tage) im Vergleich zu Patient:innen, die in weniger als drei Vorfälle verwickelt waren (64 Tage).

Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie zeigen einen deutlichen Rückgang von Zwangs- und Isolationsmassnahmen in einer stationären psychiatrischen Einrichtung durch die Umsetzung der sechs Kernstrategien. Die Studie zeigt in der Grafik, dass im 2005 einen kurzen Anstieg der Zahlen für Zwangs- und Isolationmassnahmen ergab. Die Hypothese war, dass dieser relative Anstieg durch die psychosozialen Auswirkungen des Jahresurlaubs erklärt werden kann, ein bestimmter einen bestimmten Patienten, der eine hohe Anzahl von Isolierungen und Fixierungen benötigte, und die Abwesenheit bestimmter wichtiger Mitglieder des Lehrkörpers und der Führungskräfte während dieser Zeit.

Schlussfolgerungen, Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis

Die Studie zeigte, dass die Implementierung über einen längeren Zeitraum zur Reduzierung von Zwangs- und Isolationsmassnahmen möglich ist. Die Studie betont die Notwendigkeit der Reduzierung von Zwangs- und Isolationsmassnahmen bis die anschliessen abgeschafft werden könnten. Dies soll das beste Ziel in der Praxis im Bereich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sein.

Würdigung der Studie

Einleitung	Die Studie implementiert sechs Kernstrategien mit dem Ziel die Wirksamkeit auf die Zwangsmassnahmen zu erforschen. Da das Ziel eine Relevanz für die Bachelorarbeit ist sowie eine Praxisrelevanz aufzeigt wurde diese inkludiert.
Methode	<p>Design: Der quantitative Ansatz der Studie ist passend zur Implementierung der Kernstrategien</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobe ist angemessen. Die Implementierung sowie alle Daten wurden detailliert geschildert.</p> <p>Datenanalyse: Es ist verständlich zu welchem Zeitpunkt und aus welchen gesammelten Daten die Analyse getätigt wurde. Die analytischen Entscheidungen sind nicht aufgeführt.</p> <p>Ethik: Angaben zur Ethikkommission fehlen.</p>
Ergebnisse	Die Ergebnisse werden nachvollziehbar und detailliert dargestellt. Die Ergebnisse über die Jahren wurden auch mittels Diagramm nachvollziehbar dargestellt mit Legenden.
Diskussion	Die Ergebnisse wurden in der Diskussion zusammengetragen und deren Stärken und schwächen wurden diskutiert. Daraufhin wurden Schlussfolgerungen für die Praxis aufgezeigt.

Gütekriterien

Güte

Die Güte der Studie wird nach den Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), Döring und Bortz (2016), Gray und Grove (2021) sowie Polit und Beck (2021) beurteilt.

Objektivität

- Das Messinstrument ist valide und evidenzbasiert
- Limitationen wurden definiert

Reliabilität, Zuverlässigkeit

- Die Intervention wird beschrieben
- Die Interventionen können in verschiedenen Settings in der Psychiatrie angewendet werden und sind somit generalisierbar.
- Es gibt keine Angaben zur Ethik,

Validität, Gültigkeit

- Es ist keine Sample-Size-Calculation ersichtlich. Eine zu erreichende Sample Grösse wird ebenfalls nicht benannt.
- Das Forschungsdesign ist angemessen
- Die Messinstrumente sind standardisiert und valide
- Limitationen werden benannt

Evidenzlage

Auf der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009) befindet sich die Studie auf der untersten Stufe. Es handelt sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit, die in einem Journal veröffentlicht wurde.

B2: Eblin (2019)

Zusammenfassung der Studie

Einleitung	<p>Problem</p> <p>Im Vergleich zu erwachsenen Patient:innen sind Kinder und Jugendliche Patient:innen häufiger von Zwangs- und Isolationsmassnahmen betroffen. Dies möchten die Forscher:innen ändern und arbeiten mit einer Station für Kinder und Jugendliche mit verhaltensbedingten Krankheiten zusammen.</p> <p>Die Forscher:innen benennen, dass Zwangs- und Isolationsmassnahmen das Risiko zu Entstehung von Traumata, Demütigungen, psychische Belastung, körperliche Verletzungen oder sogar zum Tod führen können. In der Literatur führen die Forscher:innen. Die Substance abuse and mental health services administration (SAMHSA) hat im Jahr 2014 bereits empfohlen. Dass Zwangs- und Isolationsmassnahmen dauerhaft abgeschafft werden sollen. Die Forschenden halten mit passender Literatur fest, dass Kinder und Jugendliche psychiatrische Patient:innen im Vergleich zu erwachsenen Patient:innen sechs Mal häufiger isoliert oder fixiert werden.</p> <p>Weitere Literatur zeigt auf, dass bereits in mehreren Gesundheitssettings Interventionen zur Reduktion von Zwangsmassnahmen angewendet wurden und diese einen positiven Output erreichten. Nebst diesen positiven Ergebnissen, welche frühere Studien bereits erreicht haben definieren, die Forscher:innen zudem die Begrifflichkeiten Zwangs- und Isolationsmassnahmen sowie Fixierung. Auch wenn nach der SAMHSA seit 2014 eine dauerhafte Abschaffung von Zwangsmassnahmen empfohlen wird und die Anwendung von Zwangsmassnahmen in den Vereinigten Staaten umstritten ist, liegt die Prävalenz von Zwangs- und Isolationsmassnahmen bei erwachsenen Patienten/-innen weiterhin bei 8- 13,6 %.</p>
-------------------	---

	<p>Ziel der Studie</p> <p>Das Ziel der Studie zur Qualitätsverbesserung ist es, die Zwangsmassnahmen auf einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Station für verhaltensbedingte Erkrankungen zu reduzieren. Die Rate der Zwangs- und Isolationsmassnahmen belief in den Monaten von September bis November im Jahr 2018 bei 0.031 bei 1,000 Patient:innen-Tage. Das Ziel des Krankenhauses war es absolut keine Zwangsmassnahmen mehr durchzuführen. Eine Qualitätsverbesserungsstudie wurde implementiert und die Daten von den Monaten September bis November im Jahr 2018 wurden gesammelt.</p> <p>Forschungsfrage Es wird keine konkrete Forschungsfrage oder Hypothesen beschrieben.</p>
Methode	<p>Design und Begründungen</p> <p>Es wurde eine Qualitätsverbesserungsstudie durchgeführt, die auf einer Interventionsstrategie basiert. Die Interventionsstrategie beinhaltet einen Algorithmus zur Entscheidungstreffung für die Einleitung von Zwangsmassnahmen, Pläne zur Verhaltensänderung für Patient:innen mit einem bestehenden Risiko für den Einsatz von Zwangsmassnahmen sowie ein Nachbesprechungstool für Patient:innen bei welchen es zu einer Zwangsmassnahme gekommen ist. Nach der Implementierung wurden die Daten über einen Zeitraum von drei Monaten gesammelt.</p> <p>Datenerhebung und Analyse</p> <p>Vor der Implementierung der Studie wurden drei einstündige Schulungen durchgeführt, um das Personal der Station in den Interventionen zu schulen. Die Schulungen enthielten Standards aus der Joint Commission (JC) sowie Standards der Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) für Standards für Zwangs- und Isolationsmassnahmen, Statistiken der Station vor der Intervention, Anweisungen zur Durchführung der einzelnen Massnahmen, einen Zeitplan für die Massnahmen und Ziele für die</p>

Qualitätsverbesserungsstudie. Die Teilnahme an den Schulungen war optional. 90 Prozent der Mitarbeiter:innen haben teilgenommen. Zusätzliches Schulungsmaterial erhielten die Mitarbeiter:innen per Mail. Anfänglich war die Zustimmung der Mitarbeiter:innen zu den Schulungssitzungen sehr gross, doch nach der Projektdurchführung nahm sie aufgrund der durch die Interventionen verursachten Veränderungen im Arbeitsablauf ab.

Die Daten wurden in erster Linie anhand von elektronischen Krankenakten und Papierakten gesammelt. Der dokumentierte Pflegebericht bei jedem Patienten:in bei welchem eine Zwangs- und Isolationsmassnahme durchgeführt wurde, wurde überprüft, um festzustellen, ob das Personal den Entscheidungsalgorithmus befolgt. Die Papierdokumentation der Nachbesprechung der Patient:innen nach einer Zwangsmassnahme wurde während des Datenerfassungszeitraums analysiert. Weiter wurde jeder Patient:in-Aufnahmebeurteilung aus den Monaten September bis November überprüft. Patient:innen bei denen das Screening aggressives Verhalten aufzeigte, wurde ein Verhaltensplan erstellt. Papierkopien der Verhaltensänderungspläne der Patient:innen wurden vor Ort aufbewahrt, um die Einhaltung der Vorschriften zu überprüfen. Die Studie enthält zur Veranschaulichung einen nicht ausgefüllten Verhaltensplan. Zudem werden die einzelnen Interventionen noch einzeln erläutert.

