



Die Praxis der psychiatrischen Intensivbetreuung bei Erwachsenen in der Deutschschweiz – eine deskriptive Querschnittstudie

Andrea Lienhardt¹, Franziska Rabenschlag², Eva-Maria Panfil³

¹Berner Fachhochschule Gesundheit

²Abteilung Entwicklung & Forschung Pflege, MTD, Soziale Arbeit Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

³Direktion Pflege und MTTB, UniversitätsSpital Zürich

Zusammenfassung:

Hintergrund: Bei Selbstgefährdung oder zum Schutz anderer Personen wenden Pflegende im stationären Rahmen vermehrt die psychiatrische Intensivbetreuung (PI) an. Die Intervention bewegt sich in einem Spannungsfeld von Kontrolle und Therapie und ist ressourcenintensiv. Trotz ihrer verbreiteten Anwendung gibt es bislang keine Daten zur Praxis der PI in der Schweiz. **Fragestellung:** Wie sieht die aktuelle Praxis der PI bei Erwachsenen in psychiatrischen Kliniken in der deutschsprachigen Schweiz aus? **Methoden:** Quantitativ deskriptive Querschnittstudie. Im Rahmen einer Vollerhebung wurden Pflegende aus stationär psychiatrischen Abteilungen in der Deutschschweiz mittels eines standardisierten Fragebogens befragt. **Ergebnisse:** 538 Fragebögen wurden analysiert. Die PI erfolgte häufiger in Form von periodischer Kontaktaufnahme als in Form von konstanter Einzelbetreuung. Grund für die Anordnung war in mehr als einem Viertel der Fälle Suizidalität. Zur Einschätzung der Selbst- und / oder Fremdgefährdung wurden in der Regel Assessmentinstrumente verwendet. Drei Viertel der PI dauerten acht Stunden oder länger. In jedem fünften Fall fand während des Dienstes keine Überprüfung der Notwendigkeit der PI statt. Pflegende haben eine neutrale Einstellung gegenüber der PI und erleben während der Durchführung keine negativen oder nur schwache negative Gefühle. **Schlussfolgerungen:** PI wird auch in der Schweiz uneinheitlich durchgeführt und zu wenig oft auf ihre Notwendigkeit überprüft. Um eine begründete Durchführung der PI zu ermöglichen, wird die Erstellung einer interprofessionellen Leitlinie empfohlen.

Schlüsselwörter: Intensivbetreuung, Psychiatrie, Pflege, Querschnittstudie, quantitativ

The practice of special observation in adults in the German-speaking part of Switzerland – a descriptive cross-sectional study

Abstract:

Introduction: Psychiatric Special Observation (PSO) is an intervention often used by nurses to prevent service users of harming themselves or to protect others. The intervention ranges between control and therapy and is resource intensive. Despite the widespread use of PSO, there is still no data on the practice of the intervention in Switzerland. **Aim:** What is the current practice of PSO in adults in psychiatric hospitals in the German-speaking part of Switzerland? **Method:** Descriptive cross-sectional study. Nurses from inpatient psychiatric services in the German-speaking part of Switzerland completed a questionnaire based on a concept analysis of PSO. **Results:** 538 questionnaires were analysed. PSO was more often conducted intermittent than as constant observation. In more than one out of four cases, suicidality reasoned as a cause for prescription. Nurses generally used standardized instruments to assess the risk of harming oneself or others. The duration of PSO lasted eight hours or more in three out of four cases. In every fifth case, there was no validation of the need of the intervention taking place during one shift. Nurses have a neutral attitude towards the intervention and are experiencing no or weak negative feelings during performance of PSO. **Conclusions:** The results suggest that there is an inconsistent performance of PSO in Switzerland as well as in other countries. The validation of the need of the intervention is insufficient. To facilitate PSO as a justified performance, the preparation of an interprofessional guideline is recommended.

Keywords: special observation, psychiatry, nursing, cross-sectional studies

Einleitung

Während eines stationären Aufenthalts kann es bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten zu psychischen Aus-

nahmesituationen wie beispielsweise Selbst- und/oder Fremdgefährdung kommen (Nienaber, Hemkendreis, Löhr & Schulz, 2013). Um solch drohenden Aggressions- und Gewaltereignissen präventiv entgegenzuwirken bzw. diese zu

Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?

Psychiatrische Intensivbetreuung wird bei Selbstgefährdung und zum Schutz anderer Personen angewendet. Die Intervention ist kaum untersucht und ressourcenintensiv.

Was ist neu?

Die Intensivbetreuung scheint uneinheitlich angewendet zu werden und wird zu wenig oft auf ihre Notwendigkeit überprüft.

Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?

Es sollte eine Leitlinie zur psychiatrischen Intensivbetreuung erstellt werden.

verhindern, wenden Pflegende in diesen Fällen oftmals die Psychiatrische Intensivbetreuung (PI) an (Nienaber et al., 2013; Stewart & Bowers, 2012).

Es gibt unterschiedliche Bezeichnungen für die PI. Im deutschsprachigen Raum existieren Begriffe wie 1:1-Betreuung, Sichtkontrolle oder Sitzwache (Nienaber et al., 2013). Zudem gibt es unterschiedliche Ausprägungen der Intervention: Die periodische Kontaktaufnahme, während der die Pflegenden die Betroffenen in festgelegten Zeitintervallen aufsuchen und die konstante Einzelbetreuung, während der die Pflegenden ohne Unterbruch bei den Betroffenen sind (Hemkendreis, Löhr, Schulz & Nienaber, 2013; National Institute for Clinical Excellence [NICE], 2015).

Die PI bewegt sich in der Praxis in einem Spannungsfeld zwischen therapeutischen und kontrollierenden Maßnahmen (Zehnder, Rabenschlag & Panfil, 2015). Unter kontrollierenden Massnahmen wird z.B. die distanzierte Überwachung der Betroffenen verstanden, die in der Regel ohne besondere Zuwendung erfolgt (Zehnder et al., 2015). Therapeutische Maßnahmen hingegen erfordern eine dem persönlichen sowie professionellen Caring entsprechende, durch positives Denken geprägte Interaktion der Pflegenden mit den Betroffenen, wie z.B. die gemeinsame Durchführung von ablenkenden Aktivitäten (Swanson, 1999; Zehnder et al., 2015). Obwohl der PI ein großes therapeutisches Potenzial zugesprochen wird, werden nach wie vor auch kontrollierende Maßnahmen in der Praxis durchgeführt und als PI verstanden (Hemkendreis et al., 2013).

Pflegende, die die Intervention durchführen, stehen in der Regel nicht für andere Aufgaben auf der Abteilung zur Verfügung. Dies verursacht einerseits hohe Kosten und hat andererseits zur Folge, dass weniger Zeit für andere Patientinnen und Patienten bleibt (Löhr & Nienaber, 2014; Nienaber et al., 2013; Nienaber et al., 2015; Stewart & Bowers, 2012). Es gibt Hinweise, dass die PI aufgrund dieser Ressourcenintensivität trotz ihres hohen fachlichen Anspruchs von Personen mit geringer Qualifikation durchgeführt wird (Löhr & Nienaber, 2014; Stewart & Bowers, 2012).

