

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Direktorin: Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer

Recovery-orientierte psychiatrische Akutpflege:
Ergebnisse einer kontrollierten Interventionsstudie in zwei
psychiatrischen Kliniken

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)
für das Fachgebiet Gesundheits- und Pflegewissenschaften

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Betreuer: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens

Von: Gianfranco Zuaboni
geboren am 27. Januar 1968 in Winterthur, Schweiz

Gutachter
1. Univ. Prof. Dr. Michaela Amering
2. Prof. Dr. med. habil. Dipl.-Psych. Klaus-Thomas Kronmüller
3. Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens

12. Juli 2016

31. August 2017

Referat

Zielsetzung: In der Literatur werden recovery-orientierte Ansätze als erstrebenswerte Form der psychiatrischen Pflege beschrieben. Wie diese Ansätze in die Praxis implementiert werden können, ist noch wenig bekannt. Mit der vorliegenden Dissertation wurde diese Thematik im Rahmen einer kontrollierten Interventionsstudie untersucht. **Methode:** Im Rahmen einer multizentrisch durchgeführten, kontrollierten Interventionsstudie wurden mittels einer Prä-Postmessung die Auswirkungen der Intervention aus der Perspektive der Patientinnen sowie der Pflegefachpersonen der Interventionsstationen mit denjenigen der Kontrollstationen verglichen. Die Intervention setzt sich aus einer Schulungseinheit und aus praktischen Umsetzungselementen für Pflegefachpersonen in psychiatrischen Aufnahmestationen zusammen. Auf den Kontrollstationen erfolgte die übliche Behandlung. Zur primären Ergebnismessung wurde die »Recovery Self Assessment Scale« verwendet. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt über die berechneten Mittel- und Medianwerte, mittels des Mann-Whitney-U-Test wurde die zentrale Tendenz der Stichproben verglichen. Die statistischen Auswertungen wurden mit der Software »SPSS Statistics 22« berechnet.

Sample: Anlässlich der zwei Erhebungszeitpunkte konnten auf den Interventionsstationen 138 Fragebögen von Patienten sowie 81 Fragebögen von Pflegefachpersonen eingeschlossen werden. Auf den Kontrollstationen wurden 43 Fragebögen von Patientinnen sowie 28 Fragebögen von Pflegefachpersonen eingeschlossen. **Ergebnisse:** Die Patientengruppe und die Gruppen der Pflegefachpersonen der Interventions- und Kontrollstationen unterschieden sich hinsichtlich Alter und Geschlecht über beide Erhebungszeitpunkte hinweg mehrheitlich nicht signifikant. Sowohl auf den Interventions- als auch auf den Kontrollstationen wurde eine Zunahme der Recovery-Orientierung von Seiten der Patienten und der Pflegefachpersonen erfasst. Diese Veränderungen sind jedoch beide nicht statistisch signifikant. **Schlussfolgerungen:** Auf der Grundlage der Ergebnisse kann keine eindeutige Aussage gemacht werden, inwieweit die Intervention die Recovery-Orientierung von psychiatrischen Aufnahmestationen fördern kann. Obwohl das eingesetzte Instrument in verschiedenen Studien verwendet wurde, können psychometrische Mängel nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Diese sollten in weiterführenden Testungen untersucht werden. Recovery-Orientierung erfordert eine Veränderung von Arbeitsweisen im klinischen Alltag, die mittels zukünftiger Forschungsaktivitäten weiter untersucht werden sollte.

Zuaboni, Gianfranco: Recovery-orientierte psychiatrische Akutpflege: Ergebnisse einer kontrollierten Interventionsstudie in zwei psychiatrischen Kliniken. Halle, Martin-Luther-Universität, Med. Fak., Diss., 62 Seiten, 2016.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Definition und Differenzierungen.....	2
1.2 Theoretischer Bezugsrahmen von Recovery.....	3
1.2.1 Merkmale von Recovery	4
1.2.2 Prozesse von Recovery	5
1.2.3 Stadien von Recovery.....	6
1.3 Bedeutung für die psychiatrischen Dienstleistungen	7
1.4 Recovery messen	8
1.5 Interventionsstudien zu Recovery.....	12
1.6 Pflege und Recovery.....	14
1.6.1 Psychiatrische Pflege.....	14
1.6.2 Psychiatrische Pflege und Recovery	15
1.7 Schulung- und Weiterbildungsprogramme für Recovery	18
1.8 Interventionsstudien in der psychiatrischen Pflege.....	21
2 Zielsetzung	23
3 Material und Methode	24
3.1 Studiendesign und Untersuchungsablauf	24
3.2 Stichprobe	25
3.3 Intervention	25
3.4 Datensammlung.....	27
3.5 Ethische Prüfung.....	27
3.6 Statistische Methoden.....	28
4 Ergebnisse	29
4.1 Eigenschaften der Probanden	29
4.2 Ergebnisse der RSA-D-Vergleiche	32
5 Diskussion	37
6 Zusammenfassung	52
Literaturverzeichnis.....	53
Thesen	63
Tabellarischer Lebenslauf.....	65

Abkürzungsverzeichnis

α	Alpha
CI	Confidence Interval (Konfidenzintervall)
Consumer	Konsument, Konsumentin der Gesundheitsdienstleistungen (USA)
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DRKS	Deutsches Register klinischer Studien
etc.	et cetera
ICC	Intra-Class-Correlation (Intra-Klassen-Korrelation)
IMR	Illness Management and Recovery Program
IQR	Interquartil Range (Interquartilsabstand)
ISPOR	International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research
Md	Median
N, n	Population
n./s.	nicht signifikant
NHS	National Health Service
p, P-Wert	Signifikanzwert
Peers	Ebenbürtig; im psychiatrischen Setting Person mit eigenen Krankheitserfahrungen
QPR	Questionnaire about Processes of Recovery
RAS	Recovery Assessment Scale
RCT	Randomized Controlled Trial
RKI	Recovery Knowledge Inventory
RSA	Recovery Self Assessment Scale
RSA-D	Recovery Self Assessment Skala – Deutsche Version
RSA-RN	Recovery Self Assessment – Registered Nurse
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
SRAN	Swiss Research Agenda for Nursing
STORI	Stages of Recovery Inventory
TRAPD	Translation, Review, Adjudication, Pre-testing and Documentation
TRIP	Team Recovery Implementation Plan
u. a.	unter anderem
UK	Großbritannien
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
User	Nutzer, Nutzerin des Gesundheitswesens (UK)

vs	versus
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel
z, z-Wert	Standardisierte Werte
\bar{x}	Arithmetisches Mittel
%	Prozente

1 Einleitung

Menschen mit schweren psychischen Erschütterungen sind auf unterschiedliche Art und Weise auf Hilfe und Unterstützung angewiesen. Innerhalb der verschiedenen Hilfesysteme kommt dabei der Psychiatrie eine zentrale Bedeutung zu. Deren fachliche Ausrichtung ist einem steten Veränderungsprozess ausgesetzt, der neben neuen Erkenntnissen aus der Forschung auch gesellschaftlichen Einflüssen entsprechen muss (Foucault, 2013). Über die aktuelle Auseinandersetzung mit dem Recovery-Ansatz wird die Ausrichtung der Psychiatrie sowohl von fachlicher als auch von gesellschaftlicher Perspektive gleichermaßen tangiert. Als Ausgangspunkt der fachlichen Auseinandersetzung mit Recovery im deutschsprachigen Raum kann die Publikation von Michaela Amering und Margrit Schmolke (Amering und Schmolke, 2007) bezeichnet werden. Seither folgten weitere Publikationen und Fachtagungen zum Thema und Recovery wurde mittlerweile in die S3-Leitlinien »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) als eigentliche Zielsetzung psychosozialer Interventionen festgelegt (DGPPN, 2013, S. 32ff). In Ländern wie z. B. den Vereinigten Staaten von Amerika, Neuseeland und Großbritannien ist Recovery bereits Bestandteil gesetzlicher Vorgaben für die psychiatrische Gesundheitsversorgung (Slade et al., 2008). Und auf globaler Ebene wurde im Strategieplan der Weltgesundheitsbehörde (WHO) zur Förderung der psychischen Gesundheit (WHO, 2013) Recovery als eine bedeutende Maßnahme aufgeführt, um die Zielsetzungen zu erreichen.

Es ist in vergleichsweise kurzer Zeit gelungen, Recovery auf die Agenda der psychiatrischen Dienstleistungen zu setzen. Dies ist maßgeblich von Betroffenen (»Consumer«) initiiert worden, die sich in den USA in den 1970er-Jahren erfolgreich politisch zu engagieren begannen (Rissmiller und Rissmiller, 2006). Diese soziale Bewegung von Menschen, die psychiatrische Dienstleistungen in Anspruch nahmen (Rogers und Pilgrim, 1991), gelang es zunehmend, ihren Einfluss zu erweitern (Crossley, 1998). So beispielsweise auch in der englischen Gesundheitsversorgung National Health Service (NHS), wo an den unterschiedlichsten Positionen »Users« engagiert sind, welche sich für die Interessen und Anliegen der Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzen (Williams und Lindley, 1996). Mittlerweile gilt die Beteiligung von Patientinnen und Patienten in den Bereichen Aufbau, Planung sowie der Erbringung und Evaluierung von psychiatrischen Dienstleistungen als eine wichtige

Maßnahme zur Förderung des Empowerment der Patientinnen und Patienten (WHO, 2010).

Bei der Entwicklung des Recovery-Ansatzes kommt der gelebten Erfahrung eine zentrale Bedeutung zu. Exponenten der Recovery-Bewegung wie die Psychologin Patricia Deegan oder der Psychiater Dan Fisher haben Erfahrungen mit eigenen schweren psychischen Erkrankungen in ihrer Arbeit offen thematisiert (Deegan, 1988; Fisher, 1994). Erkenntnisse aus ihren persönlichen Krankheitserfahrungen flossen danach in die Konzeption des Recovery-Ansatzes mit ein. Persönliche und individuell unterschiedliche Recovery-Erfahrungen von Betroffenen stehen auch im Fokus von qualitativen Studien, die zur weiteren Klärung und Entwicklung des Ansatzes beitragen (Cabassa et al., 2013; Davidson und Strauss, 1992; Mancini et al., 2005; Ridgway, 2001).

1.1 Definition und Differenzierungen

Der Begriff Recovery kann in der deutschen Sprache mit Gesundheit, Erholung oder Wiederherstellung umschrieben werden. Im Bereich der psychischen Gesundheit hat sich mit dem Begriff Recovery ein Verständnis einer subjektiven und individuellen Erfahrung etabliert. William Anthony (1993) fasst dies folgendermaßen zusammen: »Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.«¹

Daneben führte Elisabeth Collier in einem Artikel aus, daß der Begriff Recovery mehrdeutig sei und deshalb zu Missverständnissen führen könne (Collier, 2010). Sie empfiehlt, eine Unterscheidung zwischen »Medical Recovery« und »Life Recovery« zu etablieren. Mit »Medical Recovery« bezeichnet sie das traditionelle Verständnis von

¹ »Recovery wird als ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen beschrieben. Es ist ein Weg, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben, trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Einschränkungen zu leben. Recovery beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben, während man gleichzeitig über die katastrophalen Auswirkungen von psychischer Krankheit hinauswächst.« (Übersetzung G.Z.).

Gesundung, welches die Absicht gängiger Behandlungen ist. Dagegen steht der Begriff »Life Recovery« für persönliche Entwicklung und Wandel. Bei der Interpretation dieser individuellen Erfahrungen haben psychiatrische Klassifikationen gegebenenfalls keinen Anteil, und für den Prozess des Wachstums kann Symptomreduktion irrelevant sein.

Eine weitere Differenzierung, die mit der von Elisabeth Collier vergleichbar ist, schlägt Mike Slade vor. Er unterscheidet zwischen »Clinical Recovery« (klinischer Recovery) und »Personal Recovery« (personenzentrierter oder persönlicher Recovery) (Slade, 2009): Die »Clinical Recovery« entspricht Vorstellungen, die aus den Erfahrungen psychiatrischer Fachpersonen heraus entstanden sind. Dabei geht es um die Reduktion von Symptomen, die Wiederherstellung der sozialen Funktionsfähigkeit und ganz allgemein darum, wieder zur Normalität zurückzukehren. Die »Personal Recovery« ist hingegen eine Vorstellung, die auf den persönlichen Erfahrungen von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen beruht. Sie unterscheidet sich in gewissen Bereichen grundlegend von der »Clinical Recovery«.

Trotz der vielen Bemühungen, Recovery fassbar und vermittelbar zu machen, scheint es unmöglich, eine allgemeingültige Definition zu finden, welche die Überzeugungen der unterschiedlichen Interessengruppen vereinen könnte. So kann Recovery gleichzeitig als Bezeichnung für eine soziale Bewegung, einen individuellen Prozess sowie für die Ausrichtung einer zeitgemäßen psychiatrischen Dienstleistung stehen. Auch wird Recovery verschiedentlich als Modell (Bellack, 2006; Caldwell et al., 2010), als Paradigma (Delaney, 2010), als Konzept (Kelly und Gamble, 2005) oder Vision (Gagne et al., 2007) bezeichnet.

Es scheint auch bedeutsam zu sein, aus welcher Position man sich dem Phänomen Recovery nähert. Als psychiatrische Fachperson ohne eigene Krankheitserfahrungen setzt man bei der Auseinandersetzung mit Recovery andere Schwerpunkte als es beispielsweise eine politisch aktive Betroffenenvertretung oder eine Person mit eigenen Krankheitserfahrungen tut (Brown et al., 2008). Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte der Begriff Recovery im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit jeweils mit entsprechenden Umschreibungen ergänzt werden.

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Recovery im Sinne der »Personal Recovery« respektive der »Life Recovery« verwendet.

1.2 Theoretischer Bezugsrahmen von Recovery

Auf der Basis einer systematischen Literaturreview wurde von Mary Leamy et al. (2011) ein theoretischer Bezugsrahmen von Recovery mittels einer narrativen

Synthesis erarbeitet. Die narrative Synthesis ist ein Ansatz zur Bearbeitung von Ergebnissen aus Literaturreviews. Dabei werden diese Ergebnisse anhand eines dreiteiligen Stufenprozesses zu einem theoretischen Bezugsrahmen zusammengefasst (Popay et al., 2006).

Ein theoretischer Bezugsrahmen ist ein Netzwerk oder ein Plan von untereinander verknüpften Konzepten, die zu einem vertieften Verständnis eines Phänomens beitragen (Jabareen, 2009). Der theoretische Bezugsrahmen soll als Grundlage zukünftiger Studien und Praxisprojekten dienen. Die drei Kategorien des Recovery-Bezugsrahmens (Merkmale, Prozesse und Phasen von Recovery) werden in der Folge erläutert (Leamy et al., 2011):

1.2.1 Merkmale von Recovery

In dieser Kategorie sind einzelne Merkmale von Recovery aufgeführt und kurz erläutert:

- Recovery ist ein aktiver Prozess:
Recovery setzt das Handeln der betroffenen Person voraus, welche die Gestaltung des Prozesses übernimmt.
- Recovery ist individuell und einzigartig:
Was die jeweiligen Inhalte und Ausprägungen von Recovery auszeichnet, ist deren hohes Maß an Individualität und Einzigartigkeit.
- Recovery ist nicht-linear:
Recovery können auch Erfahrungen einer Wiedererkrankung beinhalten, welche nicht als Zeichen des Scheiterns verstanden werden.
- Recovery als eine Reise:
Von vielen Betroffenen wird Recovery als eine Reise beschrieben, deren Ausgang offen bleibt.
- Recovery in Etappen und Phasen:
Ein weiteres Merkmal ist, daß die Recovery-Reise in Etappen und Phasen verlaufen kann.
- Recovery als eine Anstrengung, ein Kampf:
Recovery beansprucht das Individuum und deren Umfeld.
- Recovery als multidimensionaler Prozess:
Unterschiedliche Bereiche können innerhalb des Recovery-Prozesses betroffen sein.
- Recovery ist ein sukzessiver Prozess:
Recovery als fortlaufender Prozess, welcher auf Erfahrungen aufbaut und diese bei anstehenden Entscheidungen berücksichtigt.
- Recovery ist eine lebensverändernde Erfahrung:

Für Betroffene kann die Auseinandersetzung mit der eigenen Recovery zu einer grundsätzlichen Neuausrichtung von Lebensentwürfen führen.

- Recovery ohne Behandlung / Therapie:
Recovery ist nicht das Ergebnis einer Behandlung oder Therapie.
- Recovery wird durch eine unterstützende und heilsame Umgebung gefördert:
Das Umfeld und das Setting haben einen positiven Einfluss auf den Recovery-Prozess.
- Recovery kann ohne professionelle Interventionen erfolgen:
Die Recovery-Reise kann auch ohne professionelle Hilfe und Unterstützung erfolgen.
- Recovery als Prozess von Versuch und Irrtum:
Innerhalb der Recovery-Reise ist die Möglichkeit aus Fehlern zu lernen, eine wichtige Quelle für Erkenntnisse.

1.2.2 Prozesse von Recovery

Die zweite Kategorie beschreibt die Prozesse von Recovery. Sie ist in fünf Subkategorien unterteilt. Die Anfangsbuchstaben der einzelnen Subkategorien bilden das Akronym »CHIME«.

Subkategorie 1: Verbundenheit (»Connect^{ed}ness«)

Darin sind Prozesse des Peersupports² durch unterstützende Gruppen (Selbsthilfegruppen), durch Beziehungen und Unterstützung durch andere Personengruppen sowie zur sozialen Inklusion zusammengefasst.

Subkategorie 2: Hoffnung und Optimismus für die Zukunft (»Hope and Optimism about the Future«)

Unter dieser Subkategorie sind folgende Prozesse zusammengefasst: An die Genesung glauben, Motivation für Wandel, hoffnungsvolle und inspirierende Beziehungen, positives Denken, Wertschätzung von Erfolgen und das Verfügen von Träumen und Zielen.

² Mit dem Begriff »Peer« werden Personen bezeichnet, welche über ähnliche Erfahrungen verfügen. Bezüglich psychischer Gesundheit sind es Menschen, die eigene Erfahrungen mit Erkrankungen und Klinikaufenthalten haben. Mittlerweile hat sich eine neue Berufsgruppe gebildet, der auf der Grundlage persönlicher Erfahrungen sowie einer spezifischen Ausbildung bei der Vermittlung von Recovery eine zentrale Bedeutung zukommt: bei Betroffenen, Fachpersonen und allgemein in der Gesellschaft (Utschakowski, 2012). Aktuell werden verschiedene Berufsbezeichnungen verwendet: Genesungsbegleiter, Experte aus Erfahrung, Peer und Peerexperte.

Subkategorie 3: Identität (»Identity«)

In dieser Subkategorie sind Prozesse des Wiedererlangens einer positiven Identität und des Bewältigens von Stigma zusammengefasst.