Stichprobe

Die Studie wurde auf einer stationären Kinder- und Jugendstation mit 14 Betten durchgeführt. Die Station ist spezialisiert auf verhaltensbedingte Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen. Die Kriterien für eine stationäre Aufnahme waren folgende: Eine unmittelbare Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung, die Verschlechterung des funktionellen Ausgangszustandes oder Bedingungen, welche verhindert, dass der Patient:in eine niedrige Pflegestufe erhalten könnte.

	<p>Die Patient:innen sind im Alter zwischen 6 und 17 Jahren. An der Studie nahmen männliche, weibliche und transgener Patient:innen teil.</p> <p>Zu den häufigsten psychiatrischen Störungen der Patient:innen gehörten: Gemütsstörungen, Angststörungen, neurologische Entwicklungsstörungen, Essstörungen, Trauma und stressbedingte Störungen, Impulskontrollstörungen und Verhaltensstörungen.</p> <p>Das Team der Station stellt sich aus folgenden Mitarbeiter:innen zusammen: drei Kinderpsychiater:innen, drei Psychiatrischen Pflegefachpersonen, einem Stipendiaten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einem Assistenzarzt für Psychiatrie, 18 examinierten Pflegefachpersonen, neun zertifizierten Pflegehelfer:innen, drei zugelassenen Therapeuten:innen, einem Freizeittherapeuten, einem Kunsttherapeuten und einer Kunsttherapeutin sowie einem Spezialisten für Kinder und Jugendliche und einer Kinderpsychologin.</p> <p>Ethik</p> <p>Diese Studie zur Qualitätsverbesserung wurde vom institutionellen Prüfungsausschuss des Krankenhauses genehmigt.</p>
Ergebnisse	<p>Primäre Ergebnisse</p> <p>Die Implementierung eines Algorithmus zur Entscheidungsfindung bei Zwangsmassnahmen, Pläne zur Verhaltensänderungen und Nachbesprechungen mit den Patient:innen konnten die Durchführung von Zwangsmassnahmen auf einer stationären pädiatrischen Abteilung für Verhaltensstörungen um ganze 55% verringern. Die totale Isolations- und Zwangsmassnahmen Rate belief in der Periode der drei Monaten nach Implementierung der Interventionen auf 0,0137 bei 1,000 Patient:innen-Tage. Die durchschnittliche Gesamtzahl der Zwangsmassnahmen lag nach der Implementierung der Interventionen bei 0,0103, was einen Rückgang um 62</p>

Prozent nach den Reduzierungsstrategien bedeutet. Die Gesamtzahl der Zwangsmassnahmen lag bei 0,003, was einen Rückgang von 18 Prozent im Vergleich zu den Daten vor der Intervention entspricht. Weiter werden exakte Zahlen zu den einzelnen Prozessmassnahmen genannt.

Sekundäre Ergebnisse

Die durchschnittliche Dauer der Zwangs- und Isolationsmassnahmen sank von 69 auf 49 Minuten pro Episode. Dies entspricht einer Verringerung der durchschnittlichen Dauer um 29 %.

Patient:innen Demographie

Die demografischen Daten aller Patient:innen bei welchen eine Zwangsmassnahme durchgeführt wurde, waren wie folgt: 58 % weibliche Patient:innen, 24 % Transgender-Patient:innen und 18 % männliche Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 14 Jahren. Die demografischen Daten waren wie folgt: 65 % Afroamerikaner:innen und 35 % Kaukasier:innen. Die wichtigsten Codes der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision (ICD 10), die mit Zwangs- und Isolationsmassnahmen in Verbindung gebracht wurden, waren Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (17 %), oppositionelles Trotzverhalten (13 %), Autismus-Spektrum-Störung (13 %) und Anpassungsstörung (13 %). Auf diese vier Diagnosen entfiel mehr als die Hälfte (56 %) aller Zwangs- und Isolationsmassnahmen. Weitere Diagnosen mit signifikanten Raten waren Major Depressive (7%) und generalisierte Angststörung (6%). Die restlichen 31 % setzten sich zusammen aus verschiedenen Störungen ohne statistische Signifikanz.

Die Entwicklung und Durchführung der Studie wurde von der Krankenhausverwaltung stark unterstützt. Das Projekt war kostengünstig und erforderte keine zusätzliche Ausrüstung zur Durchführung der Interventionen. Die Akzeptanz der Mitarbeiter:innen war während des gesamten Projekts eine Herausforderung. Eine weitere Herausforderung war es, dass Patient:innen mit einer Erkrankung der Autismus-Spektrum-Störung nicht in der Lage waren, an den Nachbesprechungen teilzunehmen, da die Nachbesprechungsformulare für verbale Patient:innen konzipiert waren. Ausserdem war der Algorithmus zur Entscheidungsfindung in der Pflege bei der Überwachung von Prozessmassnahmen schwer zu quantifizieren, im Vergleich zu den Formularen zur Verhaltensänderung und zur Patient:innen-Befragung Formulare.

Obwohl das Projekt zu einer erfolgreichen Verringerung der Raten für Zwangsbehandlung führte, sind weitere Anstrengungen zur Qualitätsverbesserung angezeigt, um das Ziel von absolut keinen Zwangsmassnahmen auf der Station zu erreichen. Die Forscher:innen geben Empfehlungen zur Verbesserung ähnlichen Studien zur Qualitätsverbesserung.

Würdigung der Studie

Einleitung	<p>Die Studie geht mehreren pflegerisch anwendbaren Interventionen nach zur Prävention von Zwangsmassnahmen und ist somit relevant für die vorliegende Bachelorarbeit. Die Einleitung in die Studie ist gestützt mit empirischer Literatur. Die Studie benennt ein verständliches Forschungsziel. Eine Forschungsfrage sowie Hypothesen sind nicht vorhanden.</p>
Methode	<p>Design</p> <p>Das Studiendesign stimmt mit dem Forschungsziel überein.</p> <p>Stichprobe</p> <p>Erste Angaben zur Stichprobe erfolgen im Methodenteil. Eine detailliertere Angabe erfolgt im Ergebnissteil der Studie. Es wird benannt, dass die Studie auf einer stationären Kinder- und Jugendstation mit 14 Betten durchgeführt wurde. Wie viele Patient:innen sich jedoch jeweils innerhalb der drei Prä- und Post Interventionsmonate auf der Station befanden wird nicht aufgezeigt.</p> <p>Interventionen</p> <p>Die verschiedenen Interventionen werden einzeln und verständlich erläutert.</p> <p>Datenerhebung</p> <p>Die Daten wurden anhand von elektronischen Krankenakten und Papierakten gesammelt.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Es ist verständlich zu welchem Zeitpunkt und aus welchen gesammelten Daten die Analyse getätigt wurde. Die analytischen Entscheidungen sind nicht aufgeführt.</p>

Ethik	Die Studie wurde durch den Prüfungsausschuss des Krankenhauses genehmigt. Eine Genehmigung der Ethikkommission wurde nicht eingeholt und nicht begründet.
Ergebnisse	Die Ergebnisse werden nachvollziehbar dargestellt. Es werden dabei auch visuelle Komponenten gebraucht. Der Entscheidungsalgorithmus ist anhand eines Flussdiagramms abgebildet. Weiter wird ein Balkendiagramm benutzt, um die ergebnen Daten der Messungen der Prä- und Postintervention aufzuzeigen.
Diskussion	Die Resultate werden im Zusammenhang des Forschungsziels diskutiert. Stärken und Schwächen der Studie werden anerkannt und diskutiert. Daraus resultieren Empfehlungen für ähnliche weitere Studien zur Qualitätsverbesserung.

Gütekriterien

Güte

Die Güte der Studie wird nach den Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), Döring und Bortz (2016), Gray und Grove (2021) sowie Polit und Beck (2021) beurteilt.

