

Zwischen Kontrolle und Therapie: Eine evolutionäre Konzeptanalyse von Intensivbetreuung in der stationären Akutpsychiatrie

Between Control and Therapy: An Evolutionary Concept Analysis of Special Observation in Acute Psychiatric Wards

Autoren

Ursina Zehnder^{1,2}, Franziska Rabenschlag³, Eva-Maria Panfil¹

Institute

¹ Fachbereich Gesundheit, Fachhochschule Bern, Schweiz

² Direktion Pflege, Therapien und Soziale Arbeit, Forschung und Entwicklung, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Schweiz

³ Abteilung Entwicklung & Forschung Pflege, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz

Schlüsselwörter

- Intensivbetreuung
- Akutpsychiatrie
- stationär
- Konzeptanalyse

Keywords

- special observation
- acute psychiatry
- inpatient
- concept analysis

Zusammenfassung

Einleitung: Aufgrund des schwerwiegenden Eingriffs in die Privatsphäre und einer hohen Ressourcen- und Kostenintensität ist eine wissenschaftliche Konzeptualisierung von Intensivbetreuung gefordert für Forschung und Praxis.
Methode: Evolutionäre Konzeptanalyse.
Ergebnisse: Die Vorbedingungen, Eigenschaften und Konsequenzen des Konzepts der Intensivbe-

treuung lassen sich in insgesamt 8 Kategorien einteilen. Sie bewegen sich in einem Spannungsfeld von Kontrolle und Therapie sowie Sicherheit der Betroffenen und Absicherung der Professionellen.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse erlauben Intensivbetreuung von anderen Überwachungsmaßnahmen zu unterscheiden, gezielt zu erforschen und weiterzuentwickeln.

Einleitung

Die stationäre psychiatrische Akutversorgung hat den Auftrag, Menschen in psychischen Ausnahmesituationen vor sich selbst und anderen zu schützen [1]. Zur Gewährleistung der Sicherheit werden neben rein therapeutischen Interventionen auch Schutz- und Sicherungsmaßnahmen angewendet. Dabei handelt es sich um freiheitseinschränkende Maßnahmen, teilweise gegen den Willen von Patientinnen und Patienten, in Form von Isolation, Fixation und Zwangsmedikation [2, 3]. So sind in der Schweiz rund mehr als 10% der Patienten von einer Isolation oder Fixation betroffen [4]. Eine alternative Möglichkeit, die Betroffenen vor sich selbst und anderen zu schützen, ist die intensive Betreuung rund um die Uhr.

Intensivbetreuung

Intensivbetreuung stellt einen Eingriff in die persönliche Freiheit dar, geht über die alltäglichen pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen hinaus und gilt als eine der ressourcenintensivsten Maßnahmen der Pflege [5, 6]. Die Häufigkeit von Intensivbetreuungen wird in wenigen Studien beschrieben und die Heterogenität der Daten erschwert eine klare Aussage [7].

Intensivbetreuung kann in Form von 1:1-Betreuung, Sitzwache, Einzelbetreuung oder durch Sichtkontakt und Kontaktaufnahme in regelmäßi-

gen zeitlichen Abständen durchgeführt werden [6]. Laut der S2-Leitlinie für therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten sollen Mitarbeiter für die Durchführung von Intensivbetreuung entsprechende Kompetenzen vorweisen können und klar beschriebene Vorgehensweisen sind vorauszusetzen [8]. Im deutschsprachigen Raum konnten jedoch weder einheitliche Bezeichnungen identifiziert werden noch existieren inhaltliche Konzepte oder Durchführungsbeschreibungen zur intensiven Beobachtung von Patientinnen und Patienten in der Akutpsychiatrie [6]. In der englischsprachigen Literatur wird die intensive Form der Überwachung als „special observation“, „constant observation“ oder „maximum observation“ bezeichnet [9, 10]. Es besteht auch hier keine einheitliche Sprache und es existieren keine standardisierten Durchführungsbeschreibungen [10–12].

Forschungsbedarf

Intensivbetreuungen stellen ein wenig bis gar nicht erforschtes Gebiet dar. Einheitliche Indikationen und Ziele oder verlässliche Angaben zu deren Häufigkeit fehlen. Eine einheitliche Definition aus systematisch gewonnenen Erkenntnissen ist nicht bekannt [6]. Die Pflege ist auf klare Konzepte mit einem einheitlichen Verständnis angewiesen. Aufgrund des schwerwiegenden Eingriffs in die Grundrechte der Betroffenen und der Res-

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1387244>
 Psychiat Prax
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Ursina Zehnder, MScN
 Psychiatrische Universitätsklinik
 Lenggstraße 31
 Postfach 1931
 8032 Zürich, Schweiz
ursina.zehnder@puk.zh.ch

sources- und Kostenintensität von Intensivbetreuung sollte deswegen Klarheit bezüglich der Begrifflichkeit vorhanden sein. Ohne ein definiertes Konzept besteht die Gefahr, speziell in der Diskussion um „evidence-based-practice“, dass die Verwendung des Begriffs zu einer fragwürdigen und unkoordinierten Praxis und Forschung führen kann [13].

Konzepte sind abstrakte, zusammenfassende Darstellungen von Phänomenen und werden als dynamischer Prozess verstanden, der empfänglich ist für neues Wissen, Erfahrung und den Kontext, in dem das Konzept verwendet wird [14]. Ein einheitliches Verständnis von Intensivbetreuung kann mittels einer Konzeptanalyse, basierend auf bestehender Literatur sowie Leitlinien und Standards aus der Praxis, erarbeitet werden. Ziel der vorliegenden Arbeit ist deswegen, die Durchführung einer Konzeptanalyse von Intensivbetreuung, deren Ergebnis für weitere Forschungen bezüglich Qualität, Indikation und Wirksamkeit verwendet werden kann.