Subkategorie 4: Bedeutung im Leben (»Meaning in Life«)

Darunter sind Prozesse hinsichtlich der Bedeutung der psychischen Krankheitserfahrung, der Spiritualität, der Lebensqualität, eines bedeutungsvollen Lebens und sozialen Rollen sowie des Wiederaufbaus des Lebens aufgeführt.

Subkategorie 5: Ermächtigung (»Empowerment«)

In dieser Subkategorie sind Prozesse der persönlichen Verantwortung, der Kontrolle über das eigene Leben sowie die Ausrichtung auf Stärken und Ressourcen aufgeführt.

1.2.3 Stadien von Recovery

Es wurden verschiedene Phasenmodelle entwickelt, um den Verlauf von Recovery zu beschreiben. Leamy et al. (Leamy et al., 2011) konnten eine Vielzahl der Modelle mit dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderungen zusammenfassen (Prochaska und DiClemente, 1984). Das Modell beschreibt Phasen der Verhaltensänderung und dient der Erklärung, der Prognose und der Beeinflussung von Verhaltensänderungen. Gemäß diesem Modell werden im Prozess einer Verhaltensänderung verschiedene Stadien absolviert: (i) Absichtslosigkeit (»Precontemplation«); keine Absicht vorhanden, ein problematisches Verhalten zu ändern, (ii) Absichtsbildung (»Contemplation«); eine Verhaltensänderung wird in Erwägung gezogen, (iii) Vorbereitung (»Preparation«); es werden konkrete Maßnahmen zur Verhaltensänderung geplant, (iv) Handlung (»Action«); Maßnahmen werden umgesetzt, die Verhaltensänderung durchgeführt und (v) Aufrechterhaltung / Wachstum (»Maintenance and Growth«) über ein längeres Stadium wird die Verhaltensänderung beibehalten.

Die Orientierung am Modell ermöglicht es, in der Begleitung von Patientinnen und Patienten den unterschiedlichen Stufen entsprechende Angebote zu machen, welche die Verhaltensänderung unterstützen. So kann beispielsweise für eine schwererkrankte Person, die sich in der Stufe der Absichtslosigkeit befindet und keine Möglichkeiten der eigenen Recovery in Betracht zieht, die Vermittlung von Peers ein hilfreiches Angebot darstellen (Repper und Carter, 2011).

Zusammenfassung:

Der von Leamy et al. beschriebene theoretische Bezugsrahmen umfasst Merkmale, Prozesse und Stadien von Recovery. Die Kategorie »Prozesse von Recovery« (Verbundenheit, Hoffnung und Optimismus, Identität, Bedeutung im Leben und

Ermächtigung) hat gemäß den Autoren (Leamy et al., 2011) die größte Relevanz für die klinische Forschung und der Praxis.

1.3 Bedeutung für die psychiatrischen Dienstleistungen

Psychiatrische Dienstleistungen sind häufig die wichtigsten Anlaufstellen für Menschen mit psychischen Erschütterungen. Durch ihre prominente Position ist es unabdingbar, daß sich die psychiatrischen Dienstleistungen mit Recovery auseinandersetzen, um allfälligen Anfragen der von ihnen betreuten Patientinnen und Patienten adäquat begegnen zu können. Dabei stellt sich eine grundlegende Frage: Welche Konsequenzen hat es für die psychiatrischen Dienstleistungen, wenn Recovery gemäß Julie Repper und Rachel Perkins (2003) keine Intervention ist, welche von Fachpersonen durchgeführt werden kann? Für Marianne Farkas führt diese Ausgangslage dazu, daß alle Dienstleistungen zu den Ergebnissen und Erfahrungen von Recovery (z. B. Wellbeing, Selbstwirksamkeit, Empowerment etc.) beitragen, oder eben diese verhindern können (Farkas, 2007).

Gemäß Shepherd et al. (2008) liegt der Unterschied zwischen einer recovery-orientierten Dienstleistung und einer traditionellen Dienstleistung in der Gewichtung der Lebensqualität und der Arbeitsbeziehung zwischen Fachpersonen und Patientinnen und Patienten. Für ein Individuum kann im Verlauf seines Recovery-Prozesses der Reduktion von Symptomen eine Schlüsselrolle zukommen. Im Zentrum steht jedoch die Sicherstellung der Lebensqualität, welche primär durch die betroffene Person beurteilt respektive definiert werden soll. Des Weiteren zeichnet sich die Arbeitsbeziehung dadurch aus, daß die Fachperson der Patientin, dem Patienten Angebote wie Informationen, Skills, Netzwerke und Unterstützung unterbreitet. Diese Ressourcen sollen die Person darin unterstützen, den eigenen Zustand zu handhaben und ihr darüber hinaus helfen, diejenigen Fertigkeiten zu erlangen, die ihr notwendig erscheinen, um ihr Leben bewältigen zu können.

Recovery-orientierte Dienstleistungen basieren gemäß Farkas et al. (2005) auf grundlegenden Werten (siehe Tabelle 1), welche auf der Ebene der Organisation und der Mitarbeitenden zum Tragen kommen. Diese Werte verweisen darauf, wie die Dienstleistungen erbracht und Mitarbeitende weitergebildet und supervidiert werden sollten.

Tabelle 1: Recovery-Schlüsselwerte von Dienstleistungen (Farkas et al., 2005)

<i>Personenorientierung</i>	Die Dienstleistung fokussiert primär auf das Individuum. Wesentlich ist dabei, das Individuum mit Stärken, Talenten, Interessen sowie mit Grenzen, anstatt die Person als »Fall«, als Träger von Krankheitssymptomen, zu sehen.
<i>Personenbeteiligung</i>	Die Dienstleistung fokussiert auf das Recht der Personen zu einer umfassenden Partnerschaft in allen Aspekten ihrer Recovery. Die Partnerschaft betrifft den Entwurf, die Planung, die Implementierung und die Evaluierung der Dienstleistungen, welche Recovery unterstützen.
<i>Selbstbestimmung / Wahl</i>	Die Dienstleistung fokussiert auf das Recht der Personen auf individuelle Entscheidungen und Wahlmöglichkeiten über alle Aspekte ihres Recovery-Prozesses. Dies beinhaltet Bereiche wie die selbst gewünschten Ziele und Ergebnisse, bevorzugte Nutzung von Dienstleistungen, um Ergebnisse zu erreichen, bevorzugte Momente, um Dienstleistungen zu nutzen – oder eben nicht.
<i>Wachstumspotenzial</i>	Die Dienstleistungen fokussieren auf die inhärenten Fähigkeiten jedes Individuums zu genesen, ungeachtet davon, ob die Person aktuell überwältigt ist von den Einschränkungen der Erkrankung, mit diesen kämpft, mit diesen lebt, oder diese überwunden hat.

Zusammenfassung:

Psychiatrische Dienstleistungen können Recovery durch die Gewichtung der Lebensqualität und die Etablierung von Arbeitsbeziehungen unterstützen. Recovery-orientierte Dienstleistungen zeichnen sich durch Schlüsselwerte wie Personenorientierung, Partizipation, Selbstbestimmung, Wahlmöglichkeit und Wachstumspotenzial aus.

1.4 Recovery messen

Mit dem zunehmenden Interesse und der wachsenden Bedeutung des Recovery-Ansatzes drängt sich die Frage auf, wie man diesen Ansatz innerhalb von psychiatrischen Dienstleistungen erkennen und evaluieren kann. Es wurden bereits

eine Vielzahl an standardisierten Einschätzungsinstrumenten entwickelt, die unterschiedliche Schwerpunkte untersuchen:

- (i) Wissen und Haltungen von Fachpersonen
Das Wissen und die Haltung von Fachpersonen bezüglich Recovery können mittels Fragebögen eingeschätzt werden. Diese Instrumente werden u. a. zur Evaluation von Weiterbildungsveranstaltungen eingesetzt. Ein Beispiel ist die »Recovery Knowledge Inventory« (RKI) (Bedregal et al., 2006).
- (ii) Recovery-Ausprägung von Individuen
Zur Einschätzung, inwieweit sich eine Person in Recovery befindet, gibt es unterschiedliche Instrumente, welche auf verschiedenen Modellen basieren. Nebst dem bereits erwähnten Phasenmodell von Andresen et al. ist die »Recovery Assessment Scale« (RAS) (Giffort et al., 1995) ein vielfach eingesetztes Instrument. Es erfasst recovery-orientierte Faktoren wie Hoffnung und Zielorientierung.
- (iii) Recovery-Ausrichtung von Dienstleistungen
Zur Evaluation von psychiatrischen Dienstleistungen und Organisationen gibt es gleichfalls diverse Instrumente. Die »Recovery Self Assessment Scale« (RSA) ist ein solches Instrument, das entwickelt wurde, um psychiatrische Dienstleistungen auf ihre Recovery-Orientierung hin einzuschätzen (O'Connell et al., 2005).

In der Literaturübersicht von Burgess et al. (2011) wird die Frage gestellt, welche der existierenden Instrumente sich zur Messung von Recovery für den Routineeinsatz in den psychiatrischen Diensten Australiens eignen. Die durch die systematische Literatursuche zusammengetragenen elf Instrumente werden mittels einer sechsstufigen Abfolge von Kriterien bewertet, welche im Folgenden beschrieben werden: (i) Messungen von Bereichen, die im direkten Zusammenhang mit der Recovery-Orientierung der Dienstleistung stehen; (ii) das Instrument ist überschaubar und einfach anwendbar (≤ 100 Items); (iii) das Instrument entstand mittels geeigneter, projektierter und dokumentierter Entwicklungsprozesse und ist wissenschaftlich geprüft; (iv) die Perspektive der Nutzenden ist miteinbezogen; (v) die Anwendbarkeit auf den australischen Kontext; (vi) die Akzeptanz der Nutzenden. Mit einer Ausnahme (v. Anwendbarkeit auf den australischen Kontext) können die verwendeten Kriterien bei der Beurteilung der Instrumente für den deutschsprachigen Kontext genutzt werden. Die »Recovery Self Assessment Scale« (RSA) war eines der vier Instrumente, das **alle** Kriterien erfüllte und von den Autorinnen und Autoren zur Einschätzung der Recovery-

Orientierung von psychiatrischen Diensten empfohlen wurde. Im Unterschied zu den drei anderen Instrumenten kann mit der RSA die Einschätzung der Dienstleistung aus der Perspektive der Nutzenden, der Angehörigen, der Fachpersonen sowie des Managements erfolgen.

In einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit von Williams et al. (2012) ging man den Fragen nach, welche Instrumente zur Einschätzung der Recovery-Orientierung von Dienstleistungen vorhanden sind, wie diese den theoretischen Bezugsrahmen von Recovery (siehe Kap. 1.2) abbilden und welche psychometrischen Testergebnisse vorliegen.

Sechs Instrumente (u. a. RSA) entsprachen den Auswahlkriterien. Jedoch wurde der theoretische Bezugsrahmen von Recovery von keinem der Instrumente zufriedenstellend erfasst. Auch fehlten bei allen Instrumenten extensive psychometrische Testungen, Test-Retests sowie Reliabilitäts- und Veränderungssensitivitäts-Daten. Aufgrund der Ergebnisse konnten die Autorinnen und Autoren keine eindeutigen Empfehlungen für ein Instrument abgeben (Williams et al., 2012).

Auf der Grundlage der Empfehlungen von Burgess et al. (2011) entschied sich eine Arbeitsgruppe, die RSA ins Deutsche zu übersetzen, um sie für die Forschung und Qualitätssicherung nutzbar zu machen.

Die weiteren Gründe, die zur Entscheidung beigetragen haben, dieses Instrument zu übersetzen, sind die einfache Anwendbarkeit des Instrumentes und der geringe zeitliche Befragungsaufwand (ca. 15 Minuten pro Fragebogen). Zusätzlich wurde die RSA bereits in verschiedenen Studien angewendet (Salyers et al., 2007; Tsai et al., 2010; Tsai et al., 2011), dies auch in pflegerelevanten Settings (McLoughlin et al., 2013; McLoughlin und Fitzpatrick, 2008). Die kritischen Einwände aus der Übersichtsarbeit von Williams et al. (2012) konnten im Entscheidungsprozess nicht berücksichtigt werden, da diese Arbeit zu diesem Zeitpunkt noch nicht publiziert war.

Recovery Self Assessment Scale

Die RSA (O'Connell et al., 2005) wurde auf der Grundlage einer breitangelegten Literatursichtung zum Thema Recovery und einer qualitativen Studie (Davidson, 2003) entwickelt, auf deren Basis die Inhaltsvalidität gesichert wurde. Die Recovery-Prinzipien Empowerment und Beteiligung der Interessengruppen (Fachpersonen, Betroffene und Angehörige) bei der Einschätzung und Entwicklung von Dienstleistungen wurden in die Konzeption des Instrumentes integriert. Die

Verwendung von vier Fragebögen ermöglicht eine Einschätzung der psychiatrischen Dienstleistung aus mehreren Perspektiven: (i) Nutzende der Dienstleistung; (ii) Fachpersonen; (iii) Angehörige und (iv) Management. Auf der Basis der RSA kann somit umfassend eingeschätzt werden, inwieweit eine psychiatrische Dienstleistung recovery-orientiert ist. Die RSA-Scale verfügt über 32 Items (Nutzende- und Fachpersonen-Version), 36 Items (Management-Version) und 40 Items (Angehörigen-Version). Die einzelnen Fragen können auf einer Skala zwischen 1 (stimme nicht zu) bis 5 (stimme voll zu) und »weiß nicht« / »nicht anwendbar« beantwortet werden. Die RSA beinhaltet 5 Subskalen, welche sich auf die folgenden Themen beziehen: (i) Lebensziele; (ii) Beteiligung; (iii) Vielfalt der Behandlungsoptionen; (iv) Wahlmöglichkeiten und (v) individuell abgestimmte Dienste.

Die Auswertung der Skala erfolgt über die Berechnung des Gesamtsummenwertes und über die einzelnen Subskalen-Summenwerte. Hohe Werte sind Indizien für eine hohe Recovery-Orientierung. Die interne Konsistenz der gesamten Skala wird mit $\alpha = .96$ (McLoughlin und Fitzpatrick, 2008), diejenige einzelner Subskalen mit $\alpha = .76$ bis $\alpha = .90$ angegeben (O'Connell et al., 2005).

In der Studie von Salyers et al. (2007) wurden die psychometrischen Eigenschaften einer RSA-Skala (Fachpersonen = »Provider«) untersucht. Dabei ergaben die Berechnungen Werte von $\alpha = .76$ bis $\alpha = .96$ der internen Konsistenz, Test-Retest-Werte (Intra-Class-Correlation = ICC) von $.72$ bis $.84$ und eine ausreichende Konvergenzvalidität, respektive Diskriminanzvalidität. Um Angaben zum Ausmaß der Konvergenzvalidität zu erhalten, wurden zwei theoretisch ähnliche, aber nicht redundante Instrumente verwendet: die »Life Orientation Test-Revised« (Scheier et al., 1994) und die »Consumer Optimism Scale« (Grusky et al., 1989). Die Korrelation der Ergebnisse wurde daraufhin mit der RSA berechnet. Zur Prüfung der Diskriminanzvalidität konnten Ergebnisse aus unterschiedlichen Bereichen (ambulant / stationär) verwendet werden. Zur Berechnung wurden folgende Tests eingesetzt: t-Test, Chi-Quadrat-Test und Kovarianzanalysen. Dem zugrunde lag die Hypothese, daß die Fachpersonen aus den zwei Bereichen unterschiedliche Patientengruppen begleiten und dementsprechend unterschiedliche recovery-orientierte Haltungen aufweisen (stationärer Bereich > Patientengruppe mit akuterem Unterstützungsbedarf > tieferer Optimismus und Recovery-Orientierung der Fachpersonen). Die Resultate bestätigten diese Hypothese.

Um die RSA im deutschen Sprachraum verwenden zu können, wurde ein systematischer Übersetzungsprozess durchgeführt (Zuaboni et al., 2015). Zwei

voneinander unabhängige Arbeitsgruppen setzten zwei unterschiedliche vorwärts-rückwärts-Übersetzungsverfahren ein: Die Arbeitsgruppe aus der Schweiz orientierte sich an den ISPOR-Prinzipien (»International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research«) (Wild et al., 2005) und die Arbeitsgruppe aus Norddeutschland orientierte sich an den Richtlinien des »European Social Survey Programs« zur Übersetzung von Fragebögen der TRAPD (»Translation, Review, Adjudication, Pre-testing and Documentation«) (Harkness, 2008). Die Methoden unterscheiden sich darin, daß die TRAPD Fokusgruppen vorsieht. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden mittels eines Konsensusverfahrens zur RSA-D zusammengeführt. Dieses auf den ersten Blick aufwendige Verfahren konnte sicherstellen, daß bei der Übersetzung und der kulturellen Anpassung der RSA-D die Nähe zum theoretischen Bezugsrahmen der RSA gewährt und die Übertragbarkeit in den deutschsprachigen Kontext berücksichtigt wurden.

Zusammenfassung:

Um Recovery auf den unterschiedlichsten Ebenen messbar zu machen, wurden bereits eine Vielzahl an Instrumenten entwickelt, mit welchen das vorhandene Wissen, die Ausprägung von Individuen und die Ausrichtung von Institutionen untersucht werden können. Mit der »Recovery Self Assessment Scale« wurde ein Instrument ins Deutsche übertragen, das Institutionen von Seiten des Managements, der Angehörigen, der Fachpersonen und der Patientinnen und Patienten beurteilt.

1.5 Interventionsstudien zu Recovery

Einige Interventionsstudien mit dem Fokus auf Recovery wurden bereits durchgeführt. Diese waren vorwiegend im Bereich der Rehabilitation und im ambulanten Bereich angesiedelt.

In ihrem Literaturreview fassten Mc Guire et al. (2014) Forschungsergebnisse der Wirkung und Implementierung der Intervention »Illness Management and Recovery« (IMR) zusammen. IMR ist eine standardisierte, psychosoziale Intervention, die entwickelt wurde, um Personen mit schweren psychischen Erkrankungen zu helfen, ihre Krankheit zu bewältigen und ihre Recovery-Ziele zu erreichen (Mueser et al., 2006). In der modular aufgebauten Intervention werden unterschiedliche Themen behandelt. Die Themen der insgesamt elf Module lauten: Recovery, praktische Fakten über psychische Erkrankungen, das Stress-Vulnerabilität-Modell, soziale Unterstützung aufbauen, Medikamente effektiv nutzen, Drogen und Alkohol, Rückfälle vermeiden, Stressbewältigung, Bewältigung persistenter Symptome, die eigenen Bedürfnisse im Gesundheitssystem erfüllen, sowie gesunder Lebensstil. IMR kann während eines

Zeitraumes von sechs Monaten bis zu einem Jahr als Einzel- oder Gruppenintervention durchgeführt werden.

Es wurden drei randomisiert-kontrollierte Studien, drei quasi-kontrollierte Studien und drei Prä-Poststudien in die Review aufgenommen. Die RCTs ergaben für die Interventionsgruppen eine statistisch signifikante Steigerung der Ergebnisse auf der IMR-Skala und eine Reduktion der psychiatrischen Symptome im Vergleich zu den Kontrollgruppen.