Obwohl die Intervention international weit verbreitet ist, stammen die meisten wissenschaftlichen Erkenntnisse zur PI aus dem englischsprachigen Raum (Bowers & Park,

2001; Nienaber et al., 2013). Im deutschsprachigen Raum ist die Intervention und insbesondere deren Anwendung noch unzureichend untersucht (Hemkendreis et al., 2013; Nienaber et al., 2013). Empirische Daten zur aktuellen Praxis der PI in der Schweiz, welche den internationalen Vergleich sowie die Erkennung von Problemfeldern im Zusammenhang mit der Intervention ermöglichen würden, fehlen.

Zielsetzung und Fragestellung

Ziel der Studie ist, eine empirische Datengrundlage zur aktuellen Praxis der PI in der Schweiz zu schaffen. Es wurde folgende Forschungsfrage formuliert: „Wie sieht die aktuelle Praxis der psychiatrischen Intensivbetreuung bei Erwachsenen in psychiatrischen Kliniken in der deutschsprachigen Schweiz aus?“

Methode

Die Studie erfolgte im Design einer deskriptiven Querschnittstudie. Im Rahmen einer Vollerhebung wurden alle fest und temporär angestellten Pflegenden aus 31 psychiatrischen Kliniken und drei psychiatrischen Abteilungen von Kantons- oder Regionalspitälern in der Deutschschweiz für die Teilnahme angefragt. Eingeschlossen wurden Pflegende, die auf einer psychiatrischen Erwachsenenabteilung (Patientenalter 18–65 Jahre) arbeiten und die PI durchführen. Ausgeschlossen wurden Pflegende von ambulanten oder tagesklinischen psychiatrischen Einrichtungen, von kinder-, jugend- und alterspsychiatrischen Abteilungen sowie Pflegende, die auf psychiatrischen Erwachsenenabteilungen ohne PI arbeiten. Ebenfalls von der Befragung ausgeschlossen wurden Pflegende, die von Temporärfirmen rekrutiert wurden sowie Studierende anderer Fachrichtungen als der Pflege (z.B. Medizin, Psychologie). Die Einhaltung der Ein- und Ausschlusskriterien wurde mithilfe einer Verbindungsperson pro Institution und durch spezifische Fragen bei der Datensammlung gewährleistet.

Für die Datensammlung wurde ein Fragebogen auf Basis der evolutionären Konzeptanalyse von Zehnder, Rabenschlag und Panfil (2015) erstellt. Der Fragebogen umfasste 47 geschlossene und halboffene Fragen und war in drei Frageblöcke unterteilt.

Im ersten Block wurden Fragen zur Praxis der PI gestellt. Um einen Ist-Zustand erfassen zu können, wurden die Pflegenden aufgefordert, sich an die Einzelheiten ihrer letzten PI zu erinnern. Die Fragen bezogen sich auf die Faktoren, die zu PI führen, die Bedingungen, unter denen die Intervention erfolgt, die Auswirkungen, die im Rahmen der PI für die Pflegenden auftreten können sowie Qualifikationen und Fertigkeiten, über die die Pflegenden verfügen. Im zweiten Block wurden Strukturen und Vorgaben am Arbeitsplatz der Teilnehmenden erfragt und im dritten Block beantworteten die Teilnehmenden Fragen zu soziodemografischen und arbeitsbezogenen Daten.

Um eine „Tendenz zur Mitte“ zu reduzieren, kamen bei kategorialen Fragen vierstufige Likert-Skalen zur Anwendung. Ausgenommen davon waren Fragen, bei denen eine Beantwortung anhand sozialer Erwünschtheit angenommen wurde (z. B. wie gerne die Pflegenden PI durchführen). In diesen Fällen wurden fünfstufige Likert-Skalen angewendet oder die Antwortoption „ich weiß es nicht“ hinzugefügt.

Die Face-Validität, Verständlichkeit und Praktikabilität des Fragebogens wurden von zehn Psychiatriepflegefachpersonen in einem Pretest überprüft. Der Fragebogen wurde insgesamt als plausibel eingeschätzt. Anmerkungen zur Fragenlogik, zur Formulierung und zu den Antwortoptionen wurden allesamt überprüft, besprochen und in den finalen Fragebogen eingearbeitet.

Die Datenerhebung fand im Februar und März 2015 statt. Der Fragebogen stand online oder in einer Papierversion zur Verfügung. Pro Institution war eine Verbindungsperson für die Organisation der Datenerhebung zuständig, die in der Regel in der Pflegedirektion/Pflegedienstleitung oder im Bereich Forschung und Entwicklung tätig war. Die Verbindungsperson wurde gebeten, alle Abteilungen der Klinik zu identifizieren, auf denen PI durchgeführt werden. Sie war dafür verantwortlich, die Fragebögen allen Pflegenden der entsprechenden Abteilungen zugänglich zu machen. Dazu erhielt die Verbindungsperson wahlweise eine E-Mail mit dem Link zum Weiterleiten und/oder die Fragebögen in Papierform per Post. Online ausgefüllte Fragebögen wurden automatisch auf der Umfrageplattform SurveyMonkey gespeichert. Die Fragebögen in Papierform wurden von der Verbindungsperson eingesammelt und per Post retourniert. Zur Erhöhung des Rücklaufs erinnerten die Verbindungspersonen die potenziellen Teilnehmenden mehrmals per E-Mail und/oder mündlich an den Fragebogen.

Vor der Analyse wurden unklare sowie unplausible Antworten als fehlende Daten definiert. Fragebögen, bei denen mehr als 50 % der Antworten fehlten und Variablen, bei denen mehr als 20 % der Antworten fehlten, wurden nicht in die Analyse aufgenommen. Die Analyse der Daten erfolgte deskriptiv mit SPSS, Version 22.0. Bei nominalen Variablen erfolgte die Berechnung von absoluten und relativen Häufigkeiten. Bei den kategorialen Variablen wurden zudem die Mittelwerte und Mediane, bei metrischen Variablen Mittel-, Minimal- und Maximalwerte, Mediane und die Standardabweichung berechnet. Einzelne fehlende Werte wurden als „missing“ codiert und als Antwortkategorie in die Analyse aufgenommen.

Die kantonale Ethikkommission Bern hat stellvertretend für alle von der Studie eingeschlossenen Kantone erklärt, nicht für die Studie zuständig zu sein, da diese durch die Befragung von Mitarbeitenden nicht unter die Humanforschungsverordnung fällt (Der schweizerische Bundesrat, 2013). Die Pflegenden wurden schriftlich über die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Vertraulichkeit der Daten aufgeklärt; das Ausfüllen des Fragebogens wurde als Studieneinwilligung betrachtet. Das Analysematerial erlaubt keine Rückschlüsse auf die Teilnehmenden und ist für Dritte nicht zugänglich.