Methode

Konzepte sind zentrale Bausteine von Theorien und können auf unterschiedliche Art entwickelt und analysiert werden [15]. Die bekanntesten Ansätze stützen sich auf Wilson und werden innerhalb der pflegewissenschaftlichen Theorieentwicklung als quantitative Ansätze bezeichnet [16]. Zu dieser Gruppe zählen die Methoden von Wilson selbst, Chinn und Kramer sowie Walker und Avant [13]. Das von Wilson vorgeschlagene Vorgehen wird als wenig dienlich eingeschätzt, da die Gefahr des systematischen Ausschlusses bestehe und die Auswirkungen von Zeit und Kontext auf das Konzept nicht berücksichtigt werden [13].

Einer der bekannteren qualitativen Ansätze der Pflegewissenschaft ist die evolutionäre Konzeptanalyse [17]. Zweck der evolutionären Konzeptanalyse ist die Klärung der aktuellen Verwendung eines Konzepts unter Berücksichtigung kontextueller und zeitlicher Aspekte [15]. Die Methode basiert auf einem induktiven Ansatz und einer systematischen und transparenten Datensammlung und Analyse [15]. Da Intensivbetreuung maßgeblich durch den ökonomischen, ethischen und kulturellen Kontext beeinflusst ist, wurde die evolutionäre Konzeptanalyse aufgrund des induktiven Ansatzes, der strikten Analyse und der philosophischen Grundannahmen als geeignet betrachtet.

Die evolutionäre Konzeptanalyse nach Rodgers

Die vorliegende Konzeptanalyse wird in Anlehnung an das Vorgehen nach Rodgers [15] in 6 Schritten durchgeführt. Nach einer Identifikation des Konzepts und dessen stellvertretenden Bezeichnungen (1) erfolgt die Literaturanalyse (Wahl der Stichprobe [2], eine Datensammlung [3] und Analyse [4]) sowie die Identifikation von Modellfällen (5) und Implikationen (6).

Konzept und stellvertretende Bezeichnungen

Das zu klärende Konzept ist „Intensivbetreuung“ bei erwachsenen Menschen in der stationären Psychiatrie. Stellvertretende Bezeichnungen sind 1:1-Betreuung, Sitzwache, Einzelbetreuung, special observation, constant observation und maximum observation.

Literaturanalyse

Für die Bildung der Stichprobe wurde nach Leitlinien, Reviews, quantitativen und qualitativen Studien, Fallstudien, Diskussionen, theoretischen Diskursen sowie Lehrbüchern gesucht. Zur

Abbildung des Kontextes der deutschsprachigen Schweiz sowie zur Förderung der Übertragbarkeit wurden 34 psychiatrische Institutionen via E-Mail über Fach- und Managementorganisationen um die Zusendung von Richtlinien und Dokumenten aus der Praxis gebeten. Den Institutionen wurde vollständige Anonymität bei der Zitierung zugesichert.

Die Quellen sollten ermöglichen, die Vorbedingungen, Eigenschaften und Konsequenzen von Intensivbetreuung bei erwachsenen Menschen in der stationären Psychiatrie zu beschreiben. Intensivbetreuung hat sich mit dem Aufkommen von neuen Konzepten wie Recovery und einem daraus folgenden Kultur- und Wertewandel im Verlauf der 90er-Jahre entwickelt [18]. Ausgeschlossen wurden deshalb Publikationen vor 1995 sowie Beobachtungsstudien und Quellen, die keine inhaltlichen Aussagen zum Konzept machen. Die Recherche erfolgte in Form einer elektronischen und manuellen Suche in den Datenbanken CINAHL, PubMed, Cochrane, PsychInfo, Swisssbib, CareLit sowie Suchoberflächen für Leitlinien (z. B. AWMF, NICE und g-i-n.net). Zusätzlich wurde eine Handsuche in deutschsprachigen sozialpsychiatrischen und pflegfachlichen Zeitschriften und Klassifikationssystemen (NANDA, NIC, NOC), durchgeführt. Auf MeSH-Terms wurde verzichtet aufgrund der unklaren Begriffe des Konzepts. Die folgenden deutschen und englischen Suchbegriffe wurden in unterschiedlichen Kombinationen passend zur Suchoberfläche der Datenbanken verwendet: (special) observation, mental health nursing, suicide, Intensivbetreuung, 1:1-Betreuung, Überwachung, Psychiatrie, Suizid.

Die Suchstrategie in den elektronischen Datenbanken ergab 920 Quellen, davon konnten 50 Quellen eingeschlossen werden. Aus der Zusendung von 23 internen Dokumenten aus 12 verschiedenen Kliniken wurden 9 Richtlinien eingeschlossen. Drei weitere Quellen wurden im Verlauf als wegweisende oder häufig zitierte Literatur identifiziert und nachträglich eingeschlossen. Insgesamt wurden 62 Quellen eingeschlossen, bestehend aus Leitlinien (n=5), Literaturübersichten (n=11), quantitativen und qualitativen Studien (n=26), Aktionsforschungen (n=2), Fallstudien (n=3), Diskussionsbeiträgen (n=2), einem theoretischen Diskurs, Lehrbüchern (n=3) und Praxisdokumenten (n=9) (► **Tab. 1**).

Datenanalyse

Die formale Datenanalyse erfolgte analog der thematischen Inhaltsanalyse am Ende der Datensammlung [15]. Aus jedem eingeschlossenen Text wurden die Vorbedingungen, Eigenschaften und Konsequenzen separat untersucht um zentrale Aspekte des Konzepts der Intensivbetreuung untersuchen zu können. Zu Beginn der Datenanalyse wurden zusätzlich zur Gewährleistung der Güte 10% der Quellen von 2 Autorinnen analysiert. Reflexionen zwischen den Autorinnen dienten der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit als einem zentralen Qualitätskriterium qualitativer Forschung [19].

Ergebnisse

Die Vorbedingungen, Eigenschaften und Konsequenzen des Konzepts der Intensivbetreuung lassen sich in insgesamt 8 Kategorien beschreiben (► **Abb. 1**). In der Onlineversion dieses Artikels sind alle Kategorien und sämtliche Quellen die verwendet wurden aufgeführt (► **Tab. 2**; im Internet).