Es wurden 16 Implementationsstudien in die Übersichtsarbeit eingeschlossen. Darin wurden mehrere bedeutsame Hindernisse und die Förderung von IMR identifiziert, welche Supervision und Unterstützung der Organisation beinhalten. Im Diskussionsteil wurde darauf hingewiesen, daß die positiven Ergebnisse der RCTs primär mit der speziell für diese Zwecke entwickelten IMR-Skala (Mueser und Gingerich, 2005) erzielt wurden, die weiteren Ergebnismessungen jedoch weniger einheitliche Ergebnisse erzielten. Auch wurde bemängelt, daß die übliche Behandlung bei den Kontrollgruppen keine spezifischen Interventionen beinhaltete.

Salyers et al. (2014) untersuchten in der Folge in einer RCT die Intervention IMR gegen eine aktive Kontrollgruppe, die eine Problemlösungs-Gruppenintervention beinhaltete. Es wurden keine Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe festgestellt. Gemäß Salyers et al. sei es die erste RCT mit einem negativen Ergebnis gewesen. Als mögliche Gründe wurden der erstmalige Einsatz einer aktiven Kontrollgruppe und die niedrige Beteiligungsrate angegeben.

Slade et al. (2015) führten eine RCT in zwei Organisationen des »National Health Service« (NHS) in England durch; untersucht wurde die »REFOCUS-Intervention« (Bird et al., 2011). Die Intervention zielt darauf ab, Fachpersonen ambulanter psychiatrischer Dienstleistungen dabei zu unterstützen, den Fokus auf die Recovery-Orientierung zu setzen. Die Intervention beinhaltet zwei Komponenten: recovery-fördernde Beziehungen sowie Arbeitspraktiken.

Um recovery-fördernde Beziehungen zu entwickeln und zu unterstützen, bedinge es folgender Vorgehensweisen: erarbeiten eines gemeinsamen Verständnisses von Recovery innerhalb der Teams, vorhandene Werte erkunden, Coaching-Techniken fördern, durch Teams geplante, partnerschaftliche Projekte mit Patientinnen und Patienten durchführen, Erwartungen von Patientinnen und Patienten erheben, um ihre Ziele, Werte und Ressourcen zu priorisieren.

Folgende drei Arbeitspraktiken werden beschrieben und gefördert: Werte und Vorlieben der Nutzenden³ für Behandlungen verstehen, Stärken erfassen und Zielerreichung unterstützen. Die Implementation der Intervention wurde mittels Schulungen und Sitzungen im Verlauf eines Jahres begleitet. Das primäre Studienergebnis war Recovery, das mit dem »Questionnaire about Processes of Recovery« (QPR) (Neil et al., 2009) erfasst wurde. Der Vergleich der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe ergab keinen statistisch signifikanten Unterschied. Die Autoren begründeten das Ergebnis folgendermaßen: Die Intervention sei mangelhaft implementiert worden, die »REFOCUS-Intervention« in der geprüften Version sei ineffektiv (»REFOCUS-Implementationskonzept« ist auf 18 Monate ausgerichtet, somit sechs Monate länger als die in der Studie verwendete Intervention), die Kontrollgruppenmitarbeitenden verfügten alle über Recovery-Wissen und das eingesetzte Instrument (QPR) zur Messung der Ergebnisse sei zwar von einer systematischen Übersichtsarbeit empfohlen worden, war aber noch nie als primäres Ergebnis-Messungsinstrument in einer Studie eingesetzt und die Veränderungssensitivität des Instruments sei nicht gänzlich geprüft worden.

Zusammenfassung:

Aktuell ist die Anzahl an Interventionsstudien zu Recovery überschaubar. Die dabei erzielten Ergebnisse und Erfahrungen machen deutlich, wie anspruchsvoll die Kontrolle von Interventionsstudien ist. Des Weiteren wurde auch die Schwäche der eingesetzten Instrumente diskutiert, die aktuell zur Verfügung stehen.

1.6 Pflege und Recovery

1.6.1 Psychiatrische Pflege

Die professionelle Pflege ist die größte Berufsgruppe im Gesundheitsbereich. Die psychiatrische Pflege wird in dem »Lehrbuch Psychiatrische Pflege« (Sauter et al., 2011, S. 39) als Unterstützung von Individuen und Gruppen beschrieben. Diese Unterstützung erfolgt im Rahmen eines Problemlösungs- und Beziehungsprozesses und fokussiert dabei die Bewältigung des Alltags und das Streben nach Wohlbefinden – bei Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung von physischen, psychischen und sozialen Funktionen und im Umgang mit existenziellen Erfahrungen.

Die Dienstleistungen der psychiatrischen Pflege werden in unterschiedlichsten Settings, wie in psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien, Spitälern, Heimen und Gemeindepflegen (Abderhalden und Needham, 2005) angeboten. Seit einigen Jahren

³ In Großbritannien hat sich im Gesundheitsbereich der Begriff »User« (was mit »Nutzer« übersetzt werden kann) anstelle von »Patient« etabliert. In den USA wird dahingegen der Begriff »Consumer« verwendet.

befindet sich die ambulante psychiatrische Pflege in den deutschsprachigen Ländern durch die allgemeine strategische Ausrichtung der Psychiatrie («ambulant vor stationär») im Aufwind (Lüthi, 2008). Dennoch ist nach wie vor der größte Teil der psychiatrischen Pflegefachpersonen in stationären Settings wie z. B. psychiatrischen Kliniken vorzufinden (Schulz, 2005).

Diese akuten Settings zeichnen sich durch die Dominanz medizinischer Sichtweisen und Therapien aus, was die Arbeitsweisen der darin tätigen Pflegefachpersonen entscheidend mitprägt (Barker und Buchanan-Barker, 2011b; Crowe, und Deering, 2012; Cleary et al., 2011). Dieser Umstand dient als Erklärung, weshalb psychosoziale Interventionen, die traditionell dem pflegerischen Angeboten zuzuordnen sind, in diesen Settings nur sehr selten zur Anwendung kommen (Mullen, 2009; Wijnveld und Crowe, 2010).

1.6.2 Psychiatrische Pflege und Recovery

Vergleicht man die Definitionen und Beschreibungen psychiatrischer Pflege und Recovery miteinander, werden einige Parallelen offensichtlich. Eine Gemeinsamkeit betrifft die Alltagsorientierung. In der oben aufgeführten Beschreibung wird der Fokus der psychiatrischen Pflege auf die Alltagsbegleitung von betroffenen Menschen gesetzt. Für Mike Slade stellt die gemeinsame Erarbeitung und Förderung von Lösungen von Alltagsproblemen den nachhaltigsten Beitrag von psychiatrischen Dienstleistungen für die Recovery ihrer Patientinnen und Patienten dar (Slade, 2012).

Eine weitere Beziehung zwischen der psychiatrischen Pflege und Recovery liegt in der Rollenauslegung der Fachpersonen. Beim Recovery-Ansatz zeichnet sich die Fachperson als Partner und Coach aus, welche die betroffene Person berät und begleitet (Davidson et al., 2009; Stickley und Wright, 2011).

Auf der Grundlage der dargelegten Gemeinsamkeiten zwischen der psychiatrischen Pflege und dem Recovery-Ansatz lassen sich auch das breite Interesse von Seiten der psychiatrischen Pflege und die Tatsache begründen, daß die Berufsgruppe innerhalb der Recovery-Bewegung vielfach an vorderster Front aktiv ist (Barker und Buchanan-Barker, 2011a; Burr et al., 2012; Clement, 1997; Happell, 2010; Repper, 2000; Schulz und Zuaboni, 2012; Zuaboni et al., 2014).

Ein weiteres Argument für die Übernahme einer aktiven Rolle der psychiatrischen Pflege innerhalb des Recovery-Prozesses ist gemäß Caldwell et al. (Caldwell et al., 2010) der Umstand, daß die Pflege bei allen Aspekten der Dienstleistungserbringung

beteiligt ist und die vergleichsweise längste Zeit für die Koordination und Bereitstellung der Behandlungen aufbringt.

Gemäß den Autoren David Roe und Margaret Swarbrick (2007) können Pflegefachpersonen eine essenzielle Rolle übernehmen, um Patientinnen und Patienten zu ermutigen, Recovery-Ziele zu entwickeln und zu verfolgen. Dabei stehen die Art und Weise der interpersonalen Kommunikation zwischen den Pflegefachpersonen und den Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt: Diese muss darauf ausgerichtet sein, die persönlichen Wahlmöglichkeiten zu fördern (Roe und Swarbrick, 2007).

Die intrinsische Motivation kann als Basis von nachhaltigen Verhaltensänderungen dienen. Es ist ein entscheidender Faktor bei der Unterstützung des Recovery-Prozesses (Kartalova-O'Doherty und Tedstone Doherty, 2010), bei der Entwicklung dieser Motivation zu helfen. Mary Ann Camann (2010) empfiehlt diesbezüglich psychiatrisch Pflegenden die Kommunikationstechniken der motivierenden Gesprächsführung zu nutzen. Die von William R. Miller und Stephen Rollnik (2009) entwickelte Technik kann dafür eingesetzt werden, Patientinnen und Patienten innerhalb von Entscheidungsprozessen zu begleiten und Ziele in Richtung Recovery anzugehen (Camann, 2010).

Der Recovery-Ansatz wurde von einigen Pflgeetheoretikern und Pflgeetheoretikerinnen explizit in Praxismodelle aufgenommen (Noiseux et al., 2010; Shanley und Jubbs-Shanley, 2007; Warren und Lutz, 2000). In diesem Zusammenhang ist das Gezeitenmodell von Phil Barker das weitverbreitetste Modell. Dieses beschreibt eine recovery-orientierte Dienstleistung, die auf Personenzentrierung, Ressourcenorientierung und Empowerment aufbaut (Zuaboni, 2015). Das Modell basiert auf zehn Grundwerten, sogenannten Verpflichtungen, welche mittels Befähigungen operationalisiert werden. Mit diesen Werten wird die zugrunde liegende Absicht ausgedrückt, die betroffene Person ins Zentrum aller Aktivitäten zu rücken. Sie betonen beispielsweise die Wichtigkeit der persönlichen Geschichte und der eigenen Sprache der betroffenen Person. Auch wird deren Expertenstatus in eigener Sache hervorgehoben, was zur Folge hat, daß die Fachperson als »Lehrling« von der betroffenen Person lernen soll, »was getan werden muss«, respektive »was funktionieren kann« (Buchanan-Barker und Barker, 2006).

Neben der formulierten Grundhaltung verfügt das Modell über praktische Interventionen, welche von Einzelsitzungen bis hin zu verschiedenen Gruppenangeboten reichen. Dabei kommen unterschiedliche personenzentrierte

Planungsinstrumente zur Anwendung. Eines dieser Instrumente ist das »Monitoring-Assessment«, welches zu Beginn eines stationären Aufenthaltes gemeinsam mit der betroffenen Person erarbeitet wird. Das Ziel des »Monitoring-Assessment« ist es, der Person zu helfen, Bedrohungen und andere emotionale Unsicherheiten, welche die Gefahr einer Selbst- oder Fremdschädigung erhöhen, zu identifizieren und gemeinsam Möglichkeiten zu entwickeln, die den Grad der Gefährdung senken (Barker et al., 2013, S. 83 ff).

Mehrheitlich werden »Risiko-Assessments«, wie beispielsweise die »Brøset-Gewaltrisikoeinschätzung« (Abderhalden et al., 2006), alleinig von Fachpersonen ausgefüllt und stützen sich dabei häufig auf Verhaltensbeobachtungen. Dahingegen wird im »Monitoring-Assessment« die betroffene Person von Anfang an in den Einschätzungsprozess miteinbezogen. Diese Vorgehensweise hat mehrere Vorteile: Sie führt zu einer differenzierten Einschätzung der Gefährdungssituation, fördert das Empowerment der betroffenen Person und kann als Grundstein für eine tragfähige therapeutische Arbeitsbeziehung dienen. Auch können gemeinsam durchführbare Strategien festgelegt werden, um die jeweilige Situation für alle Beteiligten sicherer zu gestalten (Barker et al., 2013, S. 83 ff).

Was ist eine gute psychiatrische Pflege?

Auf der Grundlage einer breitangelegten Literaturanalyse wurden von Richter et al. (2010) fünf Grundkonzepte zusammengefasst, welche sich bei der Neuausrichtung der psychiatrischen Pflege als nützlich erweisen können. Eine Neuausrichtung der psychiatrischen Pflege sei gemäß den Autoren notwendig, damit sich die professionelle Pflege den Bedürfnissen der Nutzenden und den Veränderungen des Umfeldes anpassen kann. Bei den Konzepten handelt es sich um Recovery, Empowerment, soziale Inklusion, Coaching und motivierende Gesprächsführung.

In einem weiteren Schritt wurden die Ergebnisse dieser Literaturanalyse mittels Fokusgruppen validiert. Die Fokusgruppen setzten sich aus Nutzerinnen und Nutzern psychiatrischer Einrichtungen, Angehörigen und psychiatrischen Pflegefachpersonen zusammen. Danach wurden Aussagen aus der Literaturanalyse und den Fokusgruppen extrahiert und mittels einer Delphi-Befragung weiteren Nutzenden, Angehörigen und Pflegefachpersonen zur Bewertung vorgelegt. Auf der Grundlage ihrer Ergebnisse konnten die Autoren aufzeigen, daß sich gute psychiatrische Pflege auf folgende vier Merkmale ausrichten sollte: (i) Beziehungsgestaltung; (ii) Zielorientierung; (iii) Recovery- und Empowerment-Orientierung und (iv) Fachwissen.

Im Zentrum der (i) Beziehungsgestaltung steht nach vollkommener Übereinstimmung aller Befragten der Respekt und die Wertschätzung. Konkret bedeutet dies, daß der

individuellen Person Respekt entgegengebracht, die Person als Ganzes gewürdigt und nicht nur auf die Rolle des Patienten reduziert wird.

Die (ii) Zielorientierung sollte vermehrt auf den Ressourcen der betroffenen Personen aufbauen und sich weniger auf die Defizite beschränken, die durch den klinischen Blick geprägt werden. Bei der partnerschaftlichen Erarbeitung von Zielen mit den betroffenen Personen sehen die Autoren noch viel Entwicklungsbedarf in der psychiatrischen Pflege.

Die (iii) Recovery- und Empowerment-Orientierung kann in der psychiatrischen Pflege als wichtige Unterstützung dienen, die Beziehungsgestaltung und die Zielorientierung weiterzuentwickeln. So wird ein positiver Umgang mit Risiken als eine Voraussetzung für Empowerment und Recovery beschrieben, welche bei der Beziehungsgestaltung und der Zielerarbeitung zum Ausdruck kommt.

Das (iv) Fachwissen der psychiatrischen Pflegefachpersonen ist für die Nutzenden von untergeordneter Bedeutung; dies steht im Kontrast zur Einschätzung des Fachwissens von Seiten der Pflegefachpersonen. Für die Nutzenden ist die Beziehungsgestaltung viel bedeutsamer als das Fachwissen. Dennoch gibt es Fachbereiche, wo die psychiatrische Fachkompetenz durchaus gefragt ist: alternative und verschiedene Möglichkeiten von psychiatrischen Dienstleistungen sowie ein fundiertes Medikamentenwissen.

Als eine Konsequenz dieser Untersuchungsergebnisse fordern die Autoren die Durchführung von Interventionsstudien, die aufgezeigte Elemente operationalisieren und überprüfen sollten (Richter et al., 2014).

Zusammenfassung:

Die psychiatrische Pflege ist die größte Berufsgruppe des psychiatrischen Gesundheitssektors. Per Definition und Tradition besteht eine konzeptionelle Nähe der psychiatrischen Pflege zum Recovery-Ansatz. Die Praxis der psychiatrischen Pflege ist jedoch durch das medizinische Modell geprägt. Sowohl das Gezeitenmodell als auch die motivierende Gesprächsführung sind Ansätze, mit denen psychiatrisch Pflegenden ihre Tätigkeit in Richtung Recovery-Orientierung weiterentwickeln können. Gute psychiatrische Pflege zeichnet sich durch Beziehungsgestaltung, Zielorientierung, Recovery- und Empowerment-Orientierung sowie Fachwissen aus.

1.7 Schulung- und Weiterbildungsprogramme für Recovery

Trotz der Nähe von Recovery zur psychiatrischen Pflege muss davon ausgegangen werden, daß spezifische Schulungen zum Thema durchgeführt werden müssen, in denen Werte, Wissen und praktische Anwendungen vermittelt werden (Zuaboni et al., 2012).

So wurden in einer qualitativen Studie die subjektiven Erfahrungen von Patientinnen und Patienten sowie Pflegefachpersonen hinsichtlich Recovery untersucht. Die Patientinnen und Patienten als auch die Pflegefachpersonen gaben an, daß sie Schwierigkeiten damit hätten, Recovery zu beschreiben. Dies, obwohl beiden Gruppen der Ansatz bereits bekannt war (Aston und Coffey, 2012).

In einer anderen Studie wurden mittels Fragebogen Pflegefachpersonen und andere Fachleute bezüglich ihres Recovery-Wissens befragt. Der größte Teil der Befragten hatte keine spezifische Recovery-Schulung absolviert. Dennoch überwiegte eine positive Einstellung gegenüber diesem Ansatz. Es fehlte jedoch konkretes Wissen und die Bereitschaft, sich auf spezifische Situationen einzulassen, die bedeutsam für die Recovery-Orientierung wären (Cleary und Dowling, 2009).

Einen positiven Effekt auf die recovery-orientierte Haltung und das Wissen von Fachpersonen kann durch entsprechende Schulungen erreicht werden. Higgins et al. (2012) untersuchten in ihrer Evaluationsstudie die Auswirkungen einer recovery-orientierten Schulung auf die Haltung und das Wissen bezüglich Recovery der Teilnehmenden. Die Teilnehmenden der Schulungen setzten sich aus Personen mit eigenen Krankheitserfahrungen, Angehörigen sowie Fachpersonen zusammen. Sie absolvierten gemeinsam ein zweitägiges, respektive fünftägiges Schulungsprogramm. Es wurde ein »Mixed-Methods-Studiendesign« verwendet, und es wurde mit Fragebögen und Fokusgruppen gearbeitet. Der Vergleich der Prä-Postmessungen ergab beim zweitägigen Schulungsprogramm statistisch signifikante positive Veränderungen, beim fünftägigen Schulungsprogramm jedoch zeigten sich keine Veränderungen. Die Probanden berichteten in den Fokusgruppen sehr positiv und enthusiastisch über die Teilnahme am Schulungsprogramm; sie hätten sowohl persönlich als auch professionell profitieren können (Higgins et al., 2012).

In der Studie von Zuaboni et al. (2014) wurden die Auswirkungen eines modular aufgebauten, sechstägigen Schulungsprogramms untersucht, das in Deutschland und in der Schweiz durchgeführt wurde.