Objektivität

- Es wird benannt welche Outcome-Variablen erhoben werden
- Das Messinstrument ist valide und evidenzbasiert
- Limitationen wurden definiert

Reliabilität, Zuverlässigkeit

- Die Intervention wird beschrieben
- Die Interventionen können in verschiedenen Settings in der Psychiatrie angewendet werden und sind somit generalisierbar.
- Aus ethischer Sicht gibt es keine Einschränkungen

Validität, Gültigkeit

- Es ist keine Sample-Size-Calculation ersichtlich. Eine zu erreichende Sample Grösse wird ebenfalls nicht benannt.
- Das Forschungsdesign ist angemessen
- Die Messinstrumente sind standardisiert und valide
- Limitationen werden benannt

Evidenzlage

Auf der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009) befindet sich die Studie auf der untersten Stufe. Es handelt sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit, die in einem Journal veröffentlicht wurde.

B3: Ercole-Fricke et al. (2016)

Zusammenfassung der Studie

Einleitung	Problem
	Ziel der Studie
	Forschungsfrage

Die Forscher:innen benennen als Problem, dass das Gesundheitspersonal im psychiatrischen Kinder- und Jugendsetting strafende Konsequenzen, welche aus negativen Verhaltensformen der Patient:innen resultieren, als kulturell akzeptabel verstehen.

Die Studie möchte die Auswirkungen des Ansatzes einer kollaborativen Problemlösung im Bereich der stationären Jugendpsychiatrie erforschen. Die kollaborative Problemlösung heisst im Original in englischer Sprache collaborative problem-solving (CPS). Die Studie wendet die CPS-Theorie von Dr. Ross Greene an. Diese geht davon aus, dass ein kognitives Defizit von Jugendlichen mit deren Verhaltensstörungen im Zusammenhang steht.

Es wird keine konkrete Forschungsfrage oder Hypothesen beschrieben.

Design und Begründung

Die Studie beinhaltet ein quantitatives, vergleichendes sowie quasi-experimentelles Design. Retrospektive Befragungen von Mitarbeiter:innen sowie die Patient:innen Dokumentation des elektronischen Gesundheitssystem des Krankenhauses. Dieses System erfasst unter anderem Vorfälle und Episoden von Zwangsmassnahmen, Selbstverletzungen und offener Isolation. Die Forscher:innen verglichen die Daten von allen entlassenen Patient:innen welche in den Jahren 2008 und 2012 vor und nach der Umstellung der Jugendpsychiatrie Station auf das CPS Modell stationär behandelt wurden.

Datenerhebung und Analyse

Das frühere Programm zur Verhaltensmodifikation und seiner Bestrafungsstrategien sowie der neue CPS-Ansatz mit seinen nicht bestrafenden Interventionen dienten als Grundlage für die unabhängigen Variablen. Die quantitativen Ergebnisse der verschiedenen Interventionen wurden gemessen. Als abhängige Variablen galten die Ergebnisse der stationären Behandlung. Als Erfolg wird es beispielsweise gewertet, wenn der Patient:in nach einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer nach Hause entlassen werden kann. Optimal ist es, wenn der Patient:in zudem keine weitere Akutversorgung oder eine stationäre Behandlung mehr benötigt und eine funktionierende Rückkehr in die Gemeinschaft möglich ist. Weiter gehören zu den abhängigen Variablen die Anwendung von Zwangsmassnahmen, Selbstverletzung, die Aufenthaltsdauer, Miteinbezug des Sicherheitspersonals sowie die quantitativen Messungen der Personalumfragen.

Aufgrund des retrospektiven Charakters der Studie und der de-identifizierung der Daten mussten keine Einwilligung der Eltern der Patient:innen eingeholt werden. Zudem wirkten sich die Daten in keiner Weise auf den Behandlungsplan der Patient:innen aus noch nahmen die Forscher:innen direkten Kontakt zu den Patient:innen auf.

Stichprobe

Teilnehmer:innen dieser Studie waren Patient:innen welche bereits entlassen wurden. Die Rekrutierung erfolgte durch anonyme und retrospektive Auswahl der Krankenakten. Die Forscher:innen verglichen die Ergebnisse von allen entlassenen Patient:innen welche im Zeitraum von 2008 bis 2021 vor und nach der Umstellung der jugendpsychiatrie Station auf das CPS Modell stationär behandelt wurden. Gemäss den Richtlinien der Jugendpsychiatrischen Station waren die Patient:innen zwischen 12 und 17 Jahren alt. Keiner der Patient:innen war durch das Geschlecht, Diagnose oder körperliche Fähigkeit eingeschränkt. Alle benötigten eine akutpsychiatrische Behandlung. Dieser Bedarf setzt voraus, dass sie zu diesem Zeitpunkt nicht in der Lage waren, in der Gemeinschaft zu funktionieren.

Ethik

Ethische Standards oder ethische Überlegungen wurden nicht genannt.

Es wurde ein signifikanter Rückgang von Bestrafungsstrategien- und Techniken festgestellt ($p=0,001$). Weiter wurde ein signifikanter Rückgang von Verhaltensweisen, die mit der Notwendigkeit von Zwangsmassnahmen zusammenhängen, sowie ein signifikanter Rückgang von selbstverletzendem Verhalten ($p=0,005$). Weiter erfolgte ein Rückgang der Aufenthaltsdauer ($p=0,001$) und des Bedarfs an Sicherheitspersonals ($p=0,001$).

Zudem konnten die Forscher:innen folgende Erkenntnisse aus der Studie ziehen:

- Die Fixation wurde als letzte Massnahme gewählt
- Zwangsmassnahmen wurden selten und konsequent aufgezeichnet
- Das Personal entschied sich mit unzureichender Begründung für die Zwangsmassnahmen

Das Personal hatte anfänglich die Befürchtung, dass CPS den Einsatz von Zwangsmassnahmen eskalieren lassen könnten. Diese Befürchtung konnte durch die Studie jedoch widerlegt werden.

Im Ergebnisteil wird zudem erneut auf die Studie von Greene et al. (2006) und deren Ergebnisse der CPS Einführung und der Anwendung der 4R «Reflect, Refocus and Remediate» verwiesen.

Die Forscher:innen benennen, dass es gute Gründe gibt, CPS sowohl im stationären sowie auch im häuslichen und schulischen Umfeld zu integrieren, um ähnliche Kontinuität der Betreuung und der Unterstützung zu erreichen. Diese Annahmen sind zudem auch deckungsgleich mit den Annahmen von Piaget (1972) und Greene et al. (2006).

Forscher:innen müssen die Auswirkungen der kognitiven Dysfunktion verstehen, um die Ätiologie verschiedener Verhaltensweisen interpretieren zu können.

Im Wesentlichen haben der Forscher:innen und andere an dieser Studie beteiligte Personen die elementaren Ableitungen der bestehenden Umgebungs-, Beziehungs- und Verfahrensgrundlagen des Milieus der Station auf ihre Wirksamkeit hin untersucht und erkannt, dass eine Überarbeitung erforderlich war, um evidenzbasierten Standards zu entsprechen. Diese Umstellung war durch ein kohärentes gemeinsames Projekt des interdisziplinären Personals gekennzeichnet, das routinemässig auf der stationären Kinder- und Jugendstation arbeitet.

Würdigung der Studie

Einleitung	<p>Die Studie geht der Anwendung des kollaborativen Problemlösungsansatzes nach. Diesen möchten die Forscher:innen im Bereich der stationären Jugendpsychiatrie erforschen.</p> <p>Der Ansatz der kollaborativen Problemlösung (CPS) wird in der Einleitung der Studie erläutert. Der CPS-Ansatz zielt darauf ab, proaktiv zu handeln und spezifische Modalitäten anzuwenden, um heikle Situationen zu entschärfen, z.B. durch Ablenkung oder Einbeziehung des Patient:in in eine beziehungsvolle, respektvolle Unterhaltung mit dem Ziel, die zugrunde liegenden Themen und Probleme zu eruieren.</p> <p>Es folgt weiteres Wissen zu theoretischen Hintergründen.</p>
Methode	<p>Design</p> <p>Die Studie beinhaltet ein quantitatives, vergleichendes sowie quasi-experimentelles Design. Mit retrospektive Befragungen. Diese Auswahl des Designs stimmt mit dem Forschungsziel überein.</p> <p>Stichprobe</p> <p>Es folgt eine ausführliche Angabe zur Stichprobe seitens Patient:innen. Es ist nachvollziehbar, wie die Stichprobe gewählt wurde.</p> <p>Intervention</p> <p>Die Intervention selbst wurde in der Einleitung verständlich erklärt. Die Handhabung ist verständlich, erläutert.</p>

	<p>Datenerhebung</p> <p>Es ist verständlich, über welchen Zeitraum welche Patient:innen- Daten erhoben wurden.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Es ist verständlich, zu welchem Zeitpunkt die Analyse der gesammelten Patient:innen-Daten gemacht wurde.</p> <p>Ethik</p> <p>Aufgrund des retrospektiven Charakters der Studie und der de-identifizierung der Daten mussten keine Einwilligung der Eltern der Patient:innen eingeholt werden. Zudem wirkten sich die Daten in keiner Weise auf den Behandlungsplan der Patient:innen aus noch nahmen die Forscher:innen direkten Kontakt zu den Patient:innen auf.</p>
Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse werden nachvollziehbar dargestellt. Es wird zudem auf die anfänglichen Befürchtungen eingegangen.</p> <p>Weiter wird erneut auf die Studie von Greene et al. (2006) eingegangen und Vergleiche gemacht.</p>
Diskussion	<p>Die Resultate werden im Zusammenhang des Forschungsziels diskutiert. Stärken und Schwächen der Studie werden anerkannt und diskutiert. Es resultieren zudem Empfehlungen für die Praxis.</p>

Gütekriterien

Güte

Die Güte der Studie wird nach den Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), Döring und Bortz (2016), Gray und Grove (2021) sowie Polit und Beck (2021) beurteilt.