Ergebnisse

Stichprobe

Insgesamt erhielten 3090 Pflegenden aus 27 Institutionen den Fragebogen. 894 Personen (29,4 %) beantworteten den Fragebogen. 213 Fragebögen (23,8 % des Rücklaufs) und drei Variablen wurden aufgrund zu vieler fehlender Antworten (siehe oben) von der Analyse ausgeschlossen. Die Fragebögen der Pflegenden, die angaben, in ihrem Praxisalltag keine PI durchzuführen ($n = 143$, 16 % des Rücklaufs), wurden ebenfalls von der Analyse ausgeschlossen. Letztlich konnten 538 Fragebögen (60,2 % des Rücklaufs) in die Analyse aufgenommen werden, was 17,4 % aller versendeten Fragebögen entspricht (s. Tab. 1 und Abb. 1).

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden betrug 38,85 Jahre (Median = 36,5 Jahre, Spannweite = 19–68 Jahre, Standardabweichung = 12,17 Jahre). Die PI erfolgte häufiger auf offenen ($n = 110$, 20,4 %) als auf geschlossenen Abteilungen ($n = 80$, 14,9 %).

Qualifikationen der Pflegenden

Fast 90 % der Pflegenden in dieser Untersuchung verfügen über einen tertiären Berufsabschluss ($n = 483$, 89,9 %). Pflegenden mit Berufsabschlüssen der Sekundarstufe II, z. B. Fachfrauen/Männer Gesundheit ($n = 22$, 4,1 %), waren deutlich weniger häufig vertreten.

Die Pflegenden qualifizierten sich durch den Besuch von spezifischen Schulungen weiter. So besuchten über vier Fünftel der Pflegenden Schulungen zum Thema Aggressionsmanagement ($n = 413$, 83,8 %), wohingegen Schulungen zum Angstmanagement selten besucht wurden ($n = 19$, 3,9 %). 5,9 % ($n = 29$) der Pflegenden besuchten gar keine Schulungen.

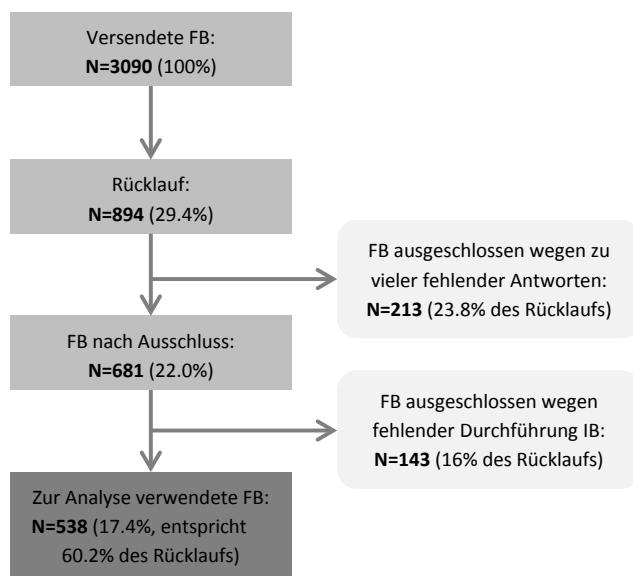


Abbildung 1. Flussdiagramm zum Rücklauf der Fragebögen. FB = Fragebögen; N = Anzahl Fragebögen; IB = Intensivbetreuung

Tabelle 1. Soziodemografische und arbeitsbezogene Angaben der Pflegenden

	n	(%)	Min./Max.	MW / MD	SD	n missing (%)
n Total	538	(100)				
Geschlecht						6 (1,1)
weiblich	346	(64,3)				
männlich	186	(34,6)				
Alter in Jahren			19/68	38,85/36,5	12,17	12 (2,2)
16 – 34	238	(44,2)				
35 – 49	145	(27,0)				
49 – 68	143	(26,6)				
Status Abteilung						33 (3,2)
offen	110	(20,4)				
Mehr als 50 % offen	169	(31,4)				
Mehr als 50 % geschlossen	146	(27,1)				
geschlossen	80	(14,9)				

Anmerkungen: n = Anzahl Teilnehmende; Min. = Minimalwert; Max. = Maximalwert; MW = Mittelwert; MD = Median; SD = Standardabweichung

Die Pflegenden wurden gebeten, vorhandene Kompetenzen bezüglich spezifischer Fertigkeiten für die PI anhand einer vierstufigen Antwortskala von 1 (sehr wenig ausgeprägt) bis 4 (sehr stark ausgeprägt) einzuschätzen. Dabei bewerteten sie die mentale Wachheit (MW = 3,23),

die Bereitschaft sich einzulassen (MW = 3,10) und das Erkennen von Zustandsveränderungen durchschnittlich als stark bis sehr stark ausgeprägt (MW = 3,34). Die Fähigkeit, zu vertrauen (MW = 2,73) und die Neugierde (MW = 2,33) wurden als weniger ausgeprägt eingeschätzt (s. Tab. 2).

Tabelle 2. Qualifikationen der Pflegenden

	n	(%)	MW / MD	n missing (%)		
n Total	538	(100)				
Berufsabschluss				27 (5,0)		
Tertiär ¹	483	(89,8)				
Eidg. Fähigkeitszeugnis ²	20	(3,7)				
Attest / Zertifikat in Pflege ³	2	(0,4)				
Andere Berufsrichtung	4	(0,7)				
Kein Abschluss	2	(0,4)				
Fertigkeiten						
	1: sehr wenig ausgeprägt	2: wenig ausgeprägt	3: stark ausgeprägt	4: sehr stark ausgeprägt		
Mentale Wachheit	7 (1,3)	33 (6,1)	312 (58,0)	164 (30,5)	3,23/3	22 (4,1)
Bereitschaft, sich einzulassen	12 (2,2)	41 (7,6)	345 (64,1)	118 (21,9)	3,10/3	22 (4,1)
Fähigkeit, zu vertrauen	28 (5,2)	138 (25,7)	284 (52,8)	56 (10,4)	2,73/3	32 (5,9)
Neugierde	84 (15,6)	209 (38,8)	168 (31,2)	41 (7,6)	2,33/2	36 (6,7)
Zustandsveränderungen: Erkennen und darauf reagieren	8 (1,5)	12 (2,2)	298 (55,4)	208 (38,7)	3,34/3	12 (2,2)
Schulungen						n. e.
Aggressionsmanagement				413 (83,8%)		
Deeskalationsstrategien			288 (58,4%)			
Psychologische Interventionen	74 (15,0%)					
Angstmanagement	19 (3,9%)					
Keine andere	29 (5,9%)					
	24 (5,0%)					

Anmerkungen: n = Anzahl Teilnehmende; MW = Mittelwert; MD = Median; n. e. = nicht eruiert, da Antwortkategorie „keine Schulungen“ nicht vorgegeben war. ¹höhere Fachschule, Fachhochschule, DNI, DNII; ²Fachangestellte Gesundheit; ³z. B. Zertifikat FaSRK

Legitimierende Faktoren für die Intensivbetreuung

Grund für die Anordnung einer PI war in mehr als einem Viertel der Fälle Suizidalität (n = 152, 28,3%) gefolgt von fast einem Viertel der Fälle von einer Gefahr der Verletzung anderer (n = 127, 23,6%). Die Anwendung der Intervention erfolgte selten aufgrund von Fluchtgefahr (n = 12, 2,2%) oder bei Verweigerung der Medikamente

(n = 8, 1,5%). Weitere Indikationen (n = 32, 5,9%) für die Anordnung wurden in offenen Antworten, die im Fragebogen nicht vorgegeben waren, formuliert, z.B. „Alkoholisierung“ (s. Tab. 3).