Die Dozierenden als auch die Teilnehmenden des Schulungsprogrammes setzten sich aus Pflegefachpersonen und Personen mit eigenen Krankheitserfahrungen zusammen. Es wurde eine Prä-Postmessung mittels eines Fragebogens durchgeführt, um die recovery-orientierte Haltung und das Wissen zu untersuchen. Sowohl das Wissen als auch die Haltung der Teilnehmenden wurden statistisch signifikant in Richtung Recovery gesteigert (Zuaboni et al., 2014).

In der Studie von Salgado et al. (2010) wurde ergänzend zur Haltung und dem Wissen bezüglich Recovery die Auswirkungen des zweitägigen Trainingsprogramms auf die Hoffnung der Teilnehmenden untersucht. Das Trainingsprogramm konnte sowohl die Haltung und das Wissen als auch die Hoffnung der Probanden statistisch signifikant steigern (Salgado et al., 2010).

Tsai et al. (2010) untersuchten die Auswirkungen unterschiedlicher Recovery-Schulungsprogramme auf die Mitarbeitenden zweier staatlicher Kliniken. Im Verlauf eines Jahres wurden zwei Datenerhebungen durchgeführt, wobei Fragebögen hinsichtlich Optimismus zu Patientinnen und Patienten, persönlichem Optimismus und Recovery-Orientierung zum Einsatz kamen.

Die verschiedenen recovery-orientierten Trainingsprogramme wurden in zwei Kategorien unterteilt: allgemein/inspirierende (»general/inspirational«) und spezifisch/praktische (»specific/practical«) Trainings.

Diejenigen Mitarbeitenden, die ein spezifisches/praktisches Training erhielten, hatten eine größere Steigerung der recovery-orientierten Haltung als die Mitarbeitenden, welche ein allgemein/inspirierendes oder gar kein Training absolvierten. Je mehr Trainings die Mitarbeitenden hatten, desto ausgeprägter war der Patientinnen- und Patienten-Optimismus (Tsai et al., 2010).

Ein sehr außergewöhnliches Trainingsprogramm wurde von Salkeld et al. (2013) untersucht. Das recovery-orientierte Schulungsprogramm setzte sich aus Fachpersonen und deren Patientinnen und Patienten zusammen. Mittels eines qualitativen Studiendesigns wurden die Erfahrungen der Fachpersonen während der Weiterbildung und deren Auswirkungen sechs Monate später untersucht. Die Teilnehmenden berichteten von einer nachhaltigen Veränderung der Machtverhältnisse innerhalb der Arbeitsbeziehungen und der professionellen Identität.

Zusammenfassung:

Das Wissen um Recovery und deren praktische Umsetzung ist für viele psychiatrische Fachpersonen eine Herausforderung. Mittels Schulungsangeboten können Haltungen und Wissen von Fachpersonen positiv beeinflusst werden. Die evaluierten Schulungsprogramme unterschieden sich durch die Settings und die Dauer. Alle Studien ergaben positive Ergebnisse.

1.8 Interventionsstudien in der psychiatrischen Pflege

Die Pflegewissenschaft ist eine vergleichsweise junge Disziplin. Daraus kann man auch die geringe Anzahl an vorhandenen Interventionsstudien ableiten, welche die Wirkungen pflegerischer Interventionen überprüft haben. Die Forderung der Evidenzbasierung macht auch vor der Pflege nicht halt (Behrens und Langer, 2010).

Diese Ausgangslagen und die Absicht, pflegewissenschaftliche Forschungsaktivitäten zu koordinieren, führten dazu, daß in der Schweizerischen Forschungsagenda («Swiss Research Agenda for Nursing», SRAN) die Forschung zur Evaluation der Wirkung pflegerischer Maßnahmen oberste Priorität beigemessen wurde. Dabei soll die pflegerische Interventionsforschung dazu beitragen, daß Maßnahmen und Programme in der pflegerischen Praxis eingesetzt werden, die klar umschrieben sind und deren Effektivität nachgewiesen wurde (Imhof et al., 2008).

Wie bereits erwähnt, sind im Bereich der Pflege wenige Interventionsstudien durchgeführt worden. Noch geringer ist die Anzahl Studien im Bereich der psychiatrischen Pflege im akuten Setting von psychiatrischen Kliniken. Die publizierten Studien befassten sich mit folgenden Themen: Aggressions- und Risikomanagement, Medikamenten-Adherence-Therapie, Beschäftigungsprogramme und Familienintervention.

Abderhalden et al. (2008) untersuchten in einer randomisierten kontrollierten Studie, ob die Durchführung einer strukturierten Gewaltrisikoeinschätzung, welche durch die Pflegefachpersonen ausgeführt wurde, die Häufigkeit von Gewalt und Zwang vermindert.

Die Ergebnisse der Studie ergaben eine Reduktion von 41 % der schweren Aggressionsereignisse und 27 % Abnahme der Zwangsmaßnahmen auf den Interventionsstationen, wohingegen auf den Kontrollstationen keine wesentlichen Veränderungen beobachtet werden konnten.

Zum gleichen Thema führten Van de Sande et al. (2011) eine randomisiert kontrollierte Studie durch, in welcher ebenfalls eine strukturierte Gewaltrisikoeinschätzung auf die Reduktion von Gewalt und Zwang überprüft wurde.

Im Unterschied zur Studie von Abderhalden et al. wurden die Gewaltrisikoeinschätzungen über den gesamten stationären Aufenthalt der Patientinnen und Patienten erhoben. Die relative Risikoreduktion betrug auf der

Interventionsstudie 68 % bei den Gewaltereignissen und 45 % bei den Zwangsmaßnahmen (Isolierungen).

Die multivariate Querschnittstudie von Bowers et al. (2008) ging der Frage nach, inwieweit sich die Intervention »Intensivbetreuung« auf die Anzahl von selbstverletzendem Verhalten von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Aufnahmestationen auswirkt.

Die Ergebnisse ergaben für die konstant durchgeführte Intensivbetreuung keinen Zusammenhang zu den Raten selbstverletzenden Verhaltens. Hingegen konnten die intermittierende Intensivbetreuung, eine gesteigerte Anzahl qualifizierter Pflegefachpersonen und ein intensiveres Therapieprogramm die Raten selbstverletzenden Verhaltens reduzieren.

In der randomisiert kontrollierten Studie von Schulz et al. (2013) wurde die Intervention »Adherence-Therapie« gegenüber der üblichen Behandlung untersucht. Die »Adherence-Therapie« ist eine Intervention, die von geschulten Pflegefachpersonen auf der Grundlage eines Manuals während eines Zeitraumes von acht Sitzungen durchgeführt wird.

Die Ergebnisse der Studie ergaben eine statistisch signifikante Symptomreduktion der Psychopathologie der Probanden, jedoch keine Verbesserung der Adherence gegenüber der Psychopharmaka-Therapie.

Mittels eines »Crossover-Studien-Designs« untersuchten Thomas et al. (2006) die Auswirkungen einer Intervention, die verschiedene Aktivitäten beinhaltete, auf die Ausgabe von Reservemedikamenten in zwei zeitweise geschlossenen Aufnahmestationen. Die Intervention setzte sich aus zwei Tagesprogramm-Angeboten für Patientinnen und Patienten zusammen: Bewegungsübungen am Morgen, Entspannungsübungen am Nachmittag.

Sowohl die Intervention als auch die Abgabe der Reservemedikamente an die Patientinnen und Patienten waren primär im Verantwortungsbereich der Pflegefachpersonen.

Auf einer der beiden Stationen konnte eine statistisch signifikante Reduktion der Reservemedikamente beobachtet werden, auf der anderen Station jedoch nicht.

Sveinbjarnardottir et al. (2013) evaluierten mittels eines kontrollierten Prä-Post-Studiendesigns die Auswirkungen einer familienbezogenen Intervention in einer psychiatrischen Aufnahmestation. Die Intervention beinhaltete primär eine

Kommunikationsschulung, in der Pflegefachpersonen vermittelt wurde, wie sie den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen therapeutische Gespräche auf ihren Stationen anbieten können. Zudem wurde die Umsetzung der Intervention mittels Supervisionssitzungen begleitet.

Die Familienangehörigen, welche eine therapeutische Gesprächsintervention erhielten, empfanden signifikant höhere kognitive und emotionale Unterstützung durch die Pflegefachpersonen, als es bei den Angehörigen der Kontrollgruppe der Fall war.

Zusammenfassung:

Grundsätzlich besteht ein ausgewiesener Bedarf nach Interventionsstudien in der Pflege. Die bis anhin durchgeführten Interventionsstudien im Fachbereich der psychiatrischen Pflege fokussierten auf Gewalt- und Aggressionsmanagement, Adherence-Therapie, Aktivitäten-Angebote und Angehörigenkommunikation.

2 Zielsetzung

Auf der Grundlage der bearbeiteten Literatur wurde die Relevanz und Aktualität des Themas Recovery für die psychiatrischen Dienstleistungen im Allgemeinen und für die psychiatrische Pflege im Speziellen aufgezeigt. Auch wurde der Bedarf nach Interventionsstudien für die psychiatrische Pflege ausgewiesen, welche die Merkmale guter psychiatrischer Pflege untersuchen.

Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist die Überprüfung einer vielschichtigen Intervention, welche auf psychiatrischen Aufnahmestationen implementiert wurde.

Der primäre Fokus der Studie war, die Auswirkung der recovery-orientierten Intervention auf die wahrgenommene recovery-orientierte Arbeitsweise der psychiatrischen Aufnahmestationen zu untersuchen; dies sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten, als auch aus derjenigen der Pflegefachpersonen.

Fragestellung 1: Wird die recovery-orientierte Arbeitsweise der Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Aufnahmestationen durch die Intervention aus der Sicht der Patientinnen und Patienten gesteigert?

Hypothese 1: Die Intervention bewirkt eine Veränderung der Arbeitsweise der Pflegefachpersonen in Richtung Recovery, was aus der Sicht der Patientinnen und Patienten entsprechend eingeschätzt wird.

Fragestellung 2: Wird die recovery-orientierte Arbeitsweise der Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Aufnahmestationen durch die Intervention aus der Sicht der Pflegefachpersonen gesteigert?

Hypothese 2: Die Intervention bewirkt eine Veränderung der Arbeitsweise der Pflegefachpersonen in Richtung Recovery, was aus der Sicht der Pflegefachpersonen entsprechend eingeschätzt wird.

3 Material und Methode

3.1 Studiendesign und Untersuchungsablauf

Die kontrollierte Interventionsstudie war Teil einer größeren Untersuchung, welche von der Berner Fachhochschule durchgeführt wurde und das Thema einer zielorientierten psychiatrischen Pflege untersuchte.

Die Studie wurde in zwei psychiatrischen Kliniken im deutschsprachigen Teil der Schweiz durchgeführt, die beide über einen staatlichen Auftrag für die psychiatrische Grundversorgung für insgesamt 650 000 Einwohner verfügen.

An der Studie waren sechs akute Aufnahmestationen beteiligt, die über einen allgemeinspsychiatrischen Versorgungsauftrag verfügen. Dieser umfasst die psychiatrische Krisenintervention, die Wiederherstellung beziehungsweise Aufrechterhaltung der Lebensqualität sowie die Sicherstellung einer weiterführenden Betreuung. Die Stationen, welche in die Studie eingeschlossen wurden, verfügten über 16 bis 20 Patientenbetten, insgesamt 122 Betten. Von diesen Stationen wurden zu Beginn der Studie vier als Interventionsstationen und zwei als Kontrollstationen festgelegt.

Im Zeitraum der Datenerhebung betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer drei Wochen, und annähernd 42 % der Patientenaufnahmen erfolgten unfreiwillig (per ärztlichen oder gerichtlichen Beschluss). 22 % der Patientinnen und Patienten hatten eine psychotische Störung, 19 % eine affektive Störung, 18 % litten an einer Alkoholabhängigkeit und bei 18 % wurde eine neurotische Störung diagnostiziert. Die pflegerischen Leistungen wurden durch 13 bis 14 pflegerische Vollzeitstellen auf jeder Station sichergestellt.

3.2 Stichprobe

In die Studie wurden sowohl die Pflegefachpersonen als auch die Patientinnen und Patienten eingeschlossen, welche zum Zeitpunkt der Datenerhebungen auf den jeweiligen Stationen aufgenommen wurden. Ebenso wurden in die Studie Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die 18-jährig und älter waren und die über ausreichende Deutschkenntnisse verfügten, um die Fragebögen auszufüllen. Patientinnen und Patienten in akuten Krisen wurden bei der Studie nicht berücksichtigt. Die Pflegefachpersonen fragten die Patientinnen und Patienten eine Woche nach dem Eintritt, ob sie an der Studie teilnehmen möchten. Sie wurden mündlich und schriftlich über die Studie informiert.

Die Powerberechnung wurde mittels der statistischen Software R mit dem Zusatzpaket pwr durchgeführt. Die Berechnungen ergaben ein $n = 63.7$ für jede Gruppe (Interventions- und Kontrollstationen) für beide Datenerhebungszeitpunkte, mit einer mittleren Effektstärke (.50), mit üblicher Power (.80) und mit einem Signifikanzniveau von $\alpha = .05$.

Für die einzelnen Datenerhebungszeitpunkte wurde eine Stichprobe von je 128 Patientinnen und Patienten angestrebt ($n = 256$). Während des Zeitraums von t_0 und t_1 befanden sich insgesamt 1096 auf den Stationen (718 auf den Interventionsstationen und 378 auf den Kontrollstationen). Davon konnten 101 bei t_0 und neun Monate später 78 bei t_1 ($n = 179$) eingeschlossen werden (siehe Tabelle 2).

Die an der Studie beteiligten Pflegefachpersonen wurden ebenfalls eingehend informiert und auch ihre Anonymität wurde sichergestellt (siehe Tabelle 2).

Auf allen Stationen wurden aus den Pflegeteams einzelne Personen bestimmt, welche sich für die Sicherstellung der Studienabläufe verantwortlich zeigten.

3.3 Intervention

Die Interventionsphase mit Schulungen und Implementierung der Schulungsinhalte auf den vier Interventionsstationen wurde in den neun Monaten zwischen den zwei Datenerhebungsperioden durchgeführt. Die Intervention richtete sich an die Pflegefachpersonen der vier Interventionsstudien und setzte sich aus fünf halbtägigen Schulungen und der Umsetzung der Schulungsinhalte in die Praxis zusammen. Die Schulungen wurden innerhalb von acht Wochen zweimal durchgeführt, um möglichst allen Pflegefachpersonen die Teilnahme zu ermöglichen und gleichzeitig die Abläufe auf den Stationen nicht allzu sehr zu beeinträchtigen.

Die folgenden Inhalte wurden während der Schulungen vermittelt:

- Halbtag 1: Recovery und soziale Inklusion auf der Basis der REFOCUS Schulungsunterlagen (Bird et al., 2011)
- Halbtag 2 & 3: Grundlagen von »Motivational Interviewing« (Arkowitz et al., 2010), Beziehungsaufbau und Coaching-Techniken (Grant, 2003)
- Halbtag 4: Zielerreichungsstrategien, »Goal Attainment Scalling« (Hurn et al., 2006)
- Halbtag 5: Implementierung der Schulungsinhalte in den Pflegeprozess und die Pflegedokumentation, Kooperation mit den anderen Berufsgruppen (Sauter et al., 2011)

Mit der Vermittlung von Inhalten zu den Themen Recovery und zur sozialen Inklusion wurde die zentrale Ausrichtung der gesamten Intervention geschult. Die Absicht dabei war es, die Bedeutung von Recovery und der sozialen Inklusion zu vermitteln und daraus mögliche Themen der Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten abzuleiten. An den weiteren Halbtagen wurden Kompetenzen der Kommunikation, der Zielerreichungsstrategien, der schriftlichen Dokumentation und des interdisziplinären Austausches vermittelt. Insgesamt konnten aus den vier Interventionsstationen 43 Pflegefachpersonen an den Schulungen teilnehmen.

Zur Unterstützung der praktischen Implementierung der Schulungsinhalte wurden verschiedene Maßnahmen eingeführt. So wurden die Pflegefachpersonen aufgefordert, mit einer Kollegin oder einem Kollegen aus dem Team eine Lerngemeinschaft zu bilden, in welcher man sich gegenseitig bei der praktischen Umsetzung der Schulungsinhalte unterstützen sollte (»Peer Coaching«). Um diesen Prozess zu fördern, wurde eine Beobachtungs- und Feedbackcheckliste entwickelt, die als Basis für die kollegialen Beratungen angeboten wurde.

Die Checkliste umfasste folgende Themen:

- Zielsetzung des Gespräches (mit der Patientin, dem Patienten)
- Vereinbarung mit der Patientin, dem Patienten
- Kommunikationstechniken (offene Fragen, Bestätigen, aktives Zuhören, Zusammenfassung)
- Förderung von Eigenmotivation und Selbstwirksamkeit durch Evokation und Change-talk
- Empathische Arbeitsbeziehung

- Umgang mit Widerstand

Die Auswertung einer Beobachtungssequenz erfolgte anhand dieser Themen durch die beobachtete Pflegefachperson (Selbstwahrnehmung) und die beobachtende Pflegefachperson (Fremdwahrnehmung). In einer weiteren Spalte konnten Verbesserungsvorschläge notiert werden.

Als weitere Unterstützung wurden auf den Interventionsstationen in regelmäßigen Abständen Teamsitzungen durchgeführt, die von einer stationsexternen Person begleitet wurde und die Erfahrungen der praktischen Implementation der Intervention thematisierten.

Die praktische Implementation durch die Pflegefachpersonen bestand primär aus Einzelgesprächen mit ihren zugeteilten Patientinnen und Patienten. Darin sollten gemeinsam Ziele erarbeitet und formuliert werden, welche über den Aufenthalt auf den Aufnahmestationen hinaus für die Lebensgestaltung der betroffenen Personen von Bedeutung sein sollten. Diese Zielsetzungen dienten als Grundlagen, um praktische Maßnahmen abzuleiten. Sowohl die Zielsetzungen als auch die Maßnahmen sollten von der Pflegefachperson und der Patientin, dem Patienten evaluiert werden.

Die Implementierung der Schulungsinhalte sollte sich nicht nur auf die beschriebenen Einzelgespräche beschränken, sondern sie sollten sich auch auf die übrigen Begegnungen mit den Patientinnen und Patienten auswirken.

Auf den zwei Kontrollstationen erfolgte die Behandlung wie üblich.

3.4 Datensammlung

Die Datenerhebung erfolgte an zwei Zeitpunkten: Zu Beginn der Studie (t_0) und nach der Durchführung der Intervention (t_1). Dabei wurde jeweils ein Zeitraum von drei Monaten festgelegt, in welchem die Pflegefachpersonen und die Patientinnen und Patienten aufgefordert wurden, den RSA-D auszufüllen. In den neun Monaten zwischen den Erhebungszeitpunkten wurde auf den Interventionsstationen die Schulung durchgeführt und deren Inhalte umgesetzt (siehe Tabelle 1).

3.5 Ethische Prüfung

Die Studie wurde der zuständigen Kantonalen Ethikkommission Zürich zur Prüfung vorgelegt und von dieser bewilligt.