Tab. 1 Anzahl eingeschlossener Quellen und deren Design.

Design	Anzahl Quellen
Leitlinien	5
Literaturübersichten	11
– narrativ	7
– systematisch	4
quantitative Studien	13
– prospektiv komparativ	3
– prospektive Korrelationsstudie	5
– retrospektive Korrelationsstudie	2
– Umfragen	3
qualitative Studien	13
– Ethnografie	6
– Grounded Theory	1
– unspezifisch	6
Aktionsforschung	2
unspezifische Publikationen	5
– Fallstudie	3
– Diskussion	2
theoretischer Diskurs	1
Lehrbücher	3
Praxisdokumente	9
total	62

Vorbedingungen

Vorbedingungen beinhalten Legitimation, Ressourcen sowie Kontextfaktoren (● **Abb. 1**).

Legitimation

Die Voraussetzungen für eine Intensivbetreuung sind gegeben durch eine Indikation, ein Assessment sowie die Zuweisung von Kompetenzen für Anordnung und Aufhebung. Indiziert ist Intensivbetreuung bei einer Selbstgefährdung aufgrund von Suizidalität oder selbstverletzendem Verhalten [20, 21]. Zusätzlich besteht meist eine fehlende Absprache- respektive Bündnisfähigkeit zwischen Betroffenen und Professionellen. Reine Fremdgefährdung zeigt sich selten als Indikation oder wird ausgeschlossen, obwohl verbale Aggression, Fluchtgefahr, Verweigern von Reservemedikation und Verstöße gegen die Stationsregeln im Zusammenhang mit Intensivbetreuung häufig auftreten [22–26]. Zur Anwendung von Intensivbetreuung bei Menschen mit einer Demenz oder Delir liegt keine Literatur vor [27]. Die Einschätzung des Risikos einer Selbst- oder Fremdgefährdung sollte auf einem strukturierten Assessment im Behandlungsteam erfol-

gen basierend auf dem klinischen Eindruck und der Beziehungsqualität [28–30]. Zur systematischen Risikoeinschätzung wird die Verwendung von validierten Assessmentinstrumenten empfohlen [31] wie der Broset-Violence-Checklist [32] oder der Nurses Global Assessment of Suicide Risk Skala (NGASR) [33]. Eine unfreiwillige Aufnahme, andere freiheitseinschränkende Maßnahmen, ein Alter von unter 38 Jahren und eine Anamnese von Drogenmissbrauch korrelieren mit Intensivbetreuung [25]. Anordnung und Aufhebung einer Intensivbetreuung werden in der Regel vom ärztlichen Dienst schriftlich und auf der Grundlage von Informationen und Beobachtungen von Pflegenden vorgenommen [28, 30, 34]. Einheitliche Vorgehensweisen konnten in der Literatur nicht identifiziert werden. Die Entscheidung kann auch durch Pflegende getroffen werden beispielsweise durch die Stationsleitung oder bei Abwesenheit des zuständigen ärztlichen Personals nach vorheriger Absprache [11]. Die Übertragung der Kompetenz an nichtärztliches Personal ist an Wochenenden von Bedeutung, denn eine verzögerte Aufhebung kann zu verlängerten Maßnahmen führen und ist für Betroffene mit einem Nachteil verbunden [11, 31]. Die Aufhebung erfolgt bei einem minimierten Risiko bzw. bei einer Absprachefähigkeit [35]. Die Betroffenen sollten in jedem Fall in die Entscheidung miteinbezogen werden [28].

Ressourcen

Interne Richtlinien, bauliche Strukturen sowie Informationen bilden 3 notwendige Ressourcen für die Durchführung von Intensivbetreuung. Die Ergebnisse stellen sich sehr heterogen dar und basieren auf widersprüchlichen Aussagen und Begründungen. Richtlinien geben Auskunft über Rolle, Verantwortung, Durchführung und Berichterstattung, doch werden diese in der Regel nicht korrekt umgesetzt [11, 23, 36, 37]. Rollen, Verantwortlichkeiten und Durchführung sind nicht einheitlich dokumentiert und die Umsetzung wird durch die jeweiligen Subtraditionen der Institutionen stark beeinflusst [37]. Intensivbetreuung findet in der Regel im geschlossenen Setting auf Akutstationen statt und die baulichen Strukturen beeinflussen neben dem Erleben auch die Form der Intensivbetreuung [11, 38]. Einerseits kann Überwachung direkt aus Sichtfenstern des Stationsbüros oder mittels Videokameras erfolgen, was mit einer Einschränkung von persönlichen Interaktionen verbunden ist [38]. Andererseits sind Richtlinien bekannt, in denen die Intensivbetreuung außerhalb der Station, der Institution oder im Garten stattfinden kann.

Vorbedingungen	Eigenschaften	Konsequenzen
<ul style="list-style-type: none"> • Legitimation <ul style="list-style-type: none"> • Indikation • Assessment • Anordnung • Ressourcen <ul style="list-style-type: none"> • interne Richtlinien • bauliche Strukturen • Informationen • Kontextfaktoren <ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnis nach Schutz • Haltungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation <ul style="list-style-type: none"> • Qualifikation • wechselnde Bezugspersonen • Dauer • Ort • Intervention <ul style="list-style-type: none"> • Beziehung • Re-Assessment • Transparenz • Spannungsfeld Kontrolle und Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Nebenwirkungen <ul style="list-style-type: none"> • Betroffene • Pflegende • Ressourcen • Konflikte <ul style="list-style-type: none"> • ethische Dilemmata • Rollenkonflikte

Abb. 1 Vorbedingungen, Eigenschaften und Konsequenzen von Intensivbetreuung.