In über der Hälfte der Fälle (n = 270, 54,0%) wurde das Risiko der Gefahr der Verletzung anderer mittels der modifizierten „Brøset-Gewaltcheckliste“ (BVC-CH) eingeschätzt (Abderhalden et al., 2006). Die „Nurses Global Assessment of Suicide Risk Skala“ (NGASR) wurde in fast einem Viertel

Tabelle 3. Legitimierende Faktoren für die Intensivbetreuung

	n	(%)	MW / MD	n missing (%)
n Total	538	(100)		
Durchführung im Rahmen von Zwangsmaßnahmen				5 (0,9)
Ja	321	(59,7)		
Nein	212	(39,4)		
Richtlinien / Standards vorhanden				63 (11,7)
Ja	417	(77,5)		
Nein	58	(10,8)		
Motivator für die Anordnung				
	Schutz Personen	Schutz Betrieb / Abteilung		
	1: klar im Vordergrund	2: eher im Vordergrund	3: eher im Vordergrund	4: klar im Vordergrund
	395 (73,4)	89 (16,5)	34 (6,3)	12 (2,2)
Indikation			1,36 / 1	8 (1,5)
Suizidalität	152 (28,3%)			46 (8,0)
Gefahr der Verletzung anderer	127 (23,6%)			
Gefahr der Selbstverletzung	67 (12,5%)			
Verwirrtheit	61 (11,3%)			
Suchtmittelkonsum	33 (6,1%)			
Fluchtgefahr	12 (2,2%)			
Verweigerung Medikamente	8 (1,5%)			
andere	32 (5,9%)			
Assessmentinstrumente*				38 (7,1)
BVC-CH ¹	270 (54,0%)			
NGASR ²	119 (23,8%)			
SSF-II ³	74 (14,8%)			
RADAR-Methode ⁴	49 (9,8%)			
keine	66 (13,2%)			
Ich weiß es nicht	52 (10,4%)			
andere	30 (6,0%)			
Hauptverantwortung für die Anordnung				43 (8,0)
Ärzeschaft	343 (63,8%)			
Pflegende	125 (23,2%)			
Stationsleitung Pflege	20 (3,7%)			
Psychologischer Dienst	3 (0,6%)			
andere	4 (0,7%)			

Anmerkungen: n = Anzahl Teilnehmende; MW = Mittelwert; MD = Median. *Diese Assessmentinstrumente wurden zur Beurteilung des Risikos für Selbst- und /oder Fremdgefährdung eingesetzt. Da bei dieser Frage Mehrfachantworten möglich waren, übersteigt n die 100% und die maximale Teilnehmeranzahl. ¹Modifizierte Brøset-Gewaltcheckliste; ²Nurses Global Assessment of Suicide Risk Skala; ³Suicide Status Form-II; ⁴Registrierung, Aggression, Diagnostik, Analyse, Risiken

\$(protocol)://content.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000621 - Tuesday, June 12, 2018 12:24:42 AM - Berner Fachhochschule BFH IP Address: 147.87.204.167

der Fälle (n = 119, 23,8 %) zur Einschätzung des Suizidrisikos angewendet (Abderhalden, Grieser, Kozel, Seifritz & Rieder, 2005). In offenen Antworten (n = 22, 4,4 %) wurden weitere Assessmentinstrumente genannt, die im Fragebogen nicht vorgegeben waren, z. B. der „Pöldinger Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität“ (Pöldinger, 1968).

Für die Anordnung war in fast zwei Drittel der Fälle (n = 343, 63,8 %) die Ärzteschaft und in fast einem Viertel der Fälle (n = 125, 23,2 %) Pflegende verantwortlich, selten andere Gesundheitsfachpersonen, z. B. aus dem psychologischen Dienst.

Auf einer Skala von 1 (Schutz von Personen klar vordergründig) bis 4 (Schutz des Betriebs klar vordergründig) be-

werteten fast drei Viertel (n = 395, 73,4 %) der Pflegenden den Schutz von Personen als zentralen Motivator für die Anordnung im Vergleich zum Schutz des Betriebs (n = 12, 2,2 %).

Weitere legitimierende Faktoren der PI sind unter Tabelle 3 dargestellt.

Eigenschaften der Intensivbetreuung

Die PI wurde in mehr als einem Drittel der Fälle (n = 210, 39,0 %) in Form der periodischen Kontaktaufnahme und in fast einem Fünftel der Fälle (n = 105, 19,5 %) in Form der konstanten Einzelbetreuung durchgeführt. In je fast ei-

Tabelle 4. Eigenschaften der Intensivbetreuung

n Total	n	(%)	MW/MD	n missing (%)			
	538	(100)					
Form der Intervention	Therapeutisch		kontrollierend				
	1: stark	2: eher	3: gleich	4: eher	5: stark		
	31 (5,8)	42 (7,9)	226 (42,3)	144 (27)	91 (17)	3,42/3	4 (0,8)
Art							18 (3,3)
Periodische Kontaktaufnahme	210 (39,0%)						
Konstante Einzelbetreuung	105 (19,5%)						
Kombination	205 (38,1%)						
Vorwiegendes Intervall							52 (9,7)
Konstante Einzelbetreuung	108 (20,1)						
Alle 15 Minuten	159 (29,6)						
Alle 30 Minuten	177 (32,9)						
Jede Stunde	37 (6,9)						
andere	5 (0,9)						
Vorwiegender Ort							18 (3,3)
Isolationszimmer	298 (55,4%)						
Patientenzimmer	149 (27,7%)						
Aufenthaltsräume	57 (10,6%)						
Monitorzimmer	9 (1,7%)						
andere	7 (1,3%)						
Dauer der Intensivbetreuung							25 (4,6)
< 1 Stunde	2 (0,4%)						
1 – 3 Stunden	53 (9,9%)						
4 – 6 Stunden	50 (9,3%)						
8 Stunden und länger	408 (75,8%)						
Überprüfung der Notwendigkeit pro Schicht							39 (7,2)
Nie	116 (21,6%)						
Einmal	231 (42,9%)						
Mehrmals	152 (28,3%)						

n = Anzahl Teilnehmende; MW = Mittelwert; MD = Median

\$[protocol]:/content/hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000621 - Tuesday, June 12, 2018 12:24:42 AM - Berner Fachhochschule BFH IP Address: 147.87.204.167

nem Drittel der Fälle erfolgten Kontaktintervalle von 15 Minuten (n = 159, 29,6%) bzw. 30 Minuten (n = 177, 32,9%). In einzelnen Fällen (n = 5, 0,9%) wurden als offene Antworten (nicht im Fragebogen vorgegeben) andere Kontaktintervalle wie z. B. „alle 5 Minuten“ genannt.