Die Registrierung als klinische Studie erfolgte im Deutschen Register für klinische Studien (DRKS) unter der Registernummer DRKS00009769.

Tabelle 2: Übersicht Studienablauf

		Jan 13	Feb 13	Mär 13	Apr 13	Mai 13	Jun 13	Jul 13	Aug 13	Sep 13	Okt 13	Nov 13	Dez 13	Jan 14	Feb 14	Mär 14
Interventionsstationen	Pflegende	RSA-Pflegende			Schulung	Intervention								RSA-Pflegende		
	Patienten	RSA-Patienten											RSA-Patienten			
Kontrollstationen	Pflegende	RSA-Pflegende			übliche Behandlung								RSA-Pflegende			
	Patienten	RSA-Patienten											RSA-Patienten			
		t-null												t-eins		

3.6 Statistische Methoden

Um die Ausprägungen der Eigenschaften der einzelnen Probandengruppen miteinander zu vergleichen, wurde der Mann-Whitney-U-Test (Alter, Berufserfahrung) und der Chi-square-Test (Geschlecht) verwendet.

Zur Ergebnis-Messung wurde die deutsche Version der »Recovery Self Assessment Scale« (RSA-D) verwendet (Zuaboni et al., 2015). In unserer Studien fanden die Patientinnen-Skala sowie die Fachpersonen-Skala Verwendung, welche je über 32 Items verfügen. Die Auswertung der Skala erfolgte über die Berechnung der Mittelwerte der Gesamtsummen sowie derjenigen der einzelnen Subskalen-Summen. Um in die Auswertung aufgenommen zu werden, musste jeweils eine vorgegebene Mindestanzahl an Items eindeutig beantwortet worden sein. Hohe Werte gelten als Indizien für eine hohe Recovery-Orientierung.

Auf der Basis der erhobenen Studiendaten wurde zur Berechnung der internen Konsistenz eine einfache Faktorenanalyse durchgeführt.

Die Ergebnisse der Interventionsstationen und der Kontrollstationen wurden untereinander (t_0 vs t_1) als auch gegeneinander (Interventionsstation vs Kontrollstation, t_0 und t_1) mittels eines Rangsummen-Tests (Mann-Whitney-U-Test) verglichen. Dieser Test überprüft zwei unabhängige Variablen hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz.

Zu Beginn der Studie war geplant, die Ergebnisse der Pflegefachpersonen von t_0 und t_1 zu paaren. Dadurch hätten die Ergebnisse von t_0 zu den Ergebnissen von t_1 zugeordnet werden können, was die Aussagekraft der Ergebnisse erhöht hätte. Doch wurde im Verlauf der Datenerhebung offensichtlich, daß dies nicht gelingen würde, da die Fragebögen nicht ausreichend ausgefüllt wurden.

Das Signifikanzniveau für Veränderungen wurde auf .05 festgelegt. Die gesamten Berechnungen wurden mittels SPSS (Version 22) durchgeführt.

4 Ergebnisse

4.1 Eigenschaften der Probanden

Bei t_0 betrug auf den Interventionsstationen das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten 39.9 Jahre ($SD = 12.2$), 46.6 % waren weiblich. Das durchschnittliche Alter der Pflegefachpersonen lag bei 38.1 Jahren ($SD = 9.4$), 52.4 % waren weiblich und die durchschnittliche Berufserfahrung lag bei 12.6 Jahren ($SD = 7.2$).

Auf den Kontrollstationen betrug das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten 38.5 Jahre ($SD = 13.7$), 46.4 % waren weiblich. Das durchschnittliche Alter der Pflegefachpersonen betrug 40.6 Jahre ($SD = 8.0$), 44.4 % waren weiblich und die durchschnittliche Berufserfahrung lag bei 14.8 Jahren ($SD = 8.4$).

Bei t_1 war auf den Interventionsstationen das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten 38.9 Jahre ($SD = 11.3$), 38.5 % waren weiblich. Das durchschnittliche Alter der Pflegefachpersonen lag bei 39.7 Jahren ($SD = 11.0$), 51.9 % waren weiblich und die durchschnittliche Berufserfahrung lag bei 15.6 Jahren ($SD = 8.3$).

Auf den Kontrollstationen belief sich das durchschnittliche Alter auf 46.4 Jahre ($SD = 10.5$), 35.7 % waren weiblich. Das durchschnittliche Alter der Pflegefachpersonen lag bei 34.1 Jahren ($SD = 8.7$), 42.9 % waren weiblich und die durchschnittliche Berufserfahrung lag bei 8.3 Jahren ($SD = 5.8$).

Die Gruppen der Patientinnen und Patienten der Interventionsstationen sowie derjenigen der Kontrollstationen unterschieden sich über die Zeit hinweg nicht signifikant (t_0 vs t_1) hinsichtlich Alter (Interventionsstationen $p = .675$ und Kontrollstationen $p = .078$) und Geschlecht (Interventionsstationen $p = .336$ und Kontrollstationen $p = .508$) voneinander. Der einzige signifikante Unterschied wurde bei t_1 zwischen der Intervention- und den Kontrollstationen bezüglich dem Alter der Patientinnen und Patienten festgestellt ($p = .015$) (siehe Tabelle 3).

Die Gruppen der Pflegefachpersonen der Interventionsstationen sowie derjenigen der Kontrollstationen unterschieden sich über die Zeit hinweg nicht signifikant (t_0 vs t_1) hinsichtlich Alter (Interventionsstationen $p = .471$ und Kontrollstationen $p = .079$), Berufserfahrung (Interventionsstationen $p = .77$ und Kontrollstationen $p = .088$) und Geschlecht (Interventionsstationen $p = .966$ und Kontrollstationen $p = .943$) voneinander. Der einzige signifikante Unterschied wurde bei t_1 zwischen der Interventions- und den Kontrollstationen bezüglich der Berufserfahrung festgestellt ($p = .029$) (siehe Tabelle 4).

Von den 718 Patientinnen und Patienten, welche sich im Zeitraum der Datenerhebungen t_0 vs t_1 auf den Interventionsstationen aufhielten, beteiligten sich 137 an der Studie (t_0 73 und t_1 = 64), was 19.1 % entspricht. Von den 61 Pflegefachpersonen auf den Interventionsstationen beteiligten sich bei t_0 = 43 (70.5 %) und bei t_1 = 38 (62.3 %).

Auf den Kontrollstationen befanden sich im Zeitraum der Datenerhebungen insgesamt 378 Patientinnen und Patienten, davon beteiligten sich 43 an der Studie (t_0 = 29 und t_1 = 14), was 11.4 % entspricht. Von den 24 Pflegefachpersonen auf den Kontrollstationen beteiligten sich bei t_0 = 19 (79.1 %) und bei t_1 = 9 (37.5 %) (siehe Grafik 1).

Tabelle 3: Eigenschaften der Patientinnen und Patienten

t_0		t_1		P-Wert
Intervention $n=73$	Alter (Jahre; \bar{x} ; SD): 39.9 ± 12.2	Intervention $n=65$	Alter (Jahre; \bar{x} ; SD): 38.9 ± 11.3 †	.675 ‡
	Weiblich (%): 46.6		Weiblich (%): 38.5	.336 §
Kontroll $n=29$	Alter (Jahre; \bar{x} ; SD): 38.5 ± 13.7	Kontroll $n=14$	Alter (Jahre; \bar{x} ; SD): 46.4 ± 10.5	.078 ‡
	Weiblich (%): 46.4 †		Weiblich (%): 35.7	.508 §
P-Wert (Alter)	.691 ‡		.015 ‡*	
P-Wert (Ges.)	.989 §		.849 §	

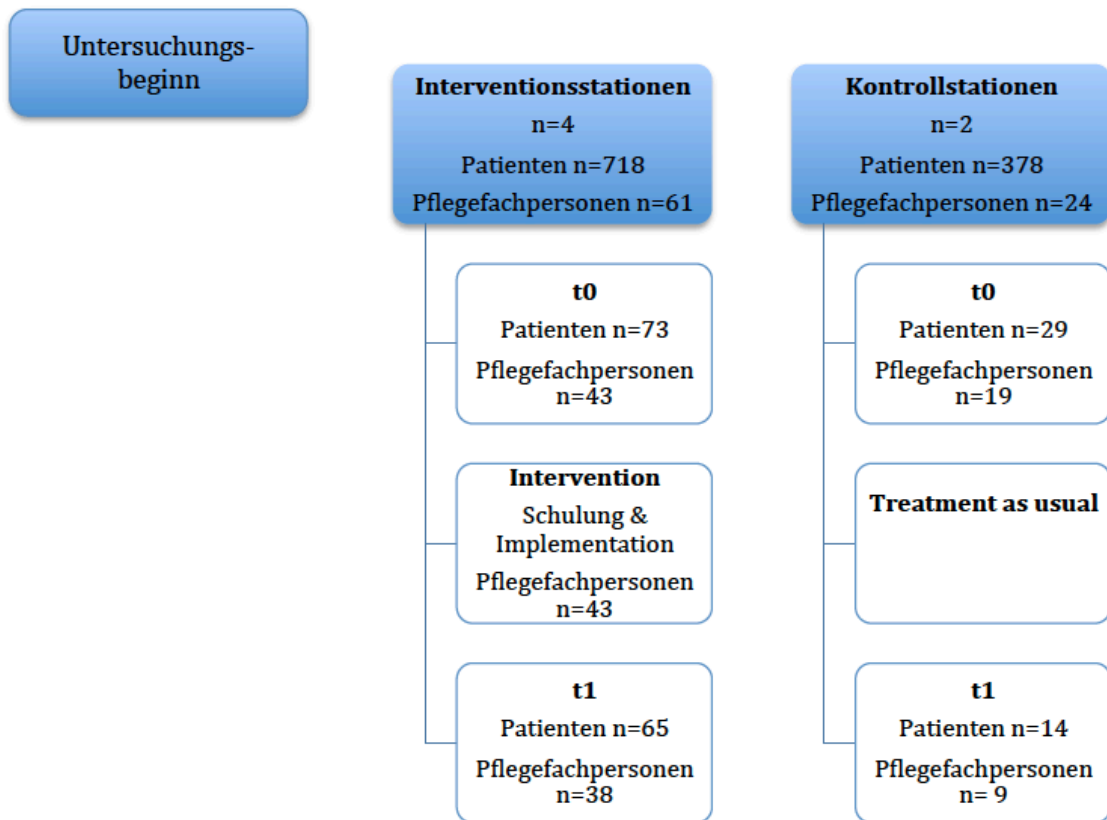
* Signifikanzwert < .05; † Ein Datensatz ohne Nennung; ‡ Mann-Whitney-U-Test, um Alter zu vergleichen; § Chi-Quadrat-Test, um Geschlechtsverteilung zu vergleichen; SD : Standardabweichung; t_0 und t_1 : Zeitpunkte der Datenerhebung; \bar{x} : arithmetisches Mittel; n : Population; P-Wert: Signifikanzwert

Tabelle 4: Eigenschaften der Pflegefachpersonen

t ₀		t ₁		P-Wert
Intervention n=43	Alter (Jahre; \bar{x} ; <i>SD</i>): 38.1 ± 9.4 [‡]	Intervention n=38	Alter (Jahre; \bar{x} ; <i>SD</i>): 39.7 ± 11.0 [¥]	.471 [†]
	Berufserfahrung (Jahre; \bar{x} ; <i>SD</i>): 12.6 ± 7.2		Berufserfahrung (Jahre; \bar{x} ; <i>SD</i>): 15.6 ± 8.3 [¥]	.077 [‡]
	Weiblich (%): 52.4 [‡]		Weiblich (%): 51.9 [¥]	.966 [§]
Kontroll n=19	Alter (Jahre; \bar{x} ; <i>SD</i>): 40.6 ± 8.0 [‡]	Kontroll n=9	Alter (Jahre; \bar{x} ; <i>SD</i>): 34.1 ± 8.7 [#]	.079 [†]
	Berufserfahrung (Jahre; \bar{x} ; <i>SD</i>): 14.8 ± 8.4		Berufserfahrung (Jahre; \bar{x} ; <i>SD</i>): 8.3 ± 5.8 [#]	.088 [‡]
	Weiblich (%): 44.4 [*]		Weiblich (%): 42.9 [#]	.943 [§]
P-Wert (Alter)	.305 [†]		.29 [†]	
P-Wert (Berufs.)	.551 [‡]		.029 ^{‡*}	
P-Wert (Ges.)	.573 [§]		.671 [§]	

* Signifikanzwert < .05; [‡] Ein Datensatz ohne Nennung; [¥] 12 Datensätze ohne Nennung; [#] Zwei Datensätze ohne Nennung; [†] Mann-Whitney-U-Test, um Alter zu vergleichen; [‡] Mann-Whitney-U-Test, um Berufserfahrung zu vergleichen; [§] Chi-Quadrat-Test, um Geschlechtsverteilung zu vergleichen; *SD*: Standardabweichung; t₀ und t₁: Zeitpunkte der Datenerhebung; \bar{x} : arithmetisches Mittel; n: Population; P-Wert: Signifikanzwert

Grafik 1: Beteiligung der Probanden



4.2 Ergebnisse der RSA-D-Vergleiche

Der Vergleich der Median-Ergebnisse der RSA-D bei den Patientinnen und Patienten auf den Interventionsstationen von t_0 und t_1 ergaben Unterschiede bei dem Gesamt-Wert (+0.01) den Lebenszielen (+0.15), der Vielfalt der Behandlungsoptionen (-0.25) und den Wahlmöglichkeiten (-0.27). Doch diese Unterschiede waren im Vergleich von t_0 zu t_1 statistisch nicht signifikant. Desgleichen konnten keine signifikanten Unterschiede im Vergleich der Ergebnisse zwischen den Interventionsstationen und den Kontrollstationen beobachtet werden (Tabelle 7).

Bei den Ergebnissen der RSA-D bei den Pflegefachpersonen auf den Interventionsstationen konnten Unterschiede der Median-Werte im Vergleich von t_0 und t_1 beim Gesamt-Wert (+0.24), bei den Lebenszielen (+0.23), der Beteiligung (+0.30), der Vielfalt der Behandlungsoptionen (+0.60), der Wahlmöglichkeit (+0.40) und den individuell abgestimmten Diensten (+0.50) beobachtet werden; diese Unterschiede sind aber statistisch nicht signifikant.

Die Vergleiche der Ergebnisse zwischen den Interventionsstationen und den Kontrollstationen ergaben ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede (Tabelle 8).

Auf der Basis der gesammelten Studiendaten wurden eigene psychometrische Berechnungen der RSA-D mittels Cronbachs Alpha durchgeführt. Die Berechnungen der internen Konsistenz der Patienten-Version-Subskalen ergaben Werte von $\alpha = .70$ bis $\alpha = .89$ und für die gesamte Skala $\alpha = .95$. Für die Fachpersonen-Version ergaben die Berechnungen für die Subskalen Werte von $\alpha = .56$ bis $\alpha = .87$ und für die gesamte Skala $\alpha = .94$ (siehe Tabelle 9).

Tabelle 5: Patientinnen- und Patienten-Ergebnisse der RSA-D

Dimensionen	t ₀						t ₁						Tend.	
	N	\bar{x}	SD	CI	Md	IQR	N	\bar{x}	SD	CI	Md	IQR		
Interventionsstationen	Lebensziele	54	4.00	.69	3.81-4.19	4.00	1.01	52	4.01	.81	3.79-4.24	4.15	.97	↗
	Beteiligung	36	2.99	1.14	2.61-3.38	3.00	1.70	41	3.11	1.25	2.71-3.50	3.00	2.30	→
	Vielfalt der Beh.optionen	43	3.86	.84	3.60-4.12	4.00	1.25	45	3.70	.91	3.42-3.97	3.75	1.50	↘
	Wahlmögli.	45	4.32	.66	4.13-4.52	4.60	.90	50	4.23	.76	4.01-4.44	4.33	1.25	↘
	Indivi.abges. Dienste	53	3.76	.96	3.50-4.02	4.00	1.33	55	3.84	.93	3.59-4.09	4.00	1.00	→
	Einladende Räumlichk.	70	4.22	.76	4.04-4.40	4.50	1.00	68	4.14	.87	3.93-4.35	4.50	1.38	→
	Gesamt	54	3.86	.72	3.66-4.05	3.86	1.05	58	3.86	.78	3.65-4.06	3.87	1.23	↗
Kontrollstationen	Lebensziele	22	3.78	.69	3.47-4.08	3.95	1.21	11	3.96	.71	3.49-4.44	4.22	.76	↗
	Beteiligung	15	2.82	1.25	2.13-3.51	2.40	2.25	8	3.11	1.11	2.18-4.04	3.20	1.78	↗
	Vielfalt der Beh.optionen	17	3.57	.89	3.11-4.02	4.00	1.40	9	3.44	.91	2.74-4.14	3.75	1.70	↘
	Wahlmögli.	21	4.11	.79	3.75-4.47	4.40	1.58	8	4.51	.28	4.27-4.74	4.55	.46	↗
	Indivi.abges. Dienste	24	3.36	1.02	2.93-3.79	3.58	1.25	11	3.69	.72	3.21-4.17	3.67	1.17	↗
	Einladende Räumlichk.	31	4.16	.65	3.92-4.40	4.50	.50	13	4.08	.45	3.81-4.35	4.00	.75	↘
	Gesamt	23	3.67	.68	3.38-3.97	3.56	1.15	12	3.83	.52	3.50-4.17	3.96	.67	↗

t₀ und t₁: Zeitpunkte der Datenerhebung; **N**: Population; \bar{x} : arithmetisches Mittel; **SD**: Standardabweichung; **CI**: Konfidenzintervall; **Md**: Median; **IQR**: Interquartilsabstand; **Tend.**: Tendenz