Ein adäquater Informationsfluss muss gewährleistet sein zur Sicherstellung der Kontinuität zwischen den wechselnden Betreuungspersonen. Wissen über Hintergründe, Indikation und Risikofaktoren ist notwendig für eine qualitativ hochwertige Betreuung [11]. Mangelhafte Kommunikation steht im Zusammenhang mit kritischen Vorfällen und ein Feedback-Formular, das am Ende jeder Schicht von der Betreuungsperson ausgefüllt wird, kann dabei helfen, problematische Verhaltensweisen zu erkennen und passende Lösungsstrategien an die nächste Schicht weiterzugeben [10, 12].

Kontextfaktoren

Das Bedürfnis der Gesellschaft, gefährdete Individuen vor sich selbst und Drittpersonen zu schützen, sowie die Haltung von Professionellen sind wesentliche Kontextfaktoren [39]. Berichterstattung über Kriminalität und Terrorismus stellen in der heutigen Gesellschaft eine Minimierung von Risiken ins Zentrum und prägen auch aktuelle Risikomanagementstrategien im Gesundheitswesen [40]. Das Risiko für „Health Professionals“ bei einem Suizidversuch oder vollzogenem Suizid strafrechtlich verfolgt zu werden, ist hoch, sofern nicht alle notwendigen Maßnahmen ergriffen wurden [40]. Folglich ist davon auszugehen, dass bei einer Gefährdung nicht immer der Schutz der Patienten und Patientinnen im Zentrum steht, sondern der Schutz der Institutionen selbst [40].

Intensivbetreuung wird beeinflusst durch die kulturelle Perspektive einer Station bezüglich dem Zweck und Wert von Intensivbetreuung [41, 42]. Insbesondere Verhaltensweisen und Charakteristika des Personals beeinflussen die Erfahrung der Betroffenen stark [43]. Die Haltung von Pflegenden kann in 2 Ansätze unterteilt werden [44]. Der manifeste Ansatz, bei dem ein physisches Präsenz auf der Station erkennbar ist und der latente Ansatz, der sich durch ein unauffälliges und unsichtbares Verhalten von Pflegenden auszeichnet.

Eigenschaften

Die Eigenschaften von Intensivbetreuung können in 3 Kategorien unterteilt werden: Organisation, kennzeichnende Interventionen und Spannungsfeld von Kontrolle und Therapie (► **Abb. 1**).

Organisation

Intensivbetreuung wird einerseits als einfache Tätigkeit angesehen, für die keine spezielle Qualifikation notwendig ist, da es sich um reine Überwachung handle [45, 46], und andererseits als komplexe, anspruchsvolle Tätigkeit mit großer Verantwortung betrachtet [47]. Einige Quellen geben an, dass kein spezielles Wissen notwendig ist für die Betreuung und Schulung zu psychologischen Interventionen wie Stresstoleranz oder Angst- und Aggressionsmanagement und Trainings nur selten angeboten werden [12, 44, 46]. In anderen Quellen wiederum wird aufgezeigt, dass Fertigkeiten notwendig sind wie mentale Wachheit, die Bereitschaft sich einzulassen, die Fähigkeit zu vertrauen, eine Neugierde sowie das Erkennen und Reagieren auf Zustandsveränderungen [20, 30, 48, 49].

Erkennbar wird Intensivbetreuung durch die Zuordnung von wechselnden Betreuungspersonen mit unterschiedlicher Qualifikation zu einer gefährdeten Person. Die Zuordnung findet während einer bestimmten Zeitperiode statt, wobei ein Wechsel in der Literatur nach maximal 2 Stunden vorgeschlagen wird [8]. Mehrere Praxisrichtlinien hingegen gehen von einer Zuordnung während 8–10 Stunden aus. Die Dauer der Intervention orientiert sich grundsätzlich am Zustand der Betroffenen und kann

von wenigen Stunden bis zu mehreren Tagen dauern [29]. Dies führt zu einer Konfrontation mit unterschiedlichen Betreuungspersonen.

Die Maßnahme findet an unterschiedlichen Orten innerhalb einer psychiatrischen Akutstation statt, beispielsweise im Zimmer der Betroffenen aber auch unter der Dusche oder im Aufenthaltsraum [48].

Intervention

Drei Interventionen sind bei der Durchführung von Intensivbetreuung zentral: Beziehung, Re-Assessment und Transparenz. Von Bedeutung für die Beziehung zwischen Pflegenden und Betroffenen ist ein gegenseitiger Respekt, der aktive Einbezug der Betroffenen sowie die Vermittlung von Empathie, Interesse, Zuversicht und emotionaler Unterstützung durch Pflegepersonen [29]. Eine möglichst natürliche Gestaltung der Interaktionen hat sich als besonders effektiv und am wenigsten belastend für Betroffene gezeigt. Möglichweise gerade deshalb, da es von außen nicht als professionelle Intervention erkennbar ist [50]. Ein andauerndes Assessment durch Pflegenden während der Betreuung dient dem interdisziplinären Team zur systematischen Evaluation der Maßnahme und der Einschätzung von Risiken [44]. Die wiederholte Information und Orientierung kann schriftlich oder mündlich erfolgen und eine Übergabe in Anwesenheit der Betroffenen wird empfohlen [11, 12].

Spannungsfeld von Kontrolle und Therapie

Ziele und Maßnahmen von Intensivbetreuung wurden in einem Spannungsfeld von Kontrolle und Therapie identifiziert. Kontrolle zielt auf die physische Sicherheit ab und ist mit einer deutlichen Einschränkung der Privatsphäre und Autonomie verbunden [44, 45, 51]. Kontrollierende Interventionen zeichnen sich durch die Überwachung des Verhaltens der Betroffenen und der Gegenstände in deren Umgebung, dem Wahren von Distanz, dem Mangel an Empathie und Zuwendung und der Anwendung von Zwang aus [39, 46, 52]. Eine therapeutische Wirkung wird erreicht durch das Unterstützen von Gefühlsäußerungen, das Fördern von Selbstständigkeit, positivem Denken und der Beteiligung an ablenkenden Aktivitäten [39]. Pflegepersonen, die eine therapeutische Form der Überwachung durchführen, werden als fürsorglich, hilfreich, hoffnungsvoll und zugewandt wahrgenommen [46].