Drei Viertel (n = 408, 75,8%) der PI dauerten acht Stunden oder länger. Fast jede zweite der befragten Personen (n = 231, 42,9%) gab an, dass die Notwendigkeit der PI während ihres Dienstes einmal überprüft wurde, bei jeder fünften befragten Person (n = 116, 21,6%) fand während des Dienstes keine entsprechende Bewertung statt.

Auf einer Skala von 1 (stark therapeutisch) bis 5 (stark kontrollierend) berichtete fast jede zweite befragte Person (n = 226, 42,0%), dass sie die PI in gleichermaßen therapeutischer wie kontrollierender Form durchführte. In etwas mehr als einem Viertel (n = 144, 26,8%) der Fälle empfanden die Pflegenden die Intervention als eher kontrollierend (s. Tab. 4).

Auswirkungen der Intensivbetreuung für Pflegende

Auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 („sehr ungerne“) bis 5 („sehr gerne“) gaben über zwei Fünftel der Pflegenden (n = 233, 43,3%) an, die PI weder „gern“ noch „ungerne“ durchzuführen, wobei eine leichte Tendenz besteht, sie „ungerne“ durchzuführen (MW = 2,70). Die Pflegenden führen die PI selten „sehr gerne“ (n = 18, 3,3%) durch.

Auf einer vierstufigen Skala zur Einschätzung der Intensität von Gefühlen (1 = kein Gefühl bis 4 = sehr starkes Gefühl) berichteten die Pflegenden, durchschnittlich schwache Gefühle der Wut (MW = 1,44), Frustration (MW = 1,70), Unzufriedenheit (MW = 1,83), Angst (MW = 1,60), Überlegenheit (MW = 1,27) und Langeweile (MW = 1,31) erlebt zu haben. In offenen Antworten formulierten die Pflegenden weitere negativ bewertete Gefühle wie Scham oder Ekel, aber auch positiv bewertete Gefühle wie Zuversicht oder Freude (s. Tab. 5).

Diskussion

Ziel der Studie war, eine empirische Datengrundlage zur aktuellen Praxis der PI in der Schweiz zu schaffen.

Stichprobe

Bei schriftlichen Befragungen liegt der Rücklauf in der Regel bei 15–30% (Konrad, 2007). Daher könnte der Rücklauf der Fragebögen in dieser Studie mit 29,4% als gut interpretiert werden. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass der Rücklauf durch den Ausschluss vieler unvollständig ausgefüllter Fragebögen dezimiert wurde, sodass letztlich lediglich 17,4% aller verteilten Fragebögen analysiert werden konnten. Durch die Befragungsförm konnte die Anonymität der Teilnehmenden gewährleistet und ein Interviewer-Bias vermieden werden (Polit & Beck, 2012a).

Der Anteil der geschlossenen Abteilungen ist in dieser Studie niedriger als im internationalen Vergleich (Rittmannsberger et al., 2004). Dies könnte der Fall sein, weil in dieser Studie nach dem vorwiegenden Schließungs- bzw. Öffnungsstatus der Abteilung gefragt wurde und nicht wie in der Vergleichsstudie eine Stichtagerhebung erfolgte (Rittmannsberger et al., 2004). Möglicherweise hat sich der Anteil der geschlossenen Abteilungen im Rahmen der Bestrebung zur Öffnung der stationären Psychiatrie in den letzten Jahren jedoch auch verringert (Sollberger & Lang, 2014).

Qualifikation der Pflegenden

Die Mehrheit der Pflegenden in dieser Studie verfügt über einen tertiären Berufsabschluss, d.h. über einen Fachhochschulabschluss als Bachelor oder einen Abschluss Höhere Fachschule als diplomierte Pflegefachperson HF. Die Delegation der PI an Pflegende mit unzureichender

Tabelle 5. Auswirkungen für die Pflegenden

Durchführung Intensivbetreuung	1: sehr ungerne	2: eher ungerne	3: weder noch	4: eher gern	5: sehr gern	n Total: 538 = 100 %	
						MW / MD	n missing (%)
	54 (10,0)	157 (29,2)	233 (43,3)	71 (13,2)	18 (3,3)	2,70 / 3	5 (0,9)
Gefühl	1: kein	2: schwach	3: stark	4: sehr stark			
Wut	335 (62,3)	101 (18,8)	37 (6,9)	12 (2,2)		1,44 / 1	53 (9,9)
Frustration	250 (46,5)	152 (28,3)	81 (15,1)	11 (2,0)		1,70 / 1	44 (8,2)
Unzufriedenheit	215 (40,0)	162 (30,1)	85 (15,8)	23 (4,3)		1,83 / 2	53 (9,9)
Angst	259 (48,1)	170 (31,6)	44 (8,2)	10 (1,9)		1,60 / 1	55 (10,2)
Überlegenheit	380 (70,6)	74 (13,8)	19 (3,5)	5 (0,9)		1,27 / 1	60 (11,2)
Langeweile	374 (69,5)	71 (13,2)	24 (4,5)	9 (1,7)		1,31 / 1	60 (11,2)

Anmerkungen: n = Anzahl Teilnehmende; MW = Mittelwert; MD = Median

\$(protocol)://content.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5302/a000621 - Tuesday, June 12, 2018 12:24:42 AM - Berner Fachhochschule BFH IP Address: 147.87.204.167

Qualifikation kann somit bis auf wenige Ausnahmen nicht bestätigt werden (Löhr & Nienaber, 2014; Stewart & Bowers, 2012). Dieses Resultat könnte jedoch auch durch den Skill- und Grademix in den Schweizer Psychiatrien begründet sein: dieser ist aktuell wenig durchmischt, weswegen eine Delegation der Intensivbetreuung an weniger qualifizierte Personen möglicherweise automatisch weniger vorkommt (Ullmann et al., 2014).