Tabelle 6: Pflegefachpersonen-Ergebnisse der RSA-D

	Dimensionen	t ₀						t ₁						Tend.
		N	\bar{x}	SD	CI	Md	IQR	N	\bar{x}	SD	CI	Md	IQR	
Interventionsstationen	Lebensziele	42	3.86	.46	3.72-4.00	3.91	.56	38	3.99	.56	3.81-4.18	4.14	.98	↗
	Beteiligung	36	2.57	.88	2.27-2.86	2.70	1.24	34	2.99	.88	2.68-3.29	3.00	1.40	↗
	Vielfalt der Beh.optionen	43	3.66	.67	3.46-3.87	3.60	1.40	37	3.92	.80	3.66-4.19	4.20	1.20	↗
	Wahlmögli.	43	3.67	.64	3.47-3.87	3.60	1.00	37	3.95	.61	3.75-4.15	4.00	.85	↗
	Indivi.abges. Dienste	43	3.54	.7	3.33-3.76	3.50	1.00	37	3.82	.84	3.55-4.10	4.00	1.21	↗
	Einladende Räumlichk.	43	4.04	.68	3.83-4.24	4.50	1.00	38	4.03	.59	3.83-4.22	4.00	1.00	↘
	Gesamt	43	3.60	.54	3.43-3.76	3.63	.93	38	3.82	.59	3.62-4.01	3.87	.92	↗
Kontrollstationen	Lebensziele	18	3.75	.71	3.40-4.11	4.00	.86	9	3.82	.46	3.46-4.18	3.82	.38	↘
	Beteiligung	13	2.43	.98	1.84-3.02	2.00	1.70	7	2.81	.64	2.22-3.41	2.75	1.40	↗
	Vielfalt der Beh.optionen	16	3.69	.8	3.27-4.12	3.60	1.45	9	3.63	.66	3.12-4.14	3.80	.87	↗
	Wahlmögli.	18	3.60	.8	3.21-4.00	3.80	1.26	9	3.8	.54	3.39-4.21	3.80	.70	→
	Indivi.abges. Dienste	18	3.44	1.02	2.94-3.95	3.63	1.38	9	3.44	.54	3.02-3.85	3.50	1.00	↘
	Einladende Räumlichk.	19	3.76	.77	3.39-4.14	3.50	1.50	9	4.33	.35	4.06-4.61	4.50	.50	↗
	Gesamt	18	3.57	.75	3.20-3.95	3.74	.93	9	3.65	.4	3.34-3.95	3.75	.67	↗

t₀ und t₁: Zeitpunkte der Datenerhebung; N: Population; \bar{x} : arithmetisches Mittel; SD: Standardabweichung; CI: Konfidenzintervall; Md: Median; IQR: Interquartilsabstand; Tend.: Tendenz

Tabelle 7: RSA-D Signifikanzwerte der Patientinnen und Patienten

	Dimensionen						
	Gesamt	Lebensziele	Beteiligung	Vielfalt der Behand.op.	Wahl möglichk.	Indiv. Dienste	Einladende Räum
t ₀ Intervention vs Kontroll	U(54,23)=531.5 z=.996 p=.319	U(54,22)=485.0 z=1.250 p=.211	U(36,15)=236.5 z=.694 p=.488	U(43,17)=295.5 z=1.153 p=.249	U(45,21)=413.0 z=.825 p=.41	U(53,24)=482.5 z=1.697 p=.09	U(70,31)=991.5 z=.711 p=.477
t ₁ Intervention vs Kontroll	U(58,12)=337.0 z=.171 p=.864	U(52,11)=268.0 z=.326 p=.744	U(41,8)=160.5 z=.095 p=.924	U(45,9)=171.0 z=.733 p=.463	U(50,8)=175.5 z=.56 p=.576	U(55,11)=250.5 z=.899 p=.369	U(68,13)=360.5 z=1.076 p=.282
t ₀ und t ₁ Intervention vs. Intervention	U(54,58)=1529.5 z=.213 p=.832	U(54,52)=1342.5 z=.389 p=.697	U(36,41)=700.0 z=.389 p=.697	U(43,45)=863.0 z=.875 p=.381	U(45,50)=1076.0 z=.369 p=.712	U(53,55)=1394.0 z=.392 p=.695	U(70,68)=2306.0 z=.324 p=.746
t ₀ und t ₁ Kontroll vs Kontroll	U(23,12)=126.0 z=.417 p=.677	U(22,11)=100.5 z=.786 p=.432	U(15,8)=52.0 z=.517 p=.605	U(17,9)=69.0 z=.407 p=.684	U(21,8)=69.5 z=.711 p=.477	U(24,11)=108.0 z=.855 p=.393	U(15,7)=48.5 z=.282 p=.778

t₀ und t₁: Zeitpunkte der Datenerhebung; U: Mann-Whitney-U-Test; z: z-Wert; p: Signifikanzwert

Tabelle 8: RSA-D Signifikanzwerte der Pflegefachpersonen

	Dimensionen						
	Gesamt	Lebens- ziele	Beteiligung	Vielfalt der Behand.op.	Wahl möglichk.	Indiv. Dienste	Einladende Räum
t₀							
Intervention	U(43,18)= 380.5	U(42,18)= 368.0	U(36,13)= 213.0	U(43,16)= 338.0	U(43,18)= 378.5	U(43,18)= 383.5	U(43,19)= 330.0
vs	z=.103	z=.162	z=.477	z=.103	z=.135	z=.056	z=1.25
Kontroll	p=.918	p=.872	p=.633	p=.918	p=.893	p=.956	p=.211
t₁							
Intervention	U(38,9)= 131.5	U(38,9)= 135.0	U(34,7)= 101.0	U(37,9)= 121.0	U(37,9)= 138.5	U(37,9)= 111.5	U(38,9)= 127.0
vs	z=1.068	z=.974	z=.627	z=1.263	z=.78	z=1.532	z=1.251
Kontroll	p=.285	p=.33	p=.531	p=.207	p=.435	p=.125	p=.211
t₀ und t₁							
Intervention	U(43,38)= 623.0	U(42,38)= 660.0	U(36,34)= 469.0	U(43,37)= 615.5	U(43,37)= 594.0	U(43,37)= 622.5	U(43,38)= 791.5
vs.	z=1.836	z=1.331	z=1.686	z=1.742	z=1.952	z=1.677	z=.254
Intervention	p=.066	p=.183	p=.092	p=.082	p=.051	p=.094	p=.799
t₀ und t₁							
Kontroll	U(18,9)= 80.5	U(18,9)= 80.5	U(13,7)= 32.0	U(16,9)= 70.5	U(18,9)= 72.0	U(18,9)= 72.5	U(13,7)= 32.0
vs	z=.026	z=.026	z=1.076	z=.085	z=.466	z=.441	z=1.076
Kontroll	p=.976	p=.979	p=.282	p=.932	p=.641	p=.66	p=.282

t₀ und t₁: Zeitpunkte der Datenerhebung; U: Mann-Whitney-U-Test; z: z-Wert; p: Signifikanzwert

Tabelle 9: Ergebnisse Berechnungen der internen Konsistenz

Skalen	RSA-D-Patientinnen α	RSA-D-Personal α
Lebensziele	.891	.819
Beteiligung	.864	.867
Vielfalt der Behandlungsoptionen	.746	.693
Wahlmöglichkeiten	.697	.560
Individuell abgestimmte Dienste	.783	.717
Gesamt	.954	.940

α: Cronbachs Alpha

5 Diskussion

Mit der vorliegenden Studie wurde erstmalig eine recovery-orientierte pflegerische Intervention im psychiatrischen Akutsetting untersucht. Die Studie wurde in zwei psychiatrischen Kliniken der deutschsprachigen Schweiz durchgeführt, welche für die psychiatrische Grundversorgung ihrer Regionen zuständig sind. Das kontrollierte Interventionsstudiendesign schloss insgesamt sechs psychiatrische Aufnahmestationen mit ein, wobei vier als Interventionsstationen und zwei als Kontrollstationen verwendet wurden. Anhand der RSA-D wurde untersucht, inwieweit sich die Intervention auf die Arbeitsweise psychiatrischer Aufnahmestationen aus der Sicht der Patientinnen und Patienten und des Pflegefachpersonals auswirken.

Es wurden keine statistisch signifikanten Veränderungen zwischen den zwei Erhebungszeitpunkten auf den Interventionsstationen noch auf den Kontrollstationen beobachtet.

Auf der Grundlage der erzielten Ergebnisse müssen die zu untersuchenden Hypothesen verworfen werden. Entgegen den Erwartungen weisen die Ergebnisse nicht darauf hin, daß sich die Arbeitsweisen der psychiatrischen Aufnahmestationen durch die Intervention in Richtung Recovery verändert haben; dies weder aus der Sicht der Patientinnen und Patienten, noch aus derjenigen des Pflegefachpersonals.

Hypothese 1: Aus der Sicht der Patientinnen und Patienten hat sich an der Arbeitsweise auf den Interventionsstationen scheinbar nichts geändert. Die praktische Umsetzung der Intervention bewirkte keine Veränderung der Einschätzung der Patientinnen und Patienten. So beurteilten die Patientengruppen an den zwei Erhebungszeitpunkten die Recovery-Orientierung vergleichbar hoch. Auch konnten keine Unterschiede bei den Ergebnissen der RSA-D-Gesamtwerte zwischen den Patientinnen und Patienten und dem Pflegefachpersonal festgestellt werden.

Dahingegen wurden in der Studie von O'Connell et al. (2005) statistisch signifikante Unterschiede bei den Patientinnen und Patienten (»Persons in Recovery«) und dem Fachpersonal (»Providers«) erhoben. An der Studie beteiligten sich 82 staatlich subventionierte psychiatrische Dienstleistungen. Dabei schätzten die Probanden die jeweilige Dienstleistung mittels der RSA ein. Die Ergebnisse der Fachpersonen ($n = 344$) lag bei einem RSA-Gesamtwert von 3.87 ($SD = .62$) und unterschied sich statistisch signifikant von den Ergebnissen der Patientinnen und Patienten ($n = 326$), das bei 4.06 ($SD = 4.06$) lag. Im Unterschied zu unserer Studie waren die beteiligten Fachpersonen (»Providers«) multiprofessionell zusammengesetzt.

In der Studie von Kidd et al. (2010) wurde die Recovery-Orientierung einer aufsuchenden psychiatrischen Dienstleistung («Assertive Community Treatment») in Ontario erhoben. Der RSA-Gesamtwert der Fachpersonen ($n = 518$) lag dabei bei 3.82 ($SD = .31$), derjenige der Klienten ($n = 1400$) bei 3.98 ($SD = .27$). Die Ergebnisse unterschieden sich nicht statistisch signifikant.

Eine Gemeinsamkeit kann über alle drei Studien festgestellt werden. So wurde bei allen die Recovery-Orientierung der Dienstleistungen durch die Patientinnen und Patienten als moderat bis hoch eingeschätzt (RSA-Gesamtwerte von 3.86 bis 4.06). Eine mögliche Erklärung dafür könnte darin liegen, daß die Patientinnen und Patienten vielfach nur gerade das kennen, was ihnen unmittelbar angeboten wird (Davidson et al., 1996), weshalb sie keine Vergleiche anstellen können zwischen unterschiedlichen Dienstleistungen.

Eine weitere Erklärung für die positiven Ergebnisse könnte der Umstand liefern, daß die Patientinnen und Patienten, vergleichbar mit dem Verhalten bei Patientenzufriedenheitserhebungen, zu sozial erwünschten Antworten tendierten. Sitzia und Wood (1997) schildern in ihrem Artikel, daß Patientinnen und Patienten bei Patientenzufriedenheitserhebungen dazu neigen, eine größere Zufriedenheit anzugeben, als sie es eigentlich empfinden, weil sie glauben, positivere Kommentare seien bei den Untersuchern willkommener.

Eine weitere Abneigung von Patientinnen und Patienten, sich zu beschweren, kann aus der Befürchtung heraus entstehen, als Folge davon in Zukunft unerwünschten Behandlungen ausgesetzt zu sein (Sitzia und Wood, 1997).

Man kann davon ausgehen, daß die beiden beschriebenen Verhaltensweisen bei Befragungen während des stationären Settings noch ausgeprägter in Erscheinung treten als bei Befragungen, die nach den Entlassungen durchgeführt werden.

Bei den Vergleichen mit den herangezogenen Studien ist zu bedenken, daß diese Ergebnisse in komplett anderen Studiendesigns, Settings und Gesundheitssystemen erzielt wurden. Selbst wenn die RSA-D akkurat ins Deutsche übertragen wurde, sollte man mögliche Schlussfolgerungen aus Gegenüberstellungen der RSA-Werte entsprechend gewichten.

Hypothese 2: Auch aus der Sicht der Pflegefachpersonen hat sich an der Arbeitsweise auf den Interventionsstationen über die zwei Erhebungszeitpunkte hinweg scheinbar nichts geändert. Obwohl die Pflegefachpersonen der Interventionsstationen neben der

Schulung praktische Unterstützung bei der Implementation erhalten haben, hat dies aus ihrer Sicht die Einschätzung ihrer Arbeitsweise nicht verändert.

Die RSA-Gesamtwerte waren bei den Interventionsstationen und den Kontrollstationen bei beiden Erhebungszeitpunkten moderat bis hoch ausgefallen (RSA-D-Gesamtmittelwerte 3.57 bis 3.82). Somit schätzten die Pflegefachpersonen auf allen beteiligten Stationen ihre eigenen psychiatrischen Dienstleistungen entsprechend recovery-orientiert ein.

Die leichte Zunahme zwischen den Erhebungszeitpunkten, sowohl auf den Interventionsstationen (RSA-D-Gesamtmittelwert von 3.6 auf 3.82), als auch auf den Kontrollstationen (RSA-D-Gesamtmittelwert von 3.57 auf 3.65), könnte damit zusammenhängen, dass sich auch die Pflegefachpersonen auf den Kontrollstationen bedingt durch ihre Studienteilnahme über das Thema Recovery ausgetauscht haben.

Die Vergleiche mit anderen Studien ergeben kein einheitliches Bild. In der bereits oben erwähnten Studie von O'Connell et al. (2005) lag der RSA-Gesamtwert der Fachpersonen («Provider») bei 3.87 ($SD = .62$). Tsaj et al. (2010) untersuchten die recovery-orientierte Arbeitsweise in drei staatlichen Kliniken und verglichen diese mit vier ambulanten Tageskliniken. Die Ergebnisse der staatlichen Kliniken lagen bei einem RSA-Gesamtwert von 3.27 ($SD = .54$; $n = 1150$) und unterschieden sich statistisch signifikant vom RSA-Gesamtwert der ambulanten Tageskliniken, der bei 3.62 ($SD = .47$; $n = 181$) lag.

In der Studie von McLoughlin et al. (2013) wurde eine leicht modifizierte Version der RSA verwendet, um die Einschätzung der Recovery-Orientierung von Pflegefachpersonen im Akutsetting zu untersuchen; dies erfolgte in einer psychiatrischen Klinik in Südkalifornien.

In der Originalversion der RSA ist der Fokus allgemein auf Fachpersonen («Provider» oder «Staff») ausgerichtet (z. B. «People in recovery can choose and change, if desired, the therapist, psychiatrist, or other service provider with whom they work»; «Staff at this agency listen to and follow the choices and preferences expressed by people in recovery»), wohingegen in der Version von Mc Loughlin et al. (2013), der sogenannten RSA-RN («Recovery Self Assessment - Registered Nurse») gezielt nach der Arbeitsleistung der Pflegefachpersonen gefragt wird (z. B. «People in recovery can choose and change, if desired, their primary nurse, or nursing team with whom they

work«; »Nurses at this facility listen to and follow the choices and preferences of patients/program participants«).

Mit der Studie wurden zwei Ziele verfolgt: Zuerst sollte die Reliabilität der RSA-RN in einem psychiatrischen Akutsetting überprüft werden. In einem weiteren Schritt wurden die Ergebnisse der Erhebung bei den Pflegefachpersonen mit einem Datensatz einer vorangegangenen Untersuchung (McLoughlin und Fitzpatrick, 2008) verglichen, in welcher Pflegefachpersonen aus fünf staatlichen psychiatrischen Kliniken in Tennessee befragt wurden.

Die Ergebnisse der psychometrischen Testung bestätigten die Ergebnisse aus anderen Studien (siehe Kapitel 1.4.1 »Recovery Self Assessment Scale«).

Der Vergleich der RSA-RN-Gesamtwerte mit den Werten der vorangegangenen Studie ergaben einen leicht höheren Wert für den aktuelleren Datensatz (3.08, $SD = .70$ vs. 2.82, $SD = .75$). Als möglichen Grund für dieses Ergebnis führten die Autorinnen den Umstand an, daß der ältere Datensatz aus dem Jahre 2005 stammte und der aktuellere aus dem Jahre 2011. In diesem Zeitraum seien in den USA die nationalen Recovery-Initiativen vorangeschritten und es sei gut möglich, daß sich die psychiatrische Praxis dadurch generell vermehrt in Richtung Recovery entwickelt habe. Ein weiteres Ergebnis der Studie stammte aus der Auswertung der erweiterten demografischen Daten. So konnten die Autorinnen aufzeigen, dass die höhere Einschätzung der recovery-orientierten Arbeitsweise zu den folgenden drei Gruppen zugeordnet werden konnte: Probanden, (i) die recovery-orientierte Weiterbildungen absolviert haben, (ii) die ihre Dienstleistung als recovery-orientiert bewerteten, und (iii) die sich selber bezüglich Recovery als kompetent einschätzten.

Ein vergleichbares Ergebnis wurde in der vorangegangenen Studie berechnet, wo ein statistisch signifikanter Zusammenhang erhoben wurde zwischen den RSA-RN-Gesamtwerten, den absolvierten recovery-orientierten Weiterbildungen und der Einschätzung in einer recovery-orientierten Dienstleistung tätig zu sein (McLoughlin und Fitzpatrick, 2008).

Die Autorinnen schlussfolgerten daraus, daß die Entwicklung oder Bereitstellung von formalen Recovery-Weiterbildungen ein relativ einfaches Verfahren sei, um die Recovery-Orientierung von psychiatrischen Dienstleistungen zu steigern (McLoughlin et al., 2013).

Wie eingangs erwähnt, ergibt der Vergleich der RSA-Gesamtwerte aus den verschiedenen Studien kein einheitliches Bild. Dies scheint im Grunde auch folgerichtig zu sein, da die Studien in unterschiedlichen Ländern, mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen und mit einer unterschiedlichen Ausprägung der Recovery-

Orientierung durchgeführt worden sind. Dennoch sind bei den meisten Studien die Ergebnisse der RSA-Gesamtwerte der Fachpersonen vergleichbar hoch, wie auch in unserer Studie.

Die Ausnahme bilden dabei die bereits besprochenen Studien von McLoughlin et al. (2008; 2013), wo deutlich tiefere RSA-Gesamtwerte erfasst wurden. Wie erwähnt wurde in diesen Studien eine modifizierte RSA verwendet, welche sich explizit auf die Arbeitsleistung der Berufsgruppe der Pflege fokussierte. Eine mögliche Erklärung für die tieferen Werte könnte daraus hergeleitet werden, daß die Pflegefachpersonen ihre eigene Arbeitsleistung weitaus kritischer bewerten, als sie es bei derjenigen Arbeitsleistung tun, die durch alle in einer Dienstleistung beteiligten Fachpersonen erbracht wird.

Eine mögliche Ursache für die kritischere Bewertung der eigenen Arbeitsleistung könnte mit der Positionierung der Pflege innerhalb von Klinik-Organisationen erklärt werden. So wird die Berufsgruppe der Pflege verschiedentlich als unterdrückt («oppressed») bezeichnet (Becher und Visovsky, 2012; Clifford, 1992; Daiski, 2004; Powers, 2002; Torres, 1981), da sie seit der Übersiedlung der Gesundheitsversorgung in die Klinik an Macht und Kontrolle verloren hat (Roberts, 1983). Die Medizin, innerhalb der Klinik an der Spitze der Hierarchie, dominiert seither die Pflege. Der Mangel an Kontrolle und Autonomie, der sich in der Pflege abzeichnet, kommt zwar der Klinik und den Medizinern zugute, schafft aber Probleme für die Berufsgruppe der Pflege (Roberts et al., 2009).