Konsequenzen

Als Konsequenzen identifiziert wurden negative und positive Nebenwirkungen sowie Konflikte zwischen ethischen Prinzipien und Rollen der Professionellen (► **Abb. 1**).

Nebenwirkungen

Betroffene von Überwachung beschreiben negative Gefühle während und nach der Durchführung von Intensivbetreuung und haben das Gefühl bestraft zu werden [39]. Unter der Bedingung, dass sich die Betroffenen wertgeschätzt und verstanden fühlen, kann die Maßnahme Sicherheit bieten und ein Gefühl von Hoffnung fördern [41]. Überwachung ist unter Pflegepersonen nicht beliebt. Es besteht wenig bis keine Motivation diese durchzuführen und die Trennung vom Team wird als beängstigend und langweilend erlebt [30, 31, 45]. Mit Mehrkosten von 4–20% des Personalbudgets muss gerechnet werden, doch fehlen klare Kostenberechnungen weitgehend, da weder Häufigkeit noch Ressourcen systematisch erfasst werden aufgrund fehlender konzeptueller Klarheit [46, 53].

Konflikte

Die Gewährleistung der Privatsphäre, die Sicherung der Umgebung und die widersprüchlichen Absichten von Therapie und Kontrolle können zu ethischen Dilemmata führen [29, 45]. Auch auf rechtlicher und gesellschaftlicher Ebene können ethische Konflikte beobachtet werden zwischen der Stärkung der Patientenautonomie und -rechten und den Anstrengungen, die Suizidrate zu senken [45]. Auch Rollenkonflikte zwischen persönlichen und berufsbezogenen Haltungen können identifiziert werden [31]. Neben Spannungen zwischen einem humanistischen und paternalistischen Hintergrund erleben Pflegendе zusätzlich eine Abwertung ihrer Rolle und eine Verletzung der professionellen Autonomie [31, 54]. Ein mangelnder Einbezug kann zur Umgehung von Richtlinien und dem Treffen von individuellen Entscheidungen führen. Dies verursacht eine inkonsequente Haltung gegenüber den Betroffenen und im Falle von Verletzung oder Tod können die Verantwortlichen aufgrund von Missachtung der Vorschriften zur Rechenschaft gezogen werden [31].

Modellfälle

Zwei Modellfälle sollen ein praktisches Beispiel sowie eine übergreifende Beschreibung des Konzepts ermöglichen [15].

Modellfall mit einem kontrollierenden Ansatz

Auf einer geschlossenen akutpsychiatrischen Abteilung mit vordemokratischer Haltung äußert ein Patient akute Suizidgedanken. Aufgrund eines hohen Risikos für eine Selbstgefährdung wird eine kontinuierliche Überwachung ärztlich verordnet und durch eine Pflegehilfe ausgeführt. Diese setzt sich im Mehrbettzimmer mit einer Zeitung neben den Patienten. Als er die Toilette aufsucht, folgt sie ihm mit dem unangenehmen Gefühl ihn in seiner Privatsphäre einzuschränken. Im Verlauf der nächsten 48 Stunden übernehmen mehrere Pflegehilfen die Überwachung für jeweils 8 Stunden. Der Patient, der sich in seiner Autonomie und Freiheit stark eingeschränkt fühlt, äußert nach 2 Tagen eine Besserung und zeigt sich im Arztgespräch absprachefähig. Die Überwachung wird aufgehoben.

Modellfall mit einem therapeutischen Ansatz

Auf einer teiloffenen psychiatrischen Akutstation mit einer patientenzentrierten Philosophie berichtet die Patientin von einem besonders starken Drang sich selbst zu verletzen. Der zuständige Pflegefachmann bespricht mit der Patientin die vorbereiteten Notfallszenarien und Bewältigungsstrategien. In Rücksprache mit der Patientin und dem interdisziplinären Team wird eine Intensivbetreuung angeordnet. Der Pflegefachmann übernimmt die ersten 2 Stunden und plant, im Sinne der Rückübertragung der Verantwortung und der Förderung von Hoffnung, Aktivitäten für den Nachmittag und Abend. Die Patientin nimmt den Pflegefachmann als fürsorglich, hilfreich und hoffnungsvoll wahr und fühlt sich sicher. Im Verlauf der nächsten Stunden wird die Intensivbetreuung von qualifizierten Pflegepersonen übernommen, die sich bewusst und aktiv auf die Patientin einlassen und so den Aufbau einer therapeutischen Beziehung fördern. Die Intensivbetreuung wird am nächsten Morgen in Absprache mit der Patientin vom interdisziplinären Team reduziert auf halbstündliche Kontaktaufnahme durch die zuständige Pflegefachperson.

Implikationen



Das Konzept der Intensivbetreuung liegt in einem Spannungsfeld von Kontrolle und Therapie sowie von Sicherheit der Betroffenen und Absicherung der Professionellen.

Gesellschaft und Disziplin haben das Konzept im Verlauf der Geschichte wesentlich geprägt und machen es zu dem, was es heute ist – eine Maßnahme zum Schutz von Leben durch das Erhalten einer Balance zwischen Kontrolle und Therapie [47, 55]. Dabei lassen sich 2 grundsätzlich voneinander abweichende Interventionen beobachten: Eine therapeutische Intervention, die den Respekt vor der Patientenautonomie ins Zentrum stellt und eine auf Traditionen beruhende kontrollierende Intervention, die insbesondere der Fürsorgepflicht der Profession sowie dem Bedürfnis nach Absicherung gerecht wird.

Da unsere Wahrnehmung und Beziehung zu Konzepten im Alltag durch die Verwendung von Worten stark beeinflusst wird, sollte die Sprache bewusst angepasst werden [40]. In diesem Sinne wird die Verwendung von 2 Begriffen empfohlen, um die therapeutische Intervention der Intensivbetreuung deutlich von der kontrollierenden Intervention, der Überwachung, abzugrenzen.