Die spezifischen Schulungen, die die Pflegenden zusätzlich für die PI qualifizieren, fokussieren vor allem auf Interventionen zur Prävention von Aggressionsereignissen gegen andere. Möglicherweise stehen diese Interventionen besonders im Fokus, da das Thema Aggression im Gesundheitswesen sehr präsent ist und Schulungen zum Thema Aggressions- und Deeskalationsmanagement von Leitlinien empfohlen werden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, 2009; NICE, 2015). Dass in der Stichprobe nur wenige Pflegenden keine Schulungen besuchten, hängt möglicherweise damit zusammen, dass die Antwortoption „keine Schulungen“ als Freitext eingebracht wurde.

Mentale Wachheit, die Bereitschaft, sich einzulassen, das Erkennen von Zustandsveränderungen, die Fähigkeit zu vertrauen und Neugierde gelten in der Literatur als Fertigkeiten, die notwendig sind, um PI durchzuführen (Bowers, Dack, Gul, Thomas & James, 2011; Cleary, Jordan, Horsfall, Mazoudier & Delaney, 1999; Hamilton & Manias, 2008; Mackay, Paterson & Cassells, 2005). In dieser Studie schätzen die Pflegenden diese Fertigkeiten bis auf die Neugierde und die Fähigkeit, zu vertrauen, als stark bis sehr stark ausgeprägt ein. Eine Hypothese, warum die Fähigkeit, zu vertrauen, tendenziell als weniger stark ausgeprägt eingeschätzt wird, ist, dass sich die Betroffenen während der PI in einer psychischen Ausnahmesituation befinden (Nienaber et al., 2013). Möglicherweise stellen die Pflegenden in diesen Situationen die Absprachefähigkeit der Betroffenen eher infrage und es fällt ihnen daher schwerer, zu vertrauen. Die Resultate zu den Fertigkeiten müssen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da die Begrifflichkeiten im Fragebogen nicht weiter definiert wurden, wodurch Raum für Interpretationen entstand.

Legitimierende Faktoren für die Intensivbetreuung

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen, dass PI vorwiegend bei Selbstgefährdung oder zum Schutz anderer angewendet wird (Nienaber et al., 2013; Stewart & Bowers, 2012; Zehnder et al., 2015). Suizide kommen jedoch auch während PI vor. Flynn, Nyathi, Tham und Williams (2017) berichten in ihrer Studie über Suizide während PI, sowohl während periodischen Kontaktaufnahmen als auch bei konstanter Einzelbetreuung. Wie viele Suizide durch PI verhindert werden, ist aufgrund fehlender Studienergebnisse jedoch nicht bekannt.

Ebenfalls bestätigt werden kann, dass Ärztinnen und Ärzte am häufigsten für die Anordnung der PI verantwort-

lich sind (Nienaber et al., 2013; Stewart & Bowers, 2012; Zehnder et al., 2015). Bei Zwangsmaßnahmen liegt die Anordnungsverantwortung aus rechtlicher Sicht bei der Ärzteschaft (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2006). Da die PI oftmals im Rahmen von Zwangsmaßnahmen durchgeführt wird, scheint es daher naheliegend, dass häufig Ärztinnen und Ärzte die Verantwortung für die Anordnung tragen (Zehnder et al., 2015). Aus medizinethischer und patientenorientierter Sicht wird jedoch empfohlen, Entscheidungen über die Anordnung der PI interprofessionell zu treffen (Nienaber et al., 2013; SAMW, 2006). Eine vermehrte Diskussion dieser Diskrepanz und zur interprofessionellen Entscheidungsfindung wären sowohl in der Praxis als auch in der Forschung wünschenswert. Durch die Klärung der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten könnten möglicherweise Behandlungsverläufe optimiert werden.

Die Mehrheit der Pflegenden sieht den Schutz der Betroffenen und deren Umfeld als zentralen Motivator für die Anordnung der PI. Dieses Ergebnis widerspricht der Hypothese, dass die Intervention oftmals nicht primär zum Schutz der Betroffenen, sondern zum Schutz der Institution vor Rechtsstreiten angeordnet wird (Buchanan-Barker & Barker, 2005). Unsere Gesellschaft erwartet, dass psychiatrische Kliniken Risiken minimieren (Buchanan-Barker & Barker, 2005). Dass sich Entscheidungstragende möglicherweise gezwungen sehen, aufgrund dieser Erwartungshaltung Maßnahmen anzuordnen, die eher dem Schutz der Institution als dem Wohlergehen der Betroffenen dienen, ist ein tabuisiertes Thema. Sozial erwünschte Antworten von Pflegenden sind daher nicht auszuschließen.

Risiken und deren objektive, valide und reliable Einschätzung spielen eine große Rolle in der Psychiatrie. Die Pflegenden in dieser Studie wenden mehrheitlich standardisierte Assessmentinstrumente zur Einschätzung der Selbstgefährdung und der Gefahr der Verletzung anderer an. Diese Assessmentinstrumente werden jedoch auch kritisch diskutiert: Wand, Isobel und Derrick (2015) stellen deren Einsatz infrage, da diese allzu oft falsch positive Resultate erzielen und unnötige Maßnahmen wie Freiheitsbeschränkungen nach sich ziehen würden. Ebenso muss deren Validität diskutiert werden. Beispielsweise erhebt die NGASR, welche in der Stichprobe am häufigsten für die Suizidalitätseinschätzung eingesetzt wurde, die Basissuizidalität der Patientinnen und Patienten und nicht das akute Suizidrisiko (Abderhalden et al., 2005). Zu dessen Assessment müssten weitere interprofessionelle Einschätzungen und die Sicht der Betroffenen miteinbezogen werden (Abderhalden et al., 2005). Entscheidungen für die Indikation einer PI sollten demnach nicht ausschließlich auf Basis von Ergebnissen der NGASR getroffen werden.

Eigenschaften der Intensivbetreuung

Die Ergebnisse dieser Studie belegen, dass PI häufiger in Form von periodischer Kontaktaufnahme als in Form von konstanter Einzelbetreuung durchgeführt werden

(Stewart & Bowers, 2012). Erklärt werden könnte dies dadurch, dass konstante Einzelbetreuungen nur in den komplexesten Fällen angeordnet werden (Stewart & Bowers, 2012).

Fast die Hälfte der Pflegenden in dieser Studie berichtet, PI in gleichermaßen kontrollierender als auch therapeutischer Form durchzuführen, wobei eine Tendenz zu eher kontrollierenden PI besteht. Die Empfehlung, die therapeutische Intensivbetreuung der kontrollierenden Überwachung vorzuziehen, wird bei dieser Stichprobe also noch nicht gänzlich umgesetzt (Hemkendreis et al., 2013; Löhr & Nienaber, 2014; Zehnder et al., 2015). Allerdings muss hier auch kritisch gewürdigt werden, dass es sich um eine Einschätzung aus Perspektive der Pflegenden handelt; die Betroffenen haben die Interventionsformen möglicherweise ganz anders erlebt.