Im Allgemeinen neigen unterdrückte Gruppen dazu, über ein vermindertes Selbstwertgefühl zu verfügen und von den eigenen Unzulänglichkeiten überzeugt zu sein (Roberts et al., 2009). Als Auswirkung dieser Ausgangslage könnten Pflegefachpersonen als Exponenten ihrer Berufsgruppe ihre eigene Arbeit weitaus kritischer bewerten als diejenige, an der andere Berufsgruppen, beispielsweise Mediziner und Sozialarbeiter, mitbeteiligt sind.

Ein weiterer Aspekt betrifft in diesem Zusammenhang das Schulungselement der Studien-Intervention, das als eigentliche Bildungsmaßnahme bezeichnet werden kann. In dieser Schulungssequenz wurde den Pflegefachpersonen durch Fachexperten Wissen vermittelt, über welches sie zu Beginn der Schulung vermeintlich gar nicht oder nicht ausreichend verfügt haben.

Von der Annahme ausgehend, daß es sich bei der Pflege um eine unterdrückte Berufsgruppe handelt, welche sich entsprechend verhält, hätte dies bei der Gestaltung der Wissensvermittlung berücksichtigt werden müssen.

Der Pädagoge Paulo Freire beschreibt in seiner zentralen Publikation »Pädagogik der Unterdrückten« (Freire, 1973) eine Form der pädagogischen Praxis und eines Erziehungsprinzips, die darauf abzielen, bei unterdrückten Gesellschaftsschichten die Studierenden zu ermächtigen, eine Einheit von Reflexion und Aktion zu entwickeln.

Freire beschreibt die herkömmliche Form der Wissensvermittlung als »Bankiers-Konzept«. Darin fungiert die Lehrperson als Übermittler von Lerninhalten, die die Studierenden auswendig zu lernen haben. Dadurch werden die Studierenden im übertragenen Sinn zu »Containern«, die von den Lehrpersonen abgefüllt werden müssen. In diesem pädagogischen Verständnis zeichnet sich eine qualifizierte Lehrperson dadurch aus, daß sie die »Container« möglichst umfassend abfüllt.

Und auf der Gegenseite zeichnen sich die guten Studierenden dadurch aus, daß sie sich möglichst ungehindert mit Wissen auffüllen lassen. Die Bildungsmaßnahme wird dadurch zu einem Akt der »Sparanlage«, wobei die Studierenden das »Anlage-Objekt« darstellen, und die Lehrperson die »Investoren« sind. Die Möglichkeiten der Studierenden sind dabei beschränkt, sie bestehen darin, die »Investitionen« entgegenzunehmen, zu ordnen und aufzuschichten.

Im »Bankiers-Konzept« ist Erkenntnis eine Gabe, die von denjenigen, die sich selbst als Wissende bezeichnen, an diejenigen verteilt wird, die als Unwissende eingeschätzt werden. Gemäß Freire zeigt sich damit die Lehrperson gegenüber den Studierenden als deren notwendiger Gegensatz, dessen Daseinsberechtigung sich allein davon ableitet. Gleich der hegelschen Dialektik vom Herren und vom Knecht entfremden sich die Studierenden dabei im Rahmen der Beziehung zur Lehrperson. Sie akzeptieren dabei ihr Nichtwissen als Rechtfertigung für die Existenz der Lehrperson, wobei sie im Unterschied zum Knecht nie entdecken, daß sie an und für sich die Lehrperson erziehen (Freire, 1973).

Anstelle des »Bankiers-Konzepts« sieht Freire die »problemformulierende Bildungsarbeit«, welche in Aktionen der Erkenntnis besteht und nicht in der Übermittlung von Informationen. Von Anfang an wird in dieser Form der Bildungspraxis der Lehrender-Studierender-Widerspruch aufgelöst. An deren Stelle treten dialogische Beziehungen, welche unerlässlich dafür sind, daß die Akteure in der Zusammenarbeit dasselbe Erkenntnisobjekt begreifen. Im Dialog lösen sich die Lehrenden-Studierenden-Rollen auf. Die Lehrenden sind nicht mehr bloß diejenigen, die lehren, sondern gleichzeitig diejenigen, die selber im Dialog mit den Studierenden belehrt werden. Dadurch können sie ihrerseits, während sie belehrt werden, auch lehren. So sind Lehrende-Studierende gemeinsam für einen Prozess mitverantwortlich, währendem sich alle Beteiligten entwickeln und wachsen (Freire, 1973).

In der »problemformulierenden Bildungsarbeit« betrachtet die Lehrperson die Bildungsinhalte nicht als sein Privateigentum, sondern als Gegenstand der Reflexion, welche durch sie und ihre Studierenden erfolgt. Die Lehrperson legt das Material den Studierenden vor und reflektiert dabei die eigenen Erkenntnisse neu, während die Studierenden ihre eigenen Schlussfolgerungen daraus entwickeln. Grundsätzlich wird mittels eines solchen Vorgehens ein Bewusstsein gefördert, auf dessen Basis kritische Eingriffe in die Wirklichkeit erfolgen können. Dieses vertiefte Bewusstsein führt den Menschen dazu, die eigene Situation als eine historische Wirklichkeit anzuerkennen, die den Veränderungen zugänglich ist (Freire, 1973) und somit gestaltet werden kann. Würde man nun diese Erkenntnisse auf die Studien-Intervention übertragen, würde dies Auswirkungen auf die grundlegende Gestaltung der Schulungselemente mit sich bringen. Anstelle der Vermittlung von theoretischem Wissen zum Recovery-Ansatz durch einen Fachexperten müsste ein Dialog zwischen einem Fachexperten und den Pflegefachpersonen etabliert werden, in dessen Verlauf die Problemstellung bearbeitet und konkrete Maßnahmen daraus abgeleitet würden. Auf der Basis des Dialogs wäre die eigene Praxis reflektiert und weiterentwickelt worden, mit Elementen, die von den Teilnehmenden selber erarbeitet worden wären.

Der pädagogische Ansatz von Freire scheint Parallelen zum Aktionsforschungsansatz aufzuweisen. Die Aktionsforschung wurde durch den Sozialpsychologen Kurt Lewin geprägt (Lewin, 1953) und findet in der Pflege- und Gesundheitsforschung vereinzelt Anwendung (Gurtner et al., 2015; Hart und Bond, 2001). Der Forschungsansatz zeichnet sich dadurch aus, daß die Veränderung der Praxis im Forschungsvorhaben von Beginn an mit der konsequenten Beteiligung aller Betroffenen einhergeht. Aktionsforschung stellt ein problemorientiertes, den Prozess ins Zentrum stellendes Verfahren dar.

Die Aktionsforschung wird als Vorgehensweise angesehen, die Möglichkeiten der Problemlösungen und der Kommunikation zu erweitern, welche sich bei der Veränderungen von Organisationen und Gemeinschaften ergeben (Hart und Bond, 2001).

In der Studie von Beckett et al. (2013) wurde der Aktionsforschungsansatz eingesetzt, um die Transformation einer psychiatrischen Aufnahmestation mit allen beteiligten Fachpersonen in Richtung personenzentrierter Angebote zu fördern. Die Vorgehensweise wurde damit begründet, daß die Transformation von Organisationen grundsätzlich eine Herausforderung darstellt. Die Implementierung von personenzentrierten Angeboten sei darüber hinaus nur möglich, wenn die

Fachpersonen ähnlich wie die Patientinnen und Patienten befähigt werden, Verantwortung zu übernehmen.

Dies bedeutet, daß recovery-orientierte Organisationen nicht in der Lage sind, Patientinnen und Patienten in ihren Recovery-Prozessen zu unterstützen, solange die in diesen Settings tätigen Fachpersonen von ihren Vorgesetzten nicht dazu ermächtigt («empowered») werden (Clossey und Rowlett, 2008).

Im Bereich der Recovery-Forschung wurde die Aktionsforschung verschiedentlich eingesetzt (Clements, 2012; Kidd et al., 2015). Durch den konsequenten Miteinbezug aller Beteiligten innerhalb des Forschungsvorhabens kann die Partizipation von Psychiatrie-Erfahrenen auf die Forschung erweitert werden, was unter anderem dazu beitragen kann, eine respektvolle und kollaborative Arbeitsbeziehung zwischen Fachpersonen und Erfahrenen zu etablieren und daraus ein vertieftes Verständnis zu Bedarf und Nutzen von psychiatrischen Interventionen zu entwickeln (Davidson et al., 2009).

Leider konnten wir mit unserer Studie die Schlussfolgerungen der Studie von McLoughlin et al. (2013) nicht bestätigen, der zufolge recovery-orientierte Schulungen unmittelbar bewirken, daß die recovery-orientierte Arbeitsweise höher eingestuft wird. Die Pflegefachpersonen der Interventionsstationen, welche eine entsprechende Schulung besucht hatten, schätzten danach ihre Arbeitsweise unverändert gleich hoch ein wie die Pflegefachpersonen der Kontrollstationen.

Auch abgesehen von unseren Studienergebnissen scheint die Annahme auf tönernen Füßen zu stehen, daß alleinig aufgrund formaler Schulungen die Arbeitsweise verändert werden kann.

In ihrer Literatursynthese bearbeiteten Fixsen et al. (2005) die Forschungsliteratur zum Thema Implementation von Veränderungen und Innovationen in Organisationen. Drei übergeordnete Themen zur Implementation ergaben sich aus den von ihnen zusammengefassten experimentellen Studien:

1. Richtlinien, Leitlinien und/oder Lerninformationen/Schulungen von Fachpersonen allein sind nicht effektiv
2. Langandauernde, mehrstufige Implementationsstrategien sind effektiver
3. Grundsätzlich weiß man noch zu wenig über die funktionalen Komponenten von Implementationsfaktoren

Um dem Mangel einer einheitlichen Terminologie und Konzeption im Zusammenhang mit Implementationen zu begegnen, erarbeiteten Fixsen et al. auf der Basis der gesichteten Literatur einen theoretischen Bezugsrahmen. Dieser umfasst fünf elementare Themen:

1. Quelle (»Source«): Ein Vorbild, häufig aus einer bestehenden Praxis zusammengesetzt, wird entwickelt und evaluiert. Daraus sollten die besten Elemente bei der Implementation verwendet werden.
2. Zielsetzung (»Destination«): Die Fachperson und die Organisation, welche die Innovation adaptieren, unterstützen und fördern die Implementation. Die fortlaufende Nutzung der Innovation ist sichergestellt.
3. Vernetzte Kommunikation (»Communication Link«): Eine einzelne Person oder Gruppe, genannt »Lieferanten« (im Original »purveyours«), die eine Innovation repräsentieren. Diese »Lieferanten« arbeiten aktiv mit, setzen die Innovation möglichst getreu und mit positiven Ergebnissen in die Praxis um.
4. Rückmeldungen (»Feedback«): Etablieren eines gleichmäßigen Turnus an zuverlässigen Informationen über die Leistungen von Einzelnen, Teams und Organisationen, durch relevante Fachpersonen, Leitungspersonen und »Lieferanten« vermittelt.
5. Einfluss (»Influence«): Soziale, ökonomische, politische, historische und psychosoziale Faktoren, die direkt oder indirekt auf Personen, Organisationen oder Systeme einwirken.

Gemäß Fixsen et al. (2005) sind die wesentlichen Ergebnisse der Implementation folgende:

1. Verhaltensveränderungen von Fachpersonen (Wissen und Fertigkeiten von Fachpersonen innerhalb einer Organisation oder eines Systems).
2. Struktur- und Kulturveränderungen der Organisation, sowohl formell als auch informell (Werte, Philosophie, Ethik, Verfahren, Entscheidungsfindung), um die Verhaltensänderung der Fachpersonen zu fördern und zu unterstützen.
3. Beziehungsveränderungen zu den Patientinnen und Patienten und weiteren Anspruchsgruppen.

Die in der Einleitung bereits erwähnten Studien zum Thema Aggressions-Management sind bezüglich der Zielsetzung und Komplexität mit der Implementierung des Recovery-Ansatzes vergleichbar. So bedingt das professionelle Aggressions-Management eine Haltungs- und Verhaltensänderung der Fachpersonen. Aus diesem

Grund sind Erkenntnisse aus diesen Untersuchungen zur Implementierung durchaus aufschlussreich.

Die Literaturübersicht von Heckemann et al. (2015) untersuchte die Auswirkungen von Aggressions-Managements-Schulungen auf Pflegefachpersonen. Die neun darin aufgenommenen Studien berichteten alle von einem Zuwachs an Vertrauen, Wissen und Fertigkeiten bezüglich der Risikofaktoren von Gewalt und Aggressionen nach den Schulungen. Jedoch konnte keine statistisch signifikante Reduktion von Aggressionsvorfällen nach den Schulungen verzeichnet werden. Die Autoren schlussfolgerten daraus, daß Schulungen des Fachpersonals nicht ausreichend seien, um Aggressions-Vorfälle in der Praxis zu vermindern. Um diese Zielsetzung zu erreichen, müsste die Organisation insgesamt verändert werden.

Recovery ist keine von Fachpersonen durchgeführte Intervention, wie es beispielsweise bei den Deeskalationstechniken der Fall ist. Dennoch kann die Implementierung des Recovery-Ansatzes in eine psychiatrische Dienstleistung als komplexe Intervention im Sinne von Craig et al. (2008) verstanden werden, welche in Gesundheitsdienstleistungen häufig anzutreffen ist und zu deren erfolgreichen Implementation, nebst Schulungsangeboten, weitere Komponenten erforderlich sind. Auf unsere Studien-Intervention übertragen, hätte die von Fixsen et al. (2005) beschriebene »vernetzte Kommunikation« mittels eines »Lieferanten« auf den Interventionsstationen etabliert werden können. Der »Lieferant« hätte auf den Stationen in der täglichen Praxis als erfolgreiches Rollenmodell die Implementierung fördern können.

Ein letzter Aspekt hinsichtlich der Schlussfolgerungen von McLoughlin et al. (2013) sollte an dieser Stelle noch kurz aufgegriffen werden. Die unterschiedlichen Einschätzungen der Dienstleistung durch die Pflegefachpersonen sind durch McLoughlin et al. eingehend untersucht worden. Die Autorinnen bezeichnen drei bedeutsame Prädiktoren für eine hohe Recovery-Orientierung, nämlich (i) die Angaben zum Besuch einer Recovery-Schulung, (ii) vorhandene Kenntnisse zu Recovery und (iii) die Überzeugung, daß die Dienstleistung recovery-orientiert sei.

Es scheint naheliegend zu sein, daß bei der Selbsteinschätzung der Dienstleistung mittels der RSA die eigenen Leistungen und Überzeugungen mit in die Beurteilung einfließen. Es bleibt jedoch offen, inwieweit dadurch die tatsächliche Recovery-Orientierung der Organisation und der darin tätigen Mitarbeitenden bewertet wird und nicht vielmehr die individuelle Ausprägung der jeweiligen Pflegefachpersonen. Wenn alle vorhandene RSA-Instrumente (Patientinnen und Patienten, Angehörige und

Management) verwendet werden, fließen die unterschiedlichen Perspektiven bei der Beurteilung der Dienstleistung mit ein und tragen zu einem differenzierteren Ergebnis bei.

Intervention:

Die Intervention wurde konzipiert, um die Haltung und Arbeitsweise der Pflegefachpersonen in Richtung Recovery zu fördern. Sie setzt sich aus einem theoretischen und einem praktischen Teil zusammen. Die praktische Umsetzung erfolgte in der täglichen Praxis der Interventionsstationen.

Die konkrete Implementierung in die Praxis wurde durch verschiedene unterstützende Angebote, wie beispielsweise themenzentrierte Arbeitssitzungen, begleitet. In diesen Arbeitssitzungen wurden Fragen und Problemstellungen der praktischen Implementierung besprochen.

Das zentrale Thema der gesamten Schulung war Recovery. Dieses wurde zu Beginn eingehend vermittelt und im Verlauf der weiteren Module immer wieder thematisiert. Dies erfolgte dadurch, daß der Bezug zu den jeweiligen Techniken (motivierende Gesprächsführung, Coaching, Zielerreichung) hergestellt wurde.

Beim Aufbau und der Dauer der Schulung wurde darauf geachtet, daß ausreichend Zeit für die Vermittlung der wesentlichen Inhalte bestand. Gleichzeitig sollten die Abläufe der jeweiligen Interventionsstationen aufgrund der Absenzen während der Schulungen der Pflegefachpersonen nicht zu sehr tangiert werden.

Wie bereits erwähnt kann die Intervention als durchaus komplex eingestuft werden, da mit Recovery eine Grundhaltung und mit der motivierenden Gesprächsführung und dem Coaching verschiedene Techniken vermittelt wurden, welche in die gängige Arbeitspraxis psychiatrischer Aufnahmestationen implementiert werden mussten.

Die Dauer der Schulungseinheiten entsprach der in der Literatur beschriebenen, gängigen Praxis.

Die Schulungen, die in verschiedenen Studien positiv evaluiert wurden, dauerten unterschiedlich lange. Dies reichte von drei halben Tagen (Slade et al., 2015), zwei Tagen (Salgado et al., 2010), zwei und fünf Tagen (Higgins et al., 2012) bis zu sechs Tagen (Zuaboni et al., 2014).

Die Studie von Tsai et al. (Tsai et al., 2011) wertete unterschiedlich lange Schulungen aus. Längere Schulungen wirkten sich positiver auf die recovery-orientierte Haltung von Fachpersonen aus als die kürzeren. In dieser Studie werden jedoch keine Angaben über die konkrete Dauer der Schulungen gemacht.

Inhaltliche Konzeption der Schulungen:

Die gesichteten Schulungen vermitteln alle Wissen zu Recovery. Darüber hinaus gibt es einige wesentliche Unterschiede. Zahlreiche Schulungen wurden als Teil einer praktischen Intervention konzipiert. Dieser Art von Schulungen können die folgenden zugeordnet werden:

- »Illness Management and Recovery Program« (IMR) und der »Wellness and Recovery Action Planning« (WRAP).

IMR (Mueser et al., 2006) ist ein Programm, auf dessen Grundlagen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen lernen, wie sie mit der Erkrankung effektiver umgehen können und dabei die eigenen Zielsetzungen weiterverfolgen (siehe Kapitel 1.5. Interventionsstudie zu Recovery).

IMR beschreibt die Vorgehensweise von Fachpersonen. Dagegen fokussiert zwar WRAP (Cook et al., 2012) ebenfalls auf das Selbstmanagement von schwer psychisch Erkrankten, die Inhalte aber werden den betroffenen Personen in der Regel von Peers vermittelt.

- Die REFOCUS-Intervention wurde für den ambulanten Sektor entwickelt. Neben der eigentlichen Wissensvermittlung werden im Verlauf der Intervention die eigenen Werte erkundet und es werden zwischen den Behandlungsteams und den Patientinnen und Patienten partnerschaftliche Projekte durchgeführt. Die Dauer der Intervention ist auf 18 Monate veranschlagt (Bird et al., 2011).