Überwachung

Die klassische Form der Überwachung, eine passive Tätigkeit, wird als traditionelle Aufgabe der Pflege und als kultureller Artefakt bezeichnet [40, 56]. Überwachung erzeugt ein soziales Gefängnis, bei dem die Kontrolle und Verantwortung bei Fachpersonen liegt [40, 51, 57]. Die Betreuungspersonen benötigen wenig Wissen, denn ihre Aufgaben liegen in der Befolgung von Richtlinien durch ständige Beobachtung. Dieses „Starren“ in seiner extremen Form ist mit einer Entmenschlichung und Freiheitseinschränkung verbunden und wird als panoptischer Mechanismus bezeichnet [48].

Das Panoptikum, ein Konzept zum Bau von Gefängnissen und anderen totalen Institutionen, ermöglicht die allumfassende Überwachung durch eine einzelne Überwachungsperson [57]. Ein kreisförmiges Gebäude, ausgerichtet um einen Beobachtungsturm im Zentrum, ermöglicht es, die Gefangenen jederzeit zu beobachten, während sie die Überwachenden nicht sehen können. Panoptische Mechanismen stellen im Zusammenhang mit unserer westlich-liberalen Disziplinargesellschaft einen effektiven Mechanismus zur Kontrolle und Überwachung dar [57]. Auch der Psychiatrie als Disziplin liegen solche Mechanismen zugrunde. Es stellt sich die Frage, ob diese der Überwachung zugrunde liegenden Mechanismen einer patientenorientierten Psychiatrie angemessen sind.

Intensivbetreuung

Eine intensive und engagierte Form der Betreuung am anderen Ende des Spannungsfelds zeichnet sich aus durch den bewussten Einsatz von Interventionen, die Sicherheit bieten und gleichzeitig Privatsphäre ermöglichen. Die Betreuungsperson bringt eine Reihe an Fertigkeiten und Kompetenzen mit, die eine individuelle und patientenorientierte Intensivbetreuung ermöglichen und sie dazu befähigt, therapeutische Interventionen anzuwenden.

Intensivbetreuung ist beeinflusst durch die Entwicklung moderner Konzepte der Psychiatrie. Insbesondere Patientenorientierung und -beteiligung gewinnen in aktuellen Versorgungsmodellen zunehmend an Bedeutung [58]. Dieser Paradigmenwechsel setzte bereits in den 50er-Jahren mit der sozial- und antipsychiatrischen Bewegung ein und wird gefördert von nationalen und internationalen politischen Forderungen nach mehr Patienten-

orientierung und -beteiligung [58]. Einen wesentlichen Beitrag dazu leistet das Konzept von Recovery, das als persönlicher Prozess von Betroffenen verstanden wird und sich an den persönlichen und individuellen Werten und Zielen orientiert [59]. Die Betreuung von Menschen in psychischen Ausnahmesituationen soll sich dementsprechend an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren und nicht am Bedürfnis der Institutionen, sich gegen Strafverfolgung abzusichern.

Die kontrollierende Form der Überwachung wird kritisiert und eine Verstärkung des therapeutischen Potenzials ist gefordert [28, 47, 60]. Die klassische Überwachung werde den Bedürfnissen der Betroffenen nicht gerecht, stelle eine belastende Tätigkeit für Pflegende dar, beruhe auf Traditionen und nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen [48, 60, 61]. Aus diesen Gründen soll der kontrollierende Ansatz durch neue Konzepte wie beispielsweise Engagement und die Vermittlung von Hoffnung abgelöst werden [55, 60]. Engagement bedeutet Vermittlung von Akzeptanz und Toleranz im Rahmen einer Beziehung durch Zuhören und Verstehen [60]. Die Vermittlung von Hoffnung, ein zentrales Thema in der Betreuung von suizidalen Menschen, kann durch die Anwesenheit eines Menschen entstehen, der unbedingte Akzeptanz, Toleranz und Verständnis praktiziert [62].

Limitationen

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit müssen aufgrund der Herkunft der Quellen unter Berücksichtigung des angloamerikanischen und deutschsprachigen Kontextes interpretiert werden und können nicht auf eine andere Kultur übertragen werden. Weiter wurden Praxisdokumente aus der Deutschschweiz einbezogen, was die Übertragbarkeit auf andere deutschsprachige Länder einschränkt. Eine Limitation ergibt sich aus der heterogenen Verwendung der Begrifflichkeiten und unklaren Suchwörtern. Folglich kann die Repräsentativität und Vollständigkeit der eingeschlossenen Literatur nicht abschließend beurteilt werden.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sind als Grundlage zu verstehen für weitere Untersuchungen und erlauben, Intensivbetreuung von anderen Maßnahmen wie Überwachung, Sitzwache oder Einzelbetreuung zu unterscheiden, gezielt zu erforschen und weiterzuentwickeln. Die therapeutische Intervention der Intensivbetreuung sollte dabei bewusst von der kontrollierenden Intervention unterschieden werden, da unterschiedliche Ziele verfolgt werden. Für weitere Forschungen muss beachtet werden, dass Intensivbetreuung eine komplexe Intervention darstellt, da sie eng mit institutionellen und gesellschaftlichen Faktoren verknüpft ist und eine schrittweise Prüfung von Übertragbarkeit, Machbarkeit, Wirksamkeit und Implementierbarkeit vorgeschlagen wird [63].