Die Notwendigkeit der PI wird zu selten überprüft. In fast zwei Dritteln der Fälle in dieser Studie erfolgte nur eine oder gar keine Evaluation während eines Dienstes der Pflegenden. Im Falle von Isolationen wird empfohlen, alle zwei Stunden eine Evaluation durchzuführen (NICE, 2015). Diese Empfehlung kann auf die PI übertragen werden, da die Intervention – insbesondere bei der kontrollierenden PI – als ein Eingriff in die persönliche Integrität und als „soziales Gefängnis“ erlebt werden kann (Nienaber et al., 2013; Zehnder et al., 2015).

Auswirkungen der Intensivbetreuung für die Pflegenden

Entgegen der Annahme, dass PI ungern durchgeführt wird, hat die Mehrheit der Pflegenden in dieser Studie eine neutrale Einstellung gegenüber deren Durchführung (Zehnder et al., 2015). Diese neutrale Einstellung hängt möglicherweise damit zusammen, dass die Mehrheit der Pflegenden während der PI nur schwache negative Gefühle erlebt. Würden stärkere negative Gefühle erlebt, wäre eine negativere Einstellung der Pflegenden denkbar. Es ist jedoch auch möglich, dass ein Antwortbias („Tendenz zur Mitte“) zu diesem Ergebnis führte. Einige Pflegenden erleben während der PI auch positive Gefühle wie Freude oder Zuversicht. Insgesamt gibt es wenig wissenschaftliche Evidenz zu den Gefühlen von Pflegenden, die PI durchführen. Die Gefühle, die in der Literatur beschrieben werden, sind ausschließlich negative Gefühle (Cleary et al., 1999; Yonge & Stewin, 1992).

Limitationen

Für diese Studie sind einige Limitationen zu nennen. Ein Antwortbias kann durch sozial erwünschte Antworten und eine Tendenz der Teilnehmenden zur Mitte nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Ebenfalls gab es durch die offenen Fragen Hinweise auf fehlende Antwortkategorien. So war die Antwortoption „keine Schulungen“ im Fragebogen nicht enthalten und wurde erst von den Teilnehmenden einge-

bracht. Das Fehlen dieser Antwortoption könnte das Ergebnis in Bezug auf die Schulungen möglicherweise verfälscht haben. Durch die im Fragebogen fehlende Definition der Fertigkeiten muss außerdem angenommen werden, dass die Ergebnisse zu dieser Frage einem breiten Interpretationsspektrum unterliegen und somit möglicherweise nicht sehr aussagekräftig sind. Außerdem konnte die Durchführung der PI durch Pflegestudierende nicht analysiert und diskutiert werden, obwohl wenige Pflegestudierende den Fragebogen bearbeiteten. Aufgrund der Fragenlogik bestanden hier inkonsistente Antworten; so war es z. B. nicht möglich, zu eruieren, ob die teilnehmenden Pflegestudierenden sich in Erst- oder Zweitausbildung befinden.

Ein Stichprobenbias kann durch die Art der Verteilung der Fragebögen entstanden sein. Auch wenn die Gatekeeper den Auftrag hatten, alle Abteilungen zu identifizieren, auf denen PI durchgeführt wird und den Fragebogen bzw. die E-Mail zum Online-Fragebogen weiterzugeben, kann es sein, dass nicht alle infrage kommenden Personen berücksichtigt wurden. Andererseits hat die Verteilung der Fragebögen an alle Pflegenden auf den identifizierten Abteilungen dazu geführt, dass Personen den Fragebogen erhielten und bearbeiteten, die in ihrer Praxis keine PI durchführten. Diese Fragebögen wurden von der Analyse ausgeschlossen.

Die Anzahl analysierbarer Fragebögen wurde zudem durch den Ausschluss der Fragebögen mit zu vielen fehlenden Antworten reduziert. Die vielen fehlenden Antworten könnten ihren Ursprung in der uneinheitlichen Durchführung der PI haben; möglicherweise trafen nicht alle Fragen auf alle Teilnehmenden zu. Zudem enthielt der Online-Fragebogen keine Pflichtfelder, was die Retournierung unvollständiger Fragebögen ermöglichte.

Obschon das Durchschnittsalter der Stichprobe mit der Grundgesamtheit aller schweizerischen Pflegenden vergleichbar ist und Pflegenden aus unterschiedlichen Kliniken miteinbezogen wurden, so ist es dennoch unwahrscheinlich, dass mit dieser Vorgehensweise eine repräsentative Stichprobe erlangt wurde (Bundesamt für Statistik [BFS], 2015; Polit & Beck, 2012b). Es gibt keine soziodemografischen Daten zur Gesamtheit der Pflegenden in psychiatrischen Settings, die für einen Vergleich herbeigezogen werden könnten. Außerdem kann nicht ausgeschlossen werden, dass ältere Pflegenden in der Stichprobe unterrepräsentiert sind, weil die überwiegende Mehrheit den Fragebogen online ausgefüllt hat und dies für die älteren Pflegenden eine Hemmschwelle darstellen könnte.

Schlussfolgerungen

Entsprechend der Zielsetzung dieser Arbeit konnte mit den Ergebnissen eine Datengrundlage zur aktuellen Praxis der PI in der Deutschschweiz geschaffen werden. Folgende Problemfelder für die Praxis der PI in der Deutschschweiz konnten identifiziert werden:

- Die PI wird zu selten auf ihre Notwendigkeit überprüft. Pflegende in der Praxis sind daher aus ethischen und ökonomischen Gründen angehalten, regelmäßig interdisziplinäre oder -professionelle Überprüfungen zur Notwendigkeit der Intervention einzufordern und durchzuführen.
- Es besteht keine Klarheit darüber, welche expliziten Berufsabschlüsse zur Durchführung der Intervention befähigen, obwohl die Pflegenden für die Durchführung der PI hoch qualifiziert scheinen. Daher sollten in weiteren Studien die pflegerischen Berufsprofile mit den Anforderungen der PI verglichen werden, um gegebenenfalls ressourcenorientiertere bzw. qualifizierte Angebote bieten zu können.
- Die vielfältigen offenen Antworten der Pflegenden in dieser Studie legen nahe, dass die PI auch hierzulande uneinheitlich durchgeführt wird, was große Anwendungsunterschiede zur Folge hat (Hemkendreis et al., 2013; Löhr & Nienaber, 2014; Nienaber et al., 2013). Um eine begründete Durchführung der Intervention zu ermöglichen, wird die Erstellung einer interprofessionellen Leitlinie empfohlen.

Weitere Forschung zur PI sollte vermehrt auf die Betroffenenperspektive fokussieren. So wären qualitative Untersuchungen zum Erleben und zu den Erwartungen der Betroffenen wünschenswert. Darauf und auf die Ergebnisse dieser Studie aufbauend könnten möglicherweise Outcomekriterien definiert werden, mit denen erstmals Aussagen zur Wirksamkeit der ressourcenintensiven und potenziell integritätsverletzenden PI gemacht werden.