Objektivität

- Es werden abhängige und unabhängige Variablen vorgestellt dabei wird benannt welche Outcome-Variablen erhoben werden
- Das Messinstrument ist valide und evidenzbasiert
- Limitationen wurden definiert

Reliabilität, Zuverlässigkeit

- Die Intervention wird beschrieben. Die Forscher:innen hätten die Implementierung noch genauer beschreiben können für eine besserer Verständlichkeit.
- Die Interventionen können in verschiedenen Settings in der Psychiatrie angewendet werden. Zudem wird CPS auch im häuslichen Setting angewendet.
- Aus ethischer Sicht gibt es keine Einschränkungen. Aufgrund des retrospektiven Charakters der Studie und der de-identifizierung der Daten mussten keine Einwilligung der Eltern der Patient:innen eingeholt

Validität, Gültigkeit

- Es ist keine Sample-Size-Calculation ersichtlich. Eine zu erreichende Sample Grösse wird ebenfalls nicht benannt.
- Das Forschungsdesign ist angemessen
- Die Messinstrumente sind standardisiert und valide
- Limitationen werden benannt

Evidenzlage

Auf der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009) befindet sich die Studie auf der untersten Stufe. Es handelt sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit, die in einem Journal veröffentlicht wurde.

B4: Magnowski und Cleveland (2020)

Zusammenfassung der Studie

Einleitung	<p>Zwangsmassnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrien stellen eine Gefahr für die Sicherheit der Patienten dar und der Qualität der Pflegenden. Pflegende spielen eine Kernrolle bei der Verringerung von Zwangsmassnahmen dar. Durch die Umsetzung von evidenzbasieren Massnahmen zu den Zwangsmassnahmen soll die Qualität sowie die Sicherheit verbessert werden.</p> <p>Ziel: Das Ziel der Studie war es die Auswirkungen von Milieu Pflegenden und Patient:innen auf die monatlichen Zwangsmassnahmen zu vergleichen mit individuellen Pflege – Patient:innen im stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen.</p> <p>Forschungsfrage: Es wurde keine konkrete Forschungsfrage oder Hypothese erstellt.</p>
Methode	<p>Design: Es ist eine quantitative retrospektive Studie.</p> <p>Stichprobe: während des Interventionszeitraums mehr Einweisungen gab 372 Einweisungen während der Kontrollphase und 386 während Kontrollgruppe und 386 während der Interventionsphase</p> <p>Messdaten und Analyse: Bei der Berechnung der G*Power-Analyse wurde zunächst ein t-Test mit zwei Einschränkungen t-Test für unabhängige Stichproben zunächst für die Datenanalyse in Bezug auf die monatlichen Fixierungsraten gewählt. Für eine Effektgröße von 0,6 und eine α-Fehlerwahrscheinlichkeit bzw. ein Signifikanz Niveau von 0,05. Der t-Test für unabhängige Stichproben wurde in IBMs SPSS Version 24 (IBM, 2018) analysiert, der eine nicht-normale Verteilung feststellte. Der Mann-Whitney U-Test wurde dann aufgrund der nicht normalen Verteilung für die Datenanalyse ausgewählt Verteilung gewählt. Alle Daten wurden in ein Excel</p>

Codebuch eingegeben, kodiert und dann zur statistischen Analyse in SPSS Version 24 für die statistische Analyse eingegeben. Excel wurde auch verwendet, um die Prozentanteile für die demografischen Informationen der Informationen zu berechnen.

Ethik: Die Genehmigung von diesem Projekt wurde von den Gremien des American Sentinel Universität und Rogers Behavioral Health's Institutionell Review Boards geprüft.

Der Mann-Whitney U-Test wurde monatlich durchgeführt. Die durchschnittliche monatliche Zwangshäufigkeit Rate betrug 72,9 pro 1.000 Hospitalisationstage während der Kontrollvariable und 7,5 pro 1.000 Hospitalisationstage während der Intervention. Bei der Analyse der Daten in SPSS Version 24, ergab der Mann-Whitney-U-Test statistische Signifikanz zwischen der Auswirkung der individuellen Schichtzuweisung zwischen Pflegenden und Patient:innen (Median = 61,2, n = 6) und der Milieuschicht Pflege-Patient:innen-Schichten (Mdn = 6,8, n = 6) auf die monatliche Zwangseinweisungsrate, $U = .000$, $z = -2.88$, $p = .004$, $r = .83$.

Ergebnisse

Betrachtet man die sonstigen Daten, so gab es 2.893 Hospitalisationstage während der Kontrollvariable und 2.534 während der Intervention. Das bedeutet, dass im Durchschnitt, weniger Patient:innen während der Durchführung der Intervention ins Krankenhaus. Ein interessantes Ergebnis war, dass es während des Interventionszeitraums mehr Einweisungen gab 372 Einweisungen während der Kontrollphase und 386 während Kontrollgruppe und 386 während der Interventionsphase. Dieses Ergebnis könnte eine direkte Auswirkung auf die Gesamtzahl der Hospitalisationstage im Jahr 2017 gehabt haben, da die Fluktuation in der Abteilung im Jahr 2017 im Vergleich zu 2016 aufgrund der höheren Anzahl von höheren Anzahl von Einweisungen. Die Patient:innen verbrachten auch deutlich weniger Zeit in Zwangsmaßnahmen verbracht, als die Intervention umgesetzt wurde. Es gab insgesamt 2.482 Minuten an während der Kontrollvariable und 151 Minuten während der während der Intervention.

Die Ergebnisse dieses Projekts ergaben eine statistische Signifikanz in Bezug auf die Schichtzuweisung zwischen Milieu-Pflege und Patient:innen:innen, welche positiv beeinflusst wurde im Vergleich zur individuellen Schichtzuweisung zwischen Pflege und Patient:innen. Es wurden weniger Fixierungen durchgeführt und es nicht auf einen Zufall zurückzuführen ist. Durch die Präsenz der Pflegenden und der Milieu Pflegenden, bietet eine Möglichkeit für eine konsistente Struktur, die eine frühzeitige Erkennung und Intervention von Krisen zeigt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Themen mit der aktuellen Literatur und validierten spezifischen Interventionen und Qualitätsverbesserungsansätze, die den Einsatz von Zwangsmassnahmen reduzieren. Die derzeitigen Personalstrukturen des Pflegepersonals können optimiert werden, um die Bedürfnisse dieser Patientengruppe zu erfüllen ohne eine Erhöhung der Vollzeitäquivalente und damit der organisatorischen Kosten.

Limitationen: Es wird angenommen, dass die Kontrollgruppe akuter war als die Interventionsgruppe und mehr Zwangsmassnahmen benötigt wurden. Die Studie fügt noch hinzu, dass durch die Kenntnis der Pflegenden, dass es um die mögliche Reduktion von Zwangsmassnahmen handelt der Hawthorne Effekt hervorgerufen werden könnte. Und somit der Einsatz von Zwangsmassnahmen zurückhaltender war.