Gesellschaft und Disziplin beeinflussen das Konzept Intensivbetreuung und erzeugen eine Intervention im Spannungsfeld zwischen Therapie und Kontrolle sowie zwischen Sicherheit der Betroffenen und Absicherung der Professionellen. Dabei lassen sich 2 abweichende Interventionen beobachten, für die trotz Ressourcenintensität und hohen Kosten externe Evidenz fehlt und im Alltag auf interne Evidenz zurückgegriffen werden muss. Dies bedeutet, die Interaktionen vor dem jeweiligen biografischen und professionellen Hintergrund zu gestalten und dabei eine sinnvolle und begründete Balance zu halten auf einem Kontinuum zwischen Therapie und Kontrolle. Professionelle in der Praxis können

auf Basis des beschriebenen Konzepts ihre Haltungen und die damit verbundenen Konsequenzen reflektieren.

Konsequenzen für die Praxis

- ▶ Intensivbetreuung liegt in einem Spannungsfeld von Kontrolle und Therapie sowie von Sicherheit der Betroffenen und Absicherung der Professionellen. Die Abgrenzung des Konzepts Intensivbetreuung von der traditionellen Form der Überwachung wird empfohlen.
- ▶ Intensivbetreuung zeichnet sich aus durch den bewussten Einsatz von patientenorientierten und therapeutischen Interventionen, die Sicherheit und Privatsphäre ermöglichen.
- ▶ Professionelle sind aufgefordert, ihre Haltung bei Initiierung und Durchführung von Überwachungsmaßnahmen und damit verbundene Konsequenzen zu überdenken

Ergänzendes Material

Die **Tabelle 2** finden Sie im Internet unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1387244>.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Abstract

Between Control and Therapy: An Evolutionary Concept Analysis of Special Observation in Acute Psychiatric Wards

Objective: Special observation is a seriously invasive and resource intensive intervention. It is necessary to scientifically conceptualise this measure for further investigations and practice.

Methods: Evolutionary concept analysis.

Results: The identified antecedents, attributes and consequences of special observation range between control and therapy as well as the safety of patients and the coverage of the professionals. Antecedents comprise of legitimisation (indication, assessment, prescription), resources (internal guidelines, architectural structures, information) as well as context factors (security needs, personal attitudes). The identified attitudes are organisation (qualification, shifting carers, length, place), intervention (relationship, re-assessment, transparency) as well as the field of tension between control and therapy. The consequences consist of side effects (patients, nurses, resources) and conflicts (ethical dilemmas, role conflicts).

Conclusion: Society and discipline have influenced the concept over time and a distinction between the custodial and controlling pattern versus a therapeutic approach is recommended.

Literatur

- 1 *Sturny I, Hell D.* Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In: Kocher G, Oggier W Hrsg. Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Bern: Hans Huber; 2007
- 2 *Steinert T, Gebhardt RP.* Erfolge Zwangsmaßnahmen willkürlich? Psychiatr Prax 2000; 27: 282–285