Beiträge der einzelnen Autorinnen

Beitrag zur Konzeption oder zum Design der und Beitrag bei der Erfassung, Analyse oder der Interpretation der Daten: AL, FR, EMP

Manuskripterstellung: AL

Kritische Überarbeitung von wichtigen intellektuellen Inhalten des Manuskripts: AL, FR, EMP

Genehmigung der letzten Version des Manuskripts zur Publikation: AL, FR, EMP

Bereitschaft, für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen, damit Fragen in Bezug auf die Genauigkeit oder Integrität irgendeines Teil der Arbeit untersucht und gelöst werden können: AL, FR, EMP

Literatur

Abderhalden, C.; Grieser, M.; Kozel, B.; Seifritz, E.; Rieder, P. (2005). Wie kann der pflegerische Beitrag zur Einschätzung der Suizidalität systematisiert werden? Bericht über ein Praxisprojekt. *Psychiatrische Pflege*, 11, 160–164.

- Abderhalden, C.; Needham, I.; Dassen, T.; Halfens, R.; Haug, H.-J.; Fischer, J. (2006). Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry*, 6 (17).
- Bowers, L.; Dack, C.; Gul, N.; Thomas, B.; James, K. (2011). Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (12), 1459–1465.
- Bowers, L.; Park, A. (2001). Special observation in the care of psychiatric inpatients: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 22 (8), 769–786.
- Buchanan-Barker, P.; Barker, P. (2005). Observation: the original sin of mental health nursing? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 541–549.
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2015). *BFS Aktuell. Gesundheitspersonal 2013*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Cleary, M.; Jordan, R.; Horsfall, J.; Mazoudier, P.; Delaney, J. (1999). Suicidal patients and special observation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6 (6), 461–467.
- Der schweizerische Bundesrat. (2013). *Verordnung über die Humanforschung mit Ausnahme der klinischen Versuche (Humanforschungsverordnung HFV)*. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, P. u. N. D. (2009). *Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie (Leitlinie)*. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).
- Flynn, S.; Nyathi, T.; Tham, S.-G.; Williams, A.; Windfuhr, K.; Kapur, N.; Appleby, L.; Shaw, J. (2017). Suicide by mental health inpatients under observation. *Psychological Medicine*, 47 (13), 2238–2245.
- Hamilton, B.; Manias, E. (2008). The power of routine and special observations: producing civility in a public acute psychiatric unit. *Nursing Inquiry*, 15 (3), 178–188.
- Hemkendreis, B.; Löhr, M.; Schulz, M.; Nienaber, A. (2013). *Praxisempfehlung Intensivbetreuungen. Ein erster Schritt in die richtige Richtung*. *Psychiatrische Pflege*, 19, 93–96.
- Konrad, K. (2007). *Mündliche und schriftliche Befragung – ein Lehrbuch*. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
- Löhr, M.; Nienaber, A. (2014). *Intensivbetreuung in der Psychiatrie – die Expertensicht*. *Psychiatrische Pflege*, 2, 70–72.
- Mackay, I.; Paterson, B.; Cassells, C. (2005). Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12 (4), 464–471.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2015). *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*. NICE guideline NG10. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Nienaber, A.; Hemkendreis, B.; Löhr, M.; Schulz, M. (2013). Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung. Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 40, 14–20.
- Nienaber, A.; Schulz, M.; Noelle, R.; Wiegand, H. F.; Wolff-Menzler, C.; Häfner, S. ... Löhr, M. (2015). Häufigkeit und Kosten der 1:1 Betreuung in der Erwachsenenpsychiatrie in Deutschland – eine deskriptive Analyse anhand des VIPP-Datensatzes. *Psychiatrische Praxis*.
- Pöldinger, W. (1968). *Die Abschätzung der Suizidalität*. Bern: Hans Huber.
- Polit, D. F.; Beck, C. T. (2012a). Data Collection in Quantitative Research. In: Polit, D. F.; Beck, C. T. (Hrsg.). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Polit, D. F.; Beck, C. T. (2012b). Sampling in Quantitative Research. In: Polit, D. F.; Beck, C. T. (Hrsg.). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rittmannsberger, H.; Sartorius, N.; Brad, M.; Burtea, V.; Capraru, N.; Cernak, P. ... Zöchling, R. (2004). Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries. *European Psychiatry*, 19 (8), 483–488.

- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2006). Zwangsmassnahmen in der Medizin. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. 2. Aufl. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Sollberger, D.; Lang, U. E. (2014). Psychiatrie mit offenen Türen. Teil 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie. *Nervenarzt*, 85 (3), 312 – 318.
- Stewart, D.; Bowers, L. (2012). Under the Gaze of Staff: Special Observation as Surveillance. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 2 – 9.
- Swanson, K. M. (1999). What is known about caring in nursing science. A literary meta-analysis. In: Hinshaw, A. S.; Feetham, S. L.; Shaver, J. L. F. (Hrsg.). *Handbook of clinical nursing research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Ullmann, P.; Grieser Kozel, M.; Gantschnig, G.; Malojer, G.; Hoffmann, S.; Felber, E. (2014). „Schwellen, Grenzen und Übergänge“ – Perspektiven und Herausforderungen für Betroffene, Angehörige, im Versorgungssystem, in der Forschung und Entwicklung, in der Gesellschaft. In: Hahn, S.; Hegedüs, A.; Finklenburg, U.; Needham, I.; Stefan, H.; Schulz, M.; Schoppmann, S. (Hrsg.). 11. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie. Bern: Verlag Forschung & Entwicklung/Dienstleistung Pflege, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule.
- Wand, T.; Isobel, S.; Derrick, K. (2015). Surveying clinical perceptions of risk assessment and management practices in mental health service provision. *Australasian Psychiatry*, 23 (2), 147 – 153.
- Yonge, O.; Stewin, L. L. (1992). What Psychiatric Nurses Say About Constant Care. *Clinical Nursing Research*, 1 (1), 80 – 90.
- Zehnder, U.; Rabenschlag, F.; Panfil, E.-M. (2015). Zwischen Kontrolle und Therapie: Eine evolutionäre Konzeptanalyse von Intensivbetreuung in der stationären Akutpsychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 42, 68 – 75.


Andrea Lienhardt, MScN

Berner Fachhochschule Gesundheit
Murtenstrasse 10
3008 Bern
Schweiz
andrea.lienhardt@bfh.ch

Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?

Die Rekrutierung der Teilnehmenden, da eine Vollerhebung angestrebt wurde.

Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?

Die häufigere Überprüfung der Notwendigkeit der PI und eine sorgfältige Auswahl der durchgeführten Massnahmen. Die Entwicklung einer Leitlinie zur PI in der Schweiz.

Was empfehlen Sie zum Weiterlesen / Vertiefen?

Die Konzeptanalyse von Zehnder, Rabenschlag und Panfil (2015) als Verständnisgrundlage.

Manuskripteingang: 05.12.2017

Manuskript angenommen: 15.03.2018

Onlineveröffentlichung: 08.06.2018