Würdigung der Studie :

Einleitung	Die Studie befasst sich mit einem Projekt welches zur Reduktion von Zwangsmassnahmen abzielt und somit eine wichtige Komponente für unsere Bachelorarbeit. Das Problem von Zwangsmassnahmen in der Jugendpsychiatrie wird mit empirischen Literaturen gestützt.
Methode	<p>Design: Das Forschungsdesign stillt mit der Beantwortung der Forschungsfrage überein und ist nachvollziehbar.</p> <p>Stichprobe: Es erfolgt eine ausführliche Angabe der Studie. Es war nicht randomisiert, stichprobenverfahren wurde angewendet. Die Stichprobe ist im Bezug der Studie und das methodische Vorgehen geeignet und genug gross.</p> <p>Datenerhebung: Die Daten sind verständlich aufgeführt worden und zeigten den Zeitraum auf.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wurde differenziert und ausführlich beschrieben. Die angewendeten Messinstrumente zeigen einen evidenzbasierten Ansatz auf.</p>
Ergebnisse	Die Ergebnisse wurden in Textform präzise dargestellt, jedoch unverständlich und unübersichtlich.

Die Ergebnisse werden im Zusammenhang des Forschungsziels diskutiert und dessen Stärken und Schwächen evaluiert. Die Limitationen werden ausführlich aufgezeigt. Es zeigt, dass der Einsatz von Milleiupflegenden ein erfolgreicher Ansatz ist für die Qualitätsverbesserung im Zusammenhang der Häufigkeit von Zwangsmassnahmen darstellt.

Gütekriterien

Güte

Die Güte der Studie wird nach den Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), Döring und Bortz (2016), Gray und Grove (2021) und Polit und Beck (2021) beurteilt.

Objektivität

- Die Objektivität ist gegeben, da die Forscher:innen keinen Einfluss auf die Studie und deren Resultate hatten
- Das Messinstrument ist valide und evidenzbasiert
- Mögliche Störvariablen und Limitationen wurde erwähnt

Reliabilität, Zuverlässigkeit

- Intervention wird genau beschrieben
- Es kann in verschiedenen Settings in der Akut Psychiatrie verwendet werden
- Aus ethischer Sicht gibt es keine Einschränkung

Validität, Gültigkeit

- Das Forschungsdesign ist angemessen
- Die Messinstrumente sind standardisiert und valide
- Limitationen wurden benannt

Evidenzlage

Auf der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009) befindet sich die Studie auf der untersten Stufe. Es handelt sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit, die in einem Journal veröffentlicht wurde.

B5: Reynolds et al. (2016)

Zusammenfassung der Studie

Agenturen und Organisationen haben eine Verringerung und schliesslich die Abschaffung der Anwendung von Zwangsmassnahmen aufgerufen. Trotz der weit verbreiteten Erkenntnis das Alternativen zu Zwangs- und Isolationsmassnahmen erforderlich sind, gibt es bisher Forschung zu spezifischen Ansätzen zur Reduktion in der Jugendpsychiatrie. was den Bedarf an evidenzbasierten Verhaltensinterventionen zur Verringerung den Einsatz dieser restriktiven Praktiken zu reduzieren. Positive Verhaltensinterventionen und -unterstützungen (PBIS), eine universelle, schulweite Präventionsstrategie, die bereits in über 7 500 Schulen im ganzen Land umgesetzt wurde, kann ein nützlicher Ansatz sein, um den Einsatz von restriktiven Interventionen in jugendpsychiatrischen Kliniken zu reduzieren.

Design: Die Studie ist eine prospektive quantitative Studie, welche auf Daten einer stationären Jugendpsychiatrie basiert.

Datenerhebung: Die Daten wurden von Januar 2010 bis Juni 2014 erhoben. Die demografischen und klinischen Variablen wurden aus den elektronischen Krankenakten entnommen und umfassten Alter, Geschlecht, Rasse und Ethnizität, Versicherungsstatus (Medicaid versus andere Formen), ständige neuroleptische Medikation, primäre Entlassungsdiagnose, Entlassungsdiagnose (zusammengefasst in Diagnosekategorien), Dauer des Aufenthalts und prozentuale Belegung. Das Jahr der Implementierung von Modifizierten positive Verhaltensinterventionen und -unterstützungen wurde nicht inkludiert.

Stichprobe: Während des Vierjahreszeitraums der Studie hatte die Abteilung im Durchschnitt etwa 420 Einweisungen pro Jahr, eine Bettenauslastung von etwa 82 %. Die Stichprobe wurde nicht randomisiert.

Ethik: Die Genehmigung wurde vom institutionellen Prüfungsausschuss eingeholt. Eine Ethikkommission wurde nicht miteinbezogen.

Die Anzahl der Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen, die durchschnittliche Dauer der Ereignisse und der Prozentsatz der Patienten, die in Zwangsmaßnahmen oder Zwangsisolationen wurden, reduziert, ebenso wie die Gesamtbeschlagnahme für die Abteilung. Die durchschnittliche Zwangsmassnahme reduzierte sich von n=1.49 auf n=.73. Darüber hinaus gab es eine signifikante Verringerung pro re nata (PRN)-Medikamente zur Behandlung von Unruhe (n=223)

Die Anzahl der Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen, die durchschnittliche Dauer der Ereignisse und der Prozentsatz der Patienten, die in Zwangsmaßnahmen oder Zwangsisolationen wurden, reduziert, ebenso wie die Gesamtbeschlagnahme für die Abteilung. Die durchschnittliche Zwangsmassnahme reduzierte sich von n=1.49 auf n=.73. Darüber hinaus gab es eine signifikante Verringerung pro re nata (PRN)-Medikamente zur Behandlung von Unruhe (n=223)

Würdigung der Studie

Einleitung	Die Studie zeigt einen Ansatz von Verhaltenstherapie, welche angewendet werden könnte, um Zwangsmassnahmen zu reduzieren, somit ist dies Relevant für die vorliegende Bachelorarbeit. Die Studie ist gestützt mit empirischer Literatur
Methode	<p>Design: Das Studiendesign stimmt mit dem Forschungsziel überein.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobe wurde nicht randomisiert.</p> <p>Datenerhebung: Die Datensammlung erfolge durch elektronischen Krankenakten eingeholt, alle relevanten Daten wurden differenziert dargestellt.</p> <p>Datenanalyse: Die zeitliche Datensammlung ist verständlich, analytische Entscheidungen wurden in der Studie nicht aufgeführt. Ein negativer Punkt, welche die Studie auch berücksichtigt, ist die relativ kurze Zeitdauer der Studie, welche die Frage nach der Nachhaltigkeit der MPBIS hinterfragt.</p> <p>Ethik: Eine Genehmigung der Daten wurde eingeholt. Eine Ethikkommission wurde nicht einbezogen und eine Begründung dazu fehlt.</p>
Ergebnisse	Die Ergebnisse werden differenziert und verständlich dargestellt, einerseits in Textform und andererseits in einer tabellarischen Ansicht. Die Tabelle hat alle relevanten daten, ist präzise und hat verständliche Legenden.

Der Zusammenhang zwischen den Resultaten und des Forschungsziels wurde diskutiert. Stärken sowie Schwächen wurden anerkannt und diskutiert. Es zeigt, dass eine randomisierte klinische Studie die fundierte Wirksamkeit und Effektivität aufzeigen soll in Zukunft.

Gütekriterien

Güte

Die Güte der Studie wird nach den Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), Döring und Bortz (2016), Gray und Grove (2021) und Polit und Beck (2021) beurteilt.

Objektivität

- Die Objektivität ist gegeben, da die Forscher:innen keinen Einfluss auf die Studie und deren Resultate hatten
- Das Messinstrument ist valide und evidenzbasiert

Reliabilität, Zuverlässigkeit

- Intervention wird genau beschrieben
- Es kann in verschiedenen Settings angewendet werden
- Aus ethischer Sicht gibt es keine Einschränkung

Validität, Gültigkeit

- Das Forschungsdesign ist angemessen
- Die Messinstrumente sind standardisiert und valide
- Kritikpunkt, dass es über eine kurze Zeitdauer geschehen ist

Evidenzlage

Auf der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009) befindet sich die Studie auf der untersten Stufe. Es handelt sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit, die in einem Journal veröffentlicht wurde.