- 3 Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB). 3. Abteilung: Der Erwachsenenschutz. Artikel 426. 2014: Im Internet: <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html#a426> (Stand: 20.07.2014)
- 4 *Needham I, Abderhalden C, Dassen T* et al. Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry. *Swiss Med Wkly* 2002; 132: 253–258
- 5 *Flood C, Bowers L, Parkin D*. Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. *Nurs Econ* 2008; 26: 325–330
- 6 *Nienaber A, Schulz M, Hemkendreis B* et al. Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung – Eine Literaturübersicht. *Psychiat Prax* 2013; 40: 14–20
- 7 *Stewart D, Bilgin H, Bowers L*. Special observation in psychiatric hospitals: a literature review. (Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programm). Im Internet: <http://www.kcl.ac.uk/iop/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/litreview/LitRevSpecObs.pdf> (Stand: 20.07.2014)
- 8 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Therapeutische Massnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. 2009: Im Internet: <http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien/leitlinien10.html> (Stand: 20.07.2014)
- 9 *Nienaber A, Löhr M, Hemkendreis B* et al. Intensivbetreuung Empfehlenswert? *Psych Pflege Heute* 2013; 19: 90–92
- 10 *Janofsky JS*. Reducing inpatient suicide risk: using human factors analysis to improve observation practices. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009; 37: 15–24
- 11 Clinical Resource Audit Group (CRAG). *Engaging People: Observation of People with acute mental health problems*. 2002: Im Internet: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2002/08/15296/10448> (Stand: 20.07.2014)
- 12 National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Violence – The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments*. 2005: Im Internet: <http://www.nice.org.uk/CG25> (Stand: 20.07.2014)
- 13 *Cutcliffe JR, McKenna HP*. *The essential concepts of nursing*. Philadelphia: Elsevier; 2005
- 14 *Meleis AI*. Chapter 3: Theory: Metaphors, Symbols, Definitions. In: *Meleis AI. Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3. Aufl. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005: 30–49
- 15 *Rodgers BL*. *Concept Analysis: An Evolutionary View*. In: *Rodgers BL, Knafel KA, eds. Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications*. 2. Aufl. Philadelphia: Saunders; 2000: 77–102
- 16 *Knafel KA, Dearrick JA*. *Knowledge Synthesis and Concept Development in Nursing*. In: *Rodgers BL, Knafel KA, eds. Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications*. 2. Aufl. Philadelphia: Saunders; 2000: 39–54
- 17 *Rodgers BL*. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *J Adv Nurs* 1989; 14: 330–335
- 18 *Amering M, Schmolke M*. *Recovery – das Ende der Unheilbarkeit*. 5. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2012
- 19 *Steinke I*. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: *Flick U, Kardoff E, Steinke I, Hrsg. Qualitative Forschung*. Reinbek bei Hamburg: rororo; 2003: 319–331
- 20 *Bowers L, Dack C, Gul N* et al. Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: an analysis of data from the National Patient Safety Agency. *Int J Nurs Stud* 2011; 48: 1459–1465
- 21 *Kettles AM, Moir E, Woods P* et al. Is there a relationship between risk assessment and observation level? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11: 156–164
- 22 *Bowers L, Whittington R, Nolan P* et al. Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: City-128 study. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 395–401
- 23 *Kettles AM, Paterson K*. Flexible observation: guidelines versus reality. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14: 373–381
- 24 *Stewart D, Bowers L*. Under the gaze of staff: special observation as surveillance. *Perspect Psychiatr Care* 2012; 48: 2–9
- 25 *Stewart D, Bowers L, Ross J*. Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: the dual role of constant special observation. *J Adv Nurs* 2012; 68: 1340–1348
- 26 *Stewart D, Bowers L, Warburton F*. Constant special observation and self-harm on acute psychiatric wards: a longitudinal analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31: 523–530
- 27 *Dewing J*. Special observation and older persons with dementia/delirium: a disappointing literature review. *Int J Older People Nurs* 2013; 8: 19–28
- 28 *Addo MA, McKie A, Kettles AM* et al. Are nurses empowered to make decisions about levels of patient observation in mental health? *Nursing Times* 2010; 106: 26–28
- 29 *Cardell R, Pitula CR*. Suicidal inpatients' perceptions of therapeutic and nontherapeutic aspects of constant observation. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 1066–1070
- 30 *Clery M, Jordan R, Horsfall J* et al. Suicidal patients and special observation. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999; 6: 461–467
- 31 *Duffy D*. Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients. *Journal of advanced nursing* 1995; 21: 944–950
- 32 *Abderhalden C, Needham I, Dassen T* et al. Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 17
- 33 *Abderhalden C, Grieser M, Koziel B* et al. Wie kann der pflegerische Beitrag zur Einschätzung der Suizidalität systematisiert werden? *Psych Pflege Heute* 2005; 11: 160–164
- 34 *Neu P, Erbe S*. *Akutpsychiatrie: das Notfall-Manual*. Stuttgart: Schattauer; 2011
- 35 *O'Brien L, Cole R*. Close-observation areas in acute psychiatric units: a literature review. *Int J Ment Health Nurs* 2003; 12: 165–176
- 36 *Neilson P, Brennan W*. The use of special observations: an audit within a psychiatric unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8: 147–155
- 37 *Langenbach M, Junaid O, Hodgson-Nwaefulu CM* et al. Observation levels in acute psychiatric admissions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249: 28–33
- 38 *Page MJ*. Methods of observation in mental health inpatient units. *Nurs Times* 2006; 102: 34–35
- 39 *Fletcher RF*. The process of constant observation: perspectives of staff and suicidal patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999; 6: 9–14
- 40 *Buchanan-Barker P, Barker P*. Observation: the original sin of mental health nursing? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005; 12: 541–549
- 41 *Pitula CR, Cardell R*. Suicidal inpatients' experience of constant observation. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 649–651
- 42 *Stevenson C, Cutcliffe J*. Problematising special observation in psychiatry: Foucault, archaeology, genealogy, discourse and power/knowledge. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13: 713–721
- 43 *Jones J, Ward M, Wellman N* et al. Psychiatric inpatients' experience of nursing observation. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2000; 38: 10–20
- 44 *Salzmann-Erikson M, Eriksson H*. Latent or manifest observers: two dichotomous approaches of surveillance in mental health nursing. *Nurs Res Pract* 2011: e-pub 10.1155/2011/254041
- 45 *Barre T, Evans R*. Nursing observations in the acute inpatient setting: A contribution to the debate. *Ment Health Pract* 2002; 5: 10–14
- 46 *Cutcliffe JR, Stevenson C*. Never the twain? Reconciling national suicide prevention strategies with the practice, educational, and policy needs of mental health nurses (Part one). *Int J Ment Health Nurs* 2008; 17: 341–350
- 47 *Vrale GB, Steen E*. The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005; 12: 513–518
- 48 *Hamilton B, Manias E*. The power of routine and special observations: producing civility in a public acute psychiatric unit. *Nurs Inq* 2008; 15: 178–188
- 49 *Mackay I, Paterson B, Cassells C*. Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005; 12: 464–471
- 50 *Hamilton B, Manias E*. Rethinking nurses' observations: psychiatric nursing skills and invisibility in an acute inpatient setting. *Soc Sci Med* 2007; 65: 331–343
- 51 *Ray R, Perkins E, Meijer B*. The evolution of practice changes in the use of special observations. *Arch Psychiatr Nurs* 2011; 25: 90–100
- 52 *Kiehne W*. Suizidalität und Umgang mit suizidalen Patienten. *Psych Pflege Heute* 2005; 11: 17–22
- 53 *Moore P, Berman K, Knight M* et al. Constant observation: implications for nursing practice. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1995; 33: 46–50
- 54 *O'Brien L, Cole R*. Mental health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas. *Int J Ment Health Nurs* 2004; 13: 89–99
- 55 *Cox RM, Hayter MR, Ruane J*. Alternative approaches to "enhanced observations" in acute inpatient mental health care: a review of literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010; 17: 162–171
- 56 *Holyoake DD*. I spy with my little eye something beginning with O: looking at what the myth of 'doing the observations' means in mental

- health nursing culture. *J Psychiatr Ment Health Nurs*-first: DOI: 10.1111/jpm.12056
- 57 *Foucault M.* Überwachen und Strafen: die Geburt des Gefängnisses. 14. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1994
- 58 *Becker T, Hoffman H, Puschner B* et al. Versorgungsmodell in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2008
- 59 *Amering M, Schmolke M.* Hoffnung – Macht – Sinn Recovery Konzepte in der Psychiatrie. *Manag Care* 2006; 1: 20 – 22
- 60 *Cutcliffe JR, Barker P.* Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or "observations". *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002; 9: 611 – 621
- 61 *Manna M.* Effectiveness of formal observation in inpatient psychiatry in preventing adverse outcomes: the state of the science. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010; 17: 268 – 273
- 62 *Cutcliffe JR.* How do nurses inspire and instil hope in terminally ill HIV patients? *J Adv Nurs* 1995; 22: 888 – 895
- 63 *Voigt-Radloff S, Stemmer R, Behrens J* et al. Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. 2013: Im Internet: http://www.cochrane.de/sites/cochrane.de/files/uploads/GFB_Leitfaden.pdf (Stand: 20.07.2014)