B6: Seckman et al. (2017)

Zusammenfassung der Studie

E i n l e i t u n g	Problem Massnahmen zur Reduktion von Zwangs- und Isolationsmassnahmen erfordern multiple Anstrengungen. Insbesondere proaktive Ansätze zur verbesserten Selbstregulierung der Patient:innen. In den vergangenen 20 Jahren haben psychiatrische Behandlungsteams der Reduktion von Zwangsmassnahmen grosse Aufmerksamkeit gewidmet. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Anwendung von Zwangs- und Isolationsmassnahmen besonders problematisch, da sie die physische und psychische Sicherheit beeinträchtigen.
	Ziel der Studie Die Studie beschreibt den Implementierungsprozess auf einer Station für Jugendliche zur Bewertung eines sensorischen Raums und dessen Auswirkungen auf Zwangs- und Isolationsmassnahmen, die Beziehung zwischen Personal und Patient:innen sowie das aggressive Verhalten der Patient:innen.
	Entstehung des sensorischen Raums In den letzten Jahrzehnten wurden Räume zur Förderung der sensorischen Modulation in Dienstleistungseinrichtungen für eine Vielzahl menschlicher Bedürfnisse genutzt, z.B. für Menschen mit Entwicklungsstörungen zum Lernen und Erkunden und für Menschen mit Demenz als Ort der Ruhe und Entspannung. Das allgemeine Ziel des Raumes ist, den Patient:innen bei der Selbstregulierung zu helfen. Sensorische Räume im Englischen Sensory Rooms sind auch unter dem niederländischen Namen Snoezle Raum bekannt und haben ihren Ursprung in der Beschäftigungstherapie.

	<p>Forschungsfrage</p> <p>Es wird keine konkrete Forschungsfrage oder Hypothesen beschrieben.</p>
Methode	<p>Design und Begründungen</p> <p>Es wurden ein Quantitatives Design im Plan-Do-Check-Act (PDCA)-Modell mit Pre-Post-Messungen verwendet, um die praktischen und qualitätsbezogenen Aspekte eines neu eingerichtet sensorischen Raums zu bewerten. Der PDCA-Zyklus ist ein vierstufiges Modell zur Durchführung einer Veränderung zur Qualitätsverbesserung. Durch dies soll der Einsatz von Zwangs- und Isolationsmassnahmen auf der Station reduziert werden. Zudem soll die Beziehung zwischen Patient:innen und Personal verbessert werden und ein Raum geschaffen werden, welcher sicher und effektiv ist.</p> <p>Datenerhebung und Analyse</p> <p>Die Datenanalyse umfasste einen Vergleich von verschiedenen Kennzahlen, die im Laufe des Jahres 2015 erhoben wurden. Darunter die monatliche Häufigkeit und Dauer von Zwangs- und Isolationsmassnahmen sowie die Anzahl aggressiver Verhaltensweisen. Mit einem Nenner von 1.000 stationären Tagen für Jugendliche wurden die Häufigkeit 6 Monate vor und 6 Monate nach der Einführung des sensorischen Raums berechnet. Aggressive Verhaltensweisen wurden durch körperliche Angriffe, versuchte Angriffe, Bedrohung und Zerstörung von Eigentum beschrieben. Die Bewertung des Leidensdrucks der Patient:innen wurde mit zweiseitigen t-Tests für gepaarte Stichproben ausgewertet. Die Items der Jugendumfrage wurden mit einer einseitigen ANOVA zwischen den Probanden:innen analysiert. Die Antworten auf offene Fragen wurden transkribiert und die Kommentare auf Themen und Häufigkeit des Auftretens analysiert.</p>

Sensorischer Raum

Der sensorische Raum ist ein fensterloser Raum, welcher sich neben dem Aufenthaltsraum und dem Essbereich der Station befindet. Zur Ausstattung gehören ein Bildprojektor, der weiche, fließende Farbmuster ausstrahlt, ein Acrylspiegel, der die Farben und Lichter zusätzlich reflektiert. An der hinteren Wand des Raums befindet sich eine Lichtquelle, ein sogenannter Unendlichkeitstunnel, welcher durch die Patient:innen gesteuert werden kann. Zudem hat der Raum vier Stühle, drei Sitzsäcke und ein Schaukelstuhl. Weitere Hilfsmittel im Raum sind beschwerte Lappen, eine beschwerte Decke, eine mit Lavendel angereicherte Aromadecke, Fidget Tools CD's und eine Auswahl an Entspannungsmusik.

Stichprobe

Die Studie wurde auf einer psychiatrischen Jugendstation mit 20 Betten durchgeführt. Die Psychiatrie, in welcher sich die Station befindet, hat insgesamt 84 Betten. Zum Zeitpunkt der Projektdurchführung waren auf der Station 23 Pflegefachpersonen, 12 Techniker für Patientenversorgung und ca. 17 weitere Mitarbeiter:innen aus weiteren Bereichen, darunter Sozialarbeiter:innen, Gruppenleiter:innen und Freizeittherapeuten:innen beschäftigt. Die Mitarbeiter:innen wurden eingeladen, an der Ausbildung, Datenerhebung und Umfragen teilzunehmen, wenn sie festes Personal der Station waren. Die Station betreut Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren mit akuten und chronischen emotionalen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. Über einen Zeitraum von einem Jahr (2015) umfassten die Hauptdiagnosen der Patient:innen-Population Stimmungstörungen (74%), Anpassungsstörungen (9 %), psychotische Störungen (5 %) und Verhaltens-/Oppositionelle Störung (5 %). Bei dreissig Prozent der aufgenommenen Patient:innen wurde eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert, und 6,2 % hatten eine Autismus-Spektrum-Störung oder eine andere tiefgreifende Entwicklungsstörung. In diesem einen Jahr waren 59 % der Patient:innen weiblich und 41 % männlich.

Ethik

	<p>Der Bau des sensorischen Raums wurde durch private institutionelle Mittel unterstützt und von der übergeordneten Einrichtung genehmigt. Das Kernprojektteam setzte sich aus dem Abteilungsleiter, drei Pflegefachpersonen und einem Freizeittherapeuten zusammen.</p>
Ergebnisse	<p>Ein Vergleich zwischen den 6 Prä- sowie Post-Monaten der sensorischen Raumeinweisung ergab einen Rückgang der Zwangsmassnahmen um 26,5 Prozent und einen Rückgang der Isolationen um 32,8 Prozent. Die Häufigkeit von Patient:innen-Aggressionen ging insgesamt um 16,4 Prozent zurück. Alle Aggressionsarten gingen zurück, mit Ausnahme der Zerstörung von Eigentum, die um 23,6 Prozent zunahm. Die Dauer der Fixierung stieg um 17 Prozent und die Dauer der Zwangsmassnahmen um 31 Prozent. Diese Ergebnisse werden zudem tabellarisch dargestellt. Da die Zunahme der Dauer besorgniserregend war, wurden die Daten genauer analysiert. Es wurden Jugendliche identifiziert, die zwei oder mehrere Zwangs- und Isolationsmassnahmen in einem bestimmten Monat hatten. Im August wurden drei Ausreisser ermittelt, die 6 Prozent der Patientenpopulation des Monats ausmachten und für 58 Prozent aller Zwangs- und Isolationsmassnahmen in diesem Monat verantwortlich waren. Im Dezember wurden zwei Ausreisser identifiziert (3 Prozent der Patient:innen-Population), auf die 66 Prozent der Zwangs- und Isolationsmassnahmen im Dezember entfielen. Der Anstieg der Dauer könnte so teilweise auf diese hohen Nutzer:innen zurückgeführt werden.</p> <p>Von den insgesamt 52 teilnehmenden Mitarbeiter:innen haben 33 die Umfrage vor der Schulung ausgefüllt und 30 die Nachbefragung. Genannte Hindernisse vor der Nutzung des Raumes waren Bedenken hinsichtlich der Zerstörung von Eigentum und der Sicherheit im Raum. Bei der Nachuntersuchung wurden diese Bedenken nicht mehr als Hindernis genannt. Bei der</p>

Nachuntersuchung wurde als grösstes Hindernis für die Nutzung des Raums die mangelnde Verfügbarkeit von Personal für die Durchführung von Sitzungen benannt.

Von den 65 Sitzungen in den sensorischen Räumen, die im Rahmen des Pilotversuchs durchgeführt wurden, fanden 56 % in der Abendschicht statt, gefolgt von der Tagschicht (33 %) und der Nachtschicht (9 %). Die durchschnittliche Dauer der Sitzungen in Minuten betrug 20,77 (SD = 10,31).

Jugendumfrage

222 Patient:innen wurden während des Studienzeitraums entlassen, 40 % (N = 89) entschieden sich, die Jugendbefragung auszufüllen. Von diesen 89 Befragten gaben 40 % an, dass sie den Sinnesraum während ihrer Aufnahme genutzt hatten (n = 36).

Eine einseitige ANOVA zu den fünf Items der Jugendbefragung ergab einen marginalen Effekt in Bezug auf ein verbessertes Sicherheitsgefühl auf der Station bei den Jugendlichen, die den Sinnesraum genutzt hatten ($p = .093$). Es wurden keine signifikanten Unterschiede in der Qualität der Beziehungen zwischen Patient:innen welchen den Raum nutzten und deren, welchen ihn nicht nutzten, zum Personal festgestellt.

Prozedere

Auf der Grundlage der Ergebnisse des Pilotprojekts plant die Dienststelle, den sensorischen Raum weiterhin zu nutzen und seine Wirksamkeit zu überprüfen.

Die Ergebnisse zeigen positive sowie auch gemischte Ergebnisse. Der Einsatz von Zwangsmassnahmen ging zurück, aber die Dauer nahm zu. In diesem Projekt hatte die Nutzung des Sinnesraums keinen signifikanten Einfluss auf die Qualität der Beziehungen zwischen Personal und Patient:innen. Allerdings berichteten sowohl die Patient:innen als auch das Personal, dass sie die Sicherheit der Station besser wahrgenommen haben. Die Intervention ist vielversprechend für die Verringerung der subjektiven Bedrängnis der Patient:innen. Ein weiterer Vorteil ist die Förderung der Selbstbestimmung, da die Patient:innen die Nutzung des Raums selbstständig beantragen und die Hilfsmittel auswählen können.

Limitationen

Bei diesem Projekt handelte es sich um den Ansatz einer einzelnen Einrichtung eines sensorischen Raums. Die Ergebnisse sind daher nicht verallgemeinerbar. Die Anzahl der teilnehmenden Patient:innen war gering, und die Evaluierungsinstrumente wurden nicht validiert.

Eine weitere Limitation des Raumes ist, dass dieser nicht von mehreren Personen gleichzeitig genutzt werden kann. Es gab Fälle, in denen mehr als ein Patient:in den Raum nutzen wollte. In diesen Fällen entschied das Personal nach seinem klinischen Ermessen, welcher Patient:innen den grösseren Nutzen aus dem sensorischen Raum ziehen kann. Aus diesen Gründen umfassen die Daten nicht alle Patient:innen welche von einem sensorischen Raum profitieren hätten können.

In Anbetracht der Ergebnisse zu Patient:innen, die häufig Zwangsmassnahmen in Anspruch nehmen, können sensorische Räume die Zwangs- und Isolationsmassnahmen-Prävention unterstützen, aber bei Patient:innen mit hoher Gefährdung sind zusätzliche oder verbesserte Strategien erforderlich.

Die Autoren meldeten keine tatsächlichen oder potenziellen Interessenkonflikte.

Würdigung der Studie

Einleitung	<p>Die Studie geht einer präventiven Intervention zur Reduktion von Zwangs- und Isolationsmassnahmen im psychiatrischen Kinder- und Jugendsetting nach und ist somit relevant für die vorliegende Bachelorarbeit. Die Einleitung der Studie ist gestützt mit einem Literaturreview und ergänzender empirischen Literatur. Die Studie benennt ein verständliches Forschungsziel. Eine Forschungsfrage sowie Hypothesen sind nicht vorhanden.</p>
Methode	<p>Design</p> <p>Das Studiendesign stimmt mit dem Forschungsziel überein.</p> <p>Stichprobe</p> <p>Es erfolgt eine ausführliche Angabe zur Stichprobe seitens Patient:innen und Mitarbeiter:innen.</p> <p>Interventionen</p> <p>Die Intervention selbst sowie deren Entstehung und Handhabung wird verständlich erläutert.</p> <p>Datenerhebung</p> <p>Es ist verständlich, über welchen Zeitraum welche Patient:innen- Daten erhoben wurden.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Es ist verständlich, zu welchem Zeitpunkt und aus welchen gesammelten Daten die Analyse getätigt wurde. Zur Analyse wurden t-Tests, ANOVA=Varianzanalyse und die Transkription angewendet.</p>

	<p>Ethik</p> <p>Der Bau des sensorischen Raums wurde durch private institutionelle Mittel unterstützt und von der übergeordneten Einrichtung genehmigt. Eine Genehmigung der Ethikkommission wurde nicht beschrieben oder begründet. Im Diskussionsteil der Studie beschreiben die Forscher:innen zudem, dass es keine tatsächlichen oder potenziellen Interessenkonflikte gab.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Es wird detailliert auf die einzelnen Ergebnisse eingegangen. Auch die Ergebnisse der Jugendumfrage werden in einem separaten Abschnitt genauer erläutert. Zudem geben die Forscher:innen die Info zum weiteren Prozedere des sensorischen Raums.</p>
<p>Diskussion</p>	<p>Die Resultate werden im Zusammenhang des Forschungsziels diskutiert. Stärken und Schwächen der Studie werden ausführlich und verständlich anerkannt und diskutiert.</p>

Gütekriterien

Güte

Das Design der Studie ist nicht eindeutig. Die Autorinnen entschieden sich auch bei dieser Studie die Güte nach nach den Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), Döring und Bortz (2016), Gray und Grove (2021) sowie Polit und Beck (2021) beurteilt.

Objektivität

- Es werden abhängige und unabhängige Variablen vorgestellt dabei wird benannt welche Outcome-Variablen erhoben werden
- Das Messinstrument ist valide und evidenzbasiert
- Limitationen wurden definiert

Reliabilität, Zuverlässigkeit

- Die Intervention wird beschrieben
- Der Implementierungsprozess ist beschrieben
- Die Interventionen können in verschiedenen Settings in der Psychiatrie angewendet werden
- Aus ethischer Sicht gibt es keine Einschränkungen

Validität, Gültigkeit

- Es ist keine Sample-Size-Calculation ersichtlich. Eine zu erreichende Sample Grösse wird ebenfalls nicht benannt.
- Das Forschungsdesign ist angemessen
- Die Messinstrumente sind standardisiert und valide
- Limitationen werden benannt

Evidenzlage

Auf der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009) befindet sich die Studie auf der untersten Stufe. Es handelt sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit, die in einem Journal veröffentlicht wurde.

B7: Tebbett-Mock et al. (2020)

Zusammenfassung

Einleitung	<p>Die Dialektische Verhaltenstherapie (DBT) ist eine evidenzbasierte Behandlung, die auf suizidales Verhalten und nicht-suizidale Selbstverletzungen (NSSI) abzielt und wurde für Jugendliche angepasst. Angesichts der Schwere dieser Verhaltensweisen werden viele Jugendliche in psychiatrische Kliniken eingewiesen, aber es gibt nur wenige Forschungsarbeiten über spezifische Interventionen während des Krankenhausaufenthalts durchgeführt worden.</p> <p>Ziel dieser Studie war die Bewertung von DBT im Vergleich zur üblichen Behandlung (TAU) bei für Jugendliche auf einer psychiatrischen Akutstation.</p>
Methode	<p>Design: Die Studie ist eine quantitative Studie mit einer retrospektiven Überprüfung.</p> <p>Datenerhebung:</p> <p><u>Teilnehmer:</u></p> <p>Die Jugendlichen in der aktuellen Studie waren zwischen 12 und 17 Jahre alt und befanden sich in einer koedukativen, stationären Akutstation einer stationären Akutstation eines privaten psychiatrischen Krankenhauses im Nordosten. Die Jugendlichen wurden in die stationäre Abteilung aufgenommen entweder freiwillig oder unfreiwillig über die örtlichen Notaufnahmen wegen unmittelbarer Sicherheitsbedenken. DBT-Patienten waren diejenigen, die während eines 8-monatigen Zeitraums nach Einführung der Einführung von DBT auf der Station hospitalisiert wurden. Historische Kontrollen umfassten alle Patienten, die in der gleichen Abteilung</p>

hospitalisiert wurden, derselben Abteilung während genau derselben saisonalen Spanne von 8 Monaten im Jahr vor der Einführung der DBT. Historische Kontrollen erhielten die übliche Behandlung.

Die Behandlung Experimentengruppe

DBT wurde auf der Station eingeführt, nachdem ein multidisziplinäres Team am DBT-Intensivtraining von Behavioral Tech teilgenommen hatte, sowie an einem strategischen Planungstag mit einem Behavioral Tech-Trainerin teilgenommen hatte, um Behandlungsanpassungen für eine stationäre psychiatrische Akutstation für Jugendliche zu erleichtern.

Nach der Schulung erhielten alle Patienten der Station eine DBT Milieubehandlung einschliessliche DBT-Coaching, eine Token-Ökonomie einschliesslich eines Protokolls für auffälliges Verhalten das Ketten- und Lösungsanalysen für auffällige Verhaltensweisen auf der Station, und das therapeutische Umfeld einschliesslich für die Anwendung von Bewältigungskompetenzen (z.B. Skills, Handouts, Arbeitsblätter für Hausaufgaben und Kisten mit Bewältigungsstrategien) und visuell ansprechende Kunstwerke in der gesamten Einheit ein DBT -Thema vermittelten und DBT -Vokabular enthielten.

Alle Patienten nahmen an insgesamt 9 DBT-Fähigkeitsgruppen pro Woche teil, einschliesslich einer 1-stündigen DBT-Fähigkeitsgruppe an jeder Woche. Die Gruppen umfassten alle fünf DBT-Module für Jugendliche Module: Achtsamkeit, Stresstoleranz, Emotionsregulation, Zwischenmenschliche Effektivität und Mittlerer Weg. Zusätzliche Therapie- und Freizeitgruppen (z. B. Töpfern, Haustiertherapie) wurden täglich von Krankenschwestern und psychiatrischen Fachkräften durchgeführt. Alle Patienten erhielten eine intensive Psychotherapie, einschliesslich etwa drei Einzelsitzungen pro Woche und ein bis zwei Familien-/Kollateraltherapiesitzungen pro Woche die von Mitarbeitern der Psychologie, Psychiatrie und/oder Sozialarbeit durchgeführt wurden.

Die Kontrollgruppe

TAU bestand aus einer Milieubehandlung mit einem Token-Economy-System, drei bis vier kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppen pro Woche, die von Psychologen geleitet wurden, Aktivitätsgruppen pro Woche, die sich auf allgemeine Bewältigungsfähigkeiten und psychisches Wohlbefinden unter der Leitung von Fachleuten für psychiatrische Rehabilitation Spezialisten geleitet werden, und intensive Psychotherapie. Ungefähr drei Einzelsitzungen pro Woche und ein bis zwei Familien- bzw. Therapiesitzungen pro Woche wurden von Mitarbeitern der Psychologie oder Psychiatrie-Personal durchgeführt.

Beide Gruppen

Alle Patienten bei Bedarf eine medikamentöse Behandlung. Alle Patienten ein Fallmanagement und eine Entlassungsplanung. Alle Patienten wurden das gesamte Personal des Krankenhauses in Deeskalation und Krisenmanagement geschult, was Teil der und Verfahren bei der Einstellung des Personals. Viertens: Die gleichen neun Mitglieder des primären multidisziplinären Teams die Behandlung sowohl für die DBT- als auch für die TAU-Gruppen.

Datenanalyse: Sowohl c2-Tests als auch ein t-Test wurden als vorläufige Analysen durchgeführt Analysen durchgeführt, um die Unterschiede zwischen den Gruppen (DBT, TAU) in Bezug auf Diagnose, Geschlecht und Alter. Der MannWhitney-U-Test wurde für die Ergebnisanalysen verwendet, da er ein nichtparametrischer Test ist und Unterschiede zwischen zwei unabhängigen Gruppen bei abhängigen Variablen, die kontinuierlich aber nicht normal verteilt sind.

Stichprobe: Insgesamt wurden 801 Patienten in der Analysen miteinbezogen, 425 Jugendliche erhielten die DB Therapie und 376 Teilnehmer in der TAU Gruppe. Insgesamt wurden 21 Patienten von den Analysen ausgeschlossen, 16 aus der DBT und 5 aus der TAU, weil sie eine mittelschwere schwerwiegenden geistigen Behinderung, so dass es nicht sinnvoll war dass diese Patienten von der Gesprächspsychotherapie (DBT) profitiert hätten.

Ergebnisse	<p>Statistisch signifikante Unterschiede wurden nicht zwischen Patienten, die DBT und TAU erhielten, hinsichtlich Aggressionen von Patient zu Patient oder von Patient zu Personal. Die deskriptive Statistik zeigte, dass es bei Patienten, die eine Patienten, die DBT erhielten, weniger Zwangsbehandlungen und Fixierungen (Mittelwert = 0,14 bzw. 0,025) im Vergleich zu Patienten die TAU erhielten (Mittelwert = 0,16 bzw. 0,03). Die Anzahl der Zwangsmaßnahmen war signifikant niedriger bei Patienten, die DBT (Mittelwert = 0) als bei Patienten, die TAU (Median = 0) ($U = 76923.5$, $p = .01$), mit einer kleinen Effektgröße von 0,09. Ein statistisch signifikanter Unterschied wurde Unterschied wurde für die Abriegelung nicht gefunden.</p> <p>Die deskriptive Statistik zeigte, dass es weniger Tage des Krankenhausaufenthalts und die Anzahl der Wiedereinweisungen in die Station innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung für Patienten, die DBT (Mittelwert = 8,36 bzw. 0,07) im Vergleich zu Patienten, die die TAU erhielten (Mittelwert = 10,74 bzw. 0,09).</p> <p>Eine Kosteneinsparungsanalyse wurde durchgeführt und ergab, dass insgesamt 251.609 \$ weniger an Personalzeit für ständige Beobachtungsstunden mit DBT im Vergleich zu TAU über einen Zeitraum von 8 Monaten. Im Einzelnen umfassten die Einsparungen \$119.166 für Selbstmordgedanken, \$76.022 für Aggression und \$56.421 für selbstverletzendes Verhalten.</p>
Diskussion	<p>Die Ergebnisse der Studie zeigt klinisch sowie einen finanziellen Nutzen. Die Implementierung von DBT für die Akutstation der Jugendpsychiatrie mit verschiedensten Diagnosen soll unterstützt werden. Ausserdem zeigt die Studie, dass DBT einschliesslich umfassender Behandlung und Personalschulung in ähnlichen Situationen und Settings umgesetzt werden kann. Weitere Forschungen zur DBT, die für eine stationäre Abteilung für Jugendliche stationäre Abteilung für Jugendliche angepasst ist, ist angesichts unserer Ergebnisse dringend geboten. Es sollten randomisierte kontrollierte Studien durchgeführt werden. Angesichts der wenigen Literatur in diesem Bereich gibt es eine Reihe wichtiger wichtige Bereiche für zusätzliche Studien.</p>

Würdigung der Studie

Einleitung	Die DBT ist auf einer Therapiestation eine evidenzbasierte Verhaltenstherapie, nun untersucht die Studie, ob dies auch auf einer akuten Station funktionieren könnte. Die Relevanz für die bevorstehende Bachelorarbeit stimmt mit dem Ziel der Studie überein.
Methode	<p>Design: Das Studiendesign stimmt mit dem Forschungsziel überein.</p> <p>Stichprobe: Die Grösse der Stichprobe ist angemessen, Ausschlusskriterien wurden benannt.</p> <p>Intervention: Die Intervention wurde differenziert und präzise erläutert</p> <p>Datenerhebung: Dies geschah durch Datenakten, der Zeitraum wurde beschrieben.</p> <p>Datenanalyse: Die Analyse wurde aufgezeigt und mittels evidenzbasierter Messinstrumente beurteilt.</p> <p>Ethik: Die Einschaltung der Ethikkommission wurde nicht beschrieben oder begründet.</p>
Ergebnisse	Die Ergebnisse sind nachvollziehbar dargestellt mittels Fliesstextes und tabellarischer Ansicht. Diese enthält alle relevanten Daten und wurde übersichtlich dargestellt.
Diskussion	Klinische Implikationen, Einschränkungen der Studie und zukünftige Forschungsrichtungen werden diskutiert. Die Limitationen der Studie wird ausführlich aufgezeigt.

Gütekriterien

Güte

Die Güte der Studie wird nach den Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), Döring und Bortz (2016), Gray und Grove (2021) und Polit und Beck (2021) beurteilt.

Objektivität

- Die Objektivität ist gegeben, da die Forscher:innen keinen Einfluss auf die Studie und deren Resultate hatten
- Das Messinstrument ist valide und evidenzbasiert

Reliabilität, Zuverlässigkeit

- Intervention wird genau beschrieben
- Es kann in verschiedenen Settings angewendet werden
- Aus ethischer Sicht gibt es keine Einschränkung

Validität, Gültigkeit

- Das Forschungsdesign ist angemessen
- Die Messinstrumente sind standardisiert und valide
- Kritikpunkt, dass es über eine kurze Zeitdauer geschehen ist

Evidenzlage

Auf der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009) befindet sich die Studie auf der untersten Stufe. Es handelt sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit, die in einem Journal veröffentlicht wurde.