Die nun folgenden Schulungsmanuals verfügen über einen Praxisbezug, der jedoch nicht explizit vorgeschrieben wird:

- Die Studie von Salgado et al. (2010) evaluierte das Schulungsmanual »Collaborative Recovery Model« (CRM) (Oades et al., 2005), welches neben den Grundlagen zu Recovery Module zur Förderung des Wandels (»Change enhancement«), Zielerreichung (»Goal striving«), Bedürfniserfassung (»Needs identification«) und Aufgaben fördert und beobachtet (»Task striving and monitoring«).
- Die Schulungsunterlagen aus der Studie von Zuaboni et al. (2014) beinhalten sechs Module zu den Themen Recovery: sich selber als Fachperson einbringen, Selbstsorge, personenzentrierte Planung, Umgang mit Risiko und soziale Inklusion. Die Unterlagen sind so aufgebaut, daß sich theoretische Inputs mit praktischen Aufgabenstellungen abwechseln. Die Unterlagen können von einzelnen Personen und von Gruppen bearbeitet werden (Zuaboni et al., 2012).

Der Einbezug von Dozenten, die Experten aus Erfahrung sind, wird in den meisten Schulungskonzepten beschrieben. Die Beteiligung von Experten aus Erfahrung kann sich positiv auf die Ergebnisse der Schulungen auswirken. So konnte Cook et al. (1995) in ihrer randomisiert-kontrollierten Studie nachweisen, daß Fachpersonen, die durch Psychiatrieerfahrene (»Consumers«) geschult wurden, eine signifikant höhere Recovery-Orientierung erreichten, als diejenigen, die von herkömmlichen Fachpersonen geschult wurden.

Die Schulungs-Intervention der Studie ist in der Gegenüberstellung mit anderen Recovery-Schulungen hinsichtlich Inhalten und Dauer vergleichbar. Wesentliche Unterschiede sind die monodisziplinäre Ausrichtung und der fehlende aktive Einbezug von Experten aus Erfahrung.

Die Beteiligung von Experten aus Erfahrung an der Schulungs-Intervention ist in einem zu geringen Ausmaß erfolgt. Dies erfolgte nur indirekt, durch die Verwendung der REFOCUS-Schulungsunterlagen, bei denen Experten aus Erfahrung bei der Erarbeitung mitgewirkt haben. Die Weltgesundheitsbehörde fordert, zur Stärkung des Nutzenden-Empowerment bei jeglichen Formen von Schulungen und Weiterbildungen Experten aus Erfahrungen zu beteiligen (WHO, 2010). Umso bedeutsamer scheint jedoch die Beteiligung zu sein, wenn es darum geht, Wissen zu Recovery zu vermitteln. Für Repper und Perkins gilt, das traditionelle Verständnis von »Professionalität« zu hinterfragen, worin die Fachpersonen den exklusiven Zugang zu einem spezifischen Wissensgebiet verfügen, der für Nicht-Professionelle nicht zugänglich ist. Die Beteiligung und Partnerschaft zwischen Fachpersonen und Betroffenen kann erst dann erfolgreich sein, wenn gegenseitiger Respekt und die Anerkennung der Expertise auf beiden Seiten besteht (Repper und Perkins, 2003, S. 187).

Die Studie war darauf ausgerichtet, die Haltungen und Kompetenzen der Pflegefachpersonen in Bezug auf Recovery dahingehend zu fördern, daß diese sich in der täglichen Praxis positiv auswirken sollten.

Im Verlauf der Studie wurden die übrigen Berufsgruppen (Ärzte, Sozialarbeiter etc.), welche gemeinsam mit den Pflegefachpersonen das Behandlungsteam der Stationen bilden, über die Studieninhalte und deren Umsetzung eingehend informiert. Deren Rolle blieb in der Implementation aber primär passiv.

Eine aktivere Beteiligung des gesamten Behandlungsteams an der Studie wäre für die Planung und Realisierung sicherlich viel aufwendiger gewesen. Dadurch hätte jedoch

die Wahrscheinlichkeit erhöht werden können, daß die Inhalte der Intervention breiter im Alltag umgesetzt und von den Patientinnen und Patienten vermehrt wahrgenommen worden wären.

Das Konzept der Koproduktion scheint vielversprechend zu sein, um insgesamt die Beteiligung auszuweiten, sowohl interprofessionell als auch durch alle weiteren betroffenen Anspruchsgruppen wie Patientinnen und Patienten sowie Angehörige. Im Kontext der Gesundheitsdienstleistungen bedeutet Koproduktion die gleichberechtigte Beteiligung von Nutzenden und Leistungserbringern bei der Weiterentwicklung von Dienstleistungen (Bovaird, 2007). Die von Repper und Perkins (2013) beschriebene Vorgehensweise für Behandlungsteams zur Implementierung von Recovery basiert bereits auf diesem Konzept. Im »Team Recovery Implementation Plan« (TRIP) werden alle direkt betroffenen Personen in den Implementationsprozess involviert. Darüber hinaus verfügt TRIP über vier Schlüsselemente: (i) Überblick über alle relevanten Ressourcen, welche im Team vorhanden sind, (ii) ein Instrument, um Fortschritte in Richtung Recovery zu erfassen und zu vergleichen (»benchmarking«), (iii) Liste mit den drei wichtigsten Veränderungen, die von allen Beteiligten verabschiedet sind, einschließlich der entsprechenden Maßnahmen, (iv) Methode der systematischen Überprüfung und Anpassung der Zielsetzungen.

Ergebnismessung:

Die RSA-D wurde in der Studie zur primären Ergebnis-Messung verwendet. Die englische Version der RSA wurde wie oben beschrieben in zahlreichen Studien eingesetzt. Es fehlen aber sowohl mit der englischen als auch mit der deutschen Version des Instrumentes Erfahrungen in vergleichbaren Studiendesigns.

Für die RSA-D waren zu Beginn der Studie keine psychometrischen Angaben vorhanden. Da die Studie jedoch nur in einem bestimmten Zeitrahmen stattfinden konnte, wurde auf der Grundlage der vorhandenen psychometrischen Angaben der RSA entschieden, das Instrument zu verwenden und auf den sorgfältigen Übersetzungsprozess der RSA-D zu vertrauen.

Mittels des Studiendatensatzes konnten entsprechende Berechnungen nachträglich durchgeführt werden.

Die Berechnungen ergaben für die interne Konsistenz, welche mittels Cronbachs Alpha berechnet wurde, zufriedenstellende Ergebnisse, wobei die Subskalen-Werte signifikant tiefer lagen als der Gesamtscore der RSA-D. Grundsätzlich kann man bei Instrumenten mit mehr als 15 Items davon ausgehen, daß ein Cronbachs Alpha von .70 und mehr erzielt werden kann, dies selbst dann, wenn sehr kleine Itemskorrelationen vorhanden sind (Müller, 2011, S. 277). Aus diesem Grund sollten

die Testergebnisse kritisch bewertet werden, vor allem weil sich bei den Subskalen-Werten große Unterschiede untereinander zeigten.

Bezüglich der Stabilität des Instrumentes sollten psychometrische Untersuchungen erfolgen, um Aussagen zur Test-Retest-Qualität der RSA-D zu erhalten.

Wie bereits in der Einführung anhand der Studien von Slade et al. (2015) und Salyer et al. (2014) aufgezeigt, zeigen sich Schwierigkeiten bei der Messung der Ausprägungen von Recovery. Slade et al. (2015) begründen dies betreffend ihrer Studienergebnisse mit einer mangelhaften Implementation der Intervention und dem bereits im Vorfeld der Untersuchung vorhandenen Wissen bezüglich Recovery in den Kontrollgruppen. Der zentrale Schwachpunkt der Untersuchung sei jedoch das verwendete Instrument zur Ergebnismessung gewesen. Das Instrument »Questionnaire about Processes of Recovery« (QPR) wurde im Vorfeld in keiner vergleichbaren Studie eingesetzt und verfügte über keine psychometrischen Tests bezüglich der Veränderungssensitivität. Wie in der Diskussion dargelegt, können im Wesentlichen die Begründungen aus der Studie von Slade et al. (2015) auf die vorliegende Studie übertragen werden. So wurde neben der Intervention auch das verwendete Instrument als möglicher Schwachpunkt der Studie beschrieben.

Limitation:

Für die beiden Erhebungszeitpunkte war geplant, jeweils 128 Patientinnen und Patienten in die Studie einzuschließen. Diese Anzahl wurde bei weitem nicht erreicht. Auch war die Teilnahme der Pflegefachpersonen auf den Kontrollstationen beim zweiten Erhebungszeitpunkt viel geringer als erwartet.

Der geplante Einschluss von jeweils 128 Patientinnen und Patienten erfolgte aufgrund der Ergebnisse der Powerberechnung. Ob mit einer entsprechenden Anzahl an Probanden signifikante Unterschiede zwischen den Interventions- und den Kontrollstationen erzielt worden wären, bleibt offen. Die geringen Unterschiede bei den Ergebnissen lassen dies jedoch eher bezweifeln.

Bezüglich der Pflegefachpersonen konnte die erforderliche Anzahl an Probanden, die gemäß der Powerberechnung erforderlich gewesen wären, wegen struktureller Voraussetzungen nicht gewährleistet werden. Die dafür notwendige Ausweitung der Interventions- und Kontrollstationen konnte im Rahmen dieser Studie aus zeitlichen und finanziellen Vorgaben nicht erfolgen.

Grundsätzlich waren die Pflegefachpersonen zu Beginn sehr motiviert, an der Studie mitzuarbeiten. Über die Dauer der Untersuchung wurden jedoch die zusätzlich zum üblichen Stationsablauf anfallenden Aufgaben als Belastung wahrgenommen. So

konnten die Studienabläufe und -aufgaben nicht immer mit dem meist strapaziösen Stationsalltag koordiniert werden. Dies machte sich zwischenzeitlich bei der Umsetzung der Intervention und der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten bemerkbar. Die Pflegefachpersonen gaben als weitere Begründungen für die geringe Beteiligung der Patientinnen und Patienten an, daß diese bereits zahlreiche Fragebögen im Rahmen der internen Qualitätssicherung zu bearbeiten hatten und deshalb nicht zu motivieren waren für eine Teilnahme an der Studie. Zudem wurde an einem der Standorte zur gleichen Zeit eine andere Studie durchgeführt, welche sich ebenfalls negativ auf die Beteiligung der vorliegenden Studie auswirkte.

Um die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten und die Einhaltung des Studienprotokolls über den gesamten Studienzeitraum zu gewährleisten, wäre das Engagement einer Studienassistentin angebracht gewesen. Eine Studienassistentin kann in vergleichbaren Studien die Pflegefachpersonen von anfallenden zusätzlichen Arbeiten entlasten und die Probanden konsequenter informieren und rekrutieren. Die höheren Kosten, die dadurch entstehen würden, könnten mit der verbesserten Qualität der Studienumsetzung im Praxisfeld gut begründet werden.

6 Zusammenfassung

Die Transformation von psychiatrischen Dienstleistungen in Richtung Recovery-Orientierung stellt für Fachpersonen und Organisationen eine Herausforderung dar, die mittels unterschiedlicher Maßnahmen angegangen werden muss.

Die in dieser Studie überprüfte Intervention, welche die Recovery-Orientierung von Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Aufnahmestationen fördern sollte, hat keine statistisch signifikanten und beobachtbaren Veränderungen der Arbeitsweise auf den Interventionsstationen bewirkt. Die grundlegenden Problemstellungen sind aus den Ergebnissen und der Diskussion der Studie hergeleitet worden. So scheint die Konzeption der Schulung wenig geeignet zu sein, um den Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Aufnahmestationen Wissen und Haltung zu Recovery zu vermitteln. Auch ist die Qualität des eingesetzten Instrumentes auf der Grundlage der vorhandenen psychometrischen Daten kritisch zu bewerten. Vor der weiteren Verwendung sollten daher psychometrische Testungen zur Reliabilität und Validität des Instrumentes durchgeführt werden. Dieser Arbeit kommt eine zentrale Bedeutung zu, um künftige recovery-orientierte Interventionen und Dienstleistungen entsprechend evidenzbasiert zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Um diese Entwicklung erfolgreich zu fördern, sind neben evidenzbasierten Instrumenten auch die Form der Zusammenarbeit aller beteiligter Gruppen bedeutsam.

Ein Erfolg versprechender Ansatz scheint dabei die partizipative, kooperative Herangehensweise zu sein.

Im Zusammenhang mit der vorliegenden Studie hätte dies erfolgen können, indem man Psychatriererfahrene von Beginn an in den Forschungsprozess integriert und im Speziellen auch an der Vermittlung von recovery-orientiertem Wissen beteiligt hätte.

Die Durchführung von Interventionsstudien im Praxisfeld stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Diese Form der Forschung ist aber äußerst bedeutsam, um konkrete, praxisrelevante Fragestellungen bearbeiten zu können. Für vergleichbare Untersuchungen scheint der Einsatz von Studienassistenten angezeigt zu sein, um die Pflegefachpersonen zu entlasten und die Umsetzung des Studienprotokolls zu sichern.

Literaturverzeichnis

- Abderhalden C, Needham I (Hrsg): Psychiatrische Pflege - Verschiedene Settings, Partner, Populationen. IBICURA, Unterostendorf, 2005.
- Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer J (2006) Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. BMC Psychiatry 6:17.
- Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE (2008) Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry 193:44-50.
- Amering M, Schmolke, M: Recovery das Ende der Unheilbarkeit. 2. Aufl. Bonn, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007.
- Anthony WA (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal 16:11-23.
- Arkowitz H, Westra HA, Miller WR, Rollnick S: Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen. Beltz, Weinheim, 2010.
- Aston V, Coffey M (2012) Recovery: what mental health nurses and service users say about the concept of recovery. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 19:257-263.
- Barker P, Buchanan-Barker P (2011a) Mental Health Nursing and the Politics of Recovery: A Global Reflection. Archives of Psychiatric Nursing 25:350-358.
- Barker P, Buchanan-Barker P (2011b) Myth of mental health nursing and the challenge of recovery. International Journal of Mental Health Nursing 20:337-344.
- Barker P, Buchanan-Barker P: Das Monitoring-Assessment. In: Zuaboni G, Burr C, Schulz (Hrsg): Das Gezeitenmodell: Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege. Huber, Bern, 2013, S. 83 ff.

- Becher J, Visovsky C (2012) Horizontal Violence in Nursing. *Medsurg Nursing* 21:210-214.
- Beckett P, Field J, Molloy L, Yu N, Holmes D, Pile E (2013) Practice What You Preach: Developing Person-Centred Culture in Inpatient Mental Health Settings through Strengths-Based, Transformational Leadership. *Issues in Mental Health Nursing* 34:595-601.
- Bedregal LE, O'Connell M, Davidson L (2006) The Recovery Knowledge Inventory: assessment of mental health staff knowledge and attitudes about recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 30:96-103.
- Behrens J, Langer G: Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. 3. Aufl. Huber, Bern, 2010.
- Bellack AS (2006) Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophrenia Bulletin* 32:432-442.
- Bird V, Leamy M, Le Boutillier C, Williams J, Slade M: REFOCUS: Promoting recovery in community mental health services. Rethink, London, 2010.
- Bovaird T (2007) Beyond engagement and participation: User and community coproduction of public services. *Public Administration Review* 67:846-860.
- Bowers L, Whittington R, Nolan P, Parkin D, Curtis S, Bhui K, Hackeny D, Allan T, Simpson A (2008) Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: City-128 study. *British Journal of Psychiatry* 193:395-401.
- Brown C, Rempfer M, Hamera E (2008) Correlates of insider and outsider conceptualizations of recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 32:23-31.
- Buchanan-Barker P, Barker PJ (2006) The ten commitments: a value base for mental health recovery. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 44:29-33.
- Burgess P, Pirkis J, Coombs T, Rosen A (2011) Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 45:267-280.
- Burr C, Schulz M, Winter A, Zuaboni G (Hrsg): Recovery in der Praxis Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Psychiatrie Verlag, Köln, 2012.
- Cabassa LJ, Nicasio A, Whitley R (2013) Picturing recovery: a photovoice exploration of recovery dimensions among people with serious mental illness. *Psychiatric Services* 64:837-842.
- Caldwell BA, Sclafani M, Swarbrick M, Piren K (2010) Psychiatric nursing practice and the recovery model of care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 48:42-48.
- Camann MA (2010) The Psychiatric Nurse's Role in Application of Recovery and Decision-Making Models to Integrate Health Behaviors in the Recovery Process. *Issues in Mental Health Nursing* 31:532-536.

- Carlyle D, Crowe M, Deering D (2012) Models of care delivery in mental health nursing practice: a mixed method study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19:221-230.
- Cleary A, Dowling M (2009) Knowledge and attitudes of mental health professionals in Ireland to the concept of recovery in mental health: a questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16:539-545.
- Cleary M, Hunt GE, Horsfall J, Deacon M (2011) Ethnographic research into nursing in acute adult mental health units: a review. *Issues in Mental Health Nursing* 32:424-435.
- Clement JA (1997) Managed care and recovery: opportunities and challenges for psychiatric nursing. *Archives of Psychiatric Nursing* 11:231-237.
- Clements K (2012) Participatory action research and photovoice in a psychiatric nursing/clubhouse collaboration exploring recovery narrative. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19:785-791.
- Clifford PG (1992) The myth of empowerment. *Nursing Administration Quarterly* 16:1-5.
- Clossey L, Rowlett A (2008) Effective organizational transformation in psychiatric rehabilitation and recovery. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation* 7:315-339.
- Collier E (2010) Confusion of recovery: one solution. *International Journal of Mental Health Nursing* 19:16-21.
- Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano LA, Grey DD, Floyd CB, Hudson WB, Macfarlane RT, Carter TM, Boyd S (2012) Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin* 38:881-891.
- Cook JA, Jonikas JA, Razzano L (1995) A randomized evaluation of consumer versus nonconsumer training of state mental health service providers. *Community Mental Health Journal* 31:229-238.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M (2008) Developing and evaluation complex interventions: new guidance. Heruntergeladen Januar 2016, unter der Adresse: www.mrc.ac.uk/comlexinginterventionsguidance.
- Crossley N (1998) Transforming the mental health field: the early history of the National Association for Mental Health. *Sociology of Health and Illness* 20:458-488.
- Daiski I (2004) Changing nurses' dis-empowering relationship patterns. *Journal of Advanced Nursing* 48:43-50.
- Davidson L: *Living outside mental illness qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York University Press, New York, 2003.
- Davidson L, Drake R, Schmutte T, Dinzeo T, Andres-Hyman R (2009) Oil and Water or Oil and Vinegar? Evidence-Based Medicine Meets Recovery. *Community Mental Health Journal* 45:323-332.

- Davidson L, Hoge MA, Godleski L, Rakfeldt J, Griffith EEH (1996) Hospital or community living? Examining consumer perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 19:59-58.
- Davidson L, Strauss JS (1992) Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology* 65:131-145.
- Davidson L, Tondora J, Staehli Lawless M, O'Connell MJ, Rowe M: *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice*. Oxford University Press, Oxford, 2009.
- Deegan PE (1988) Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11:11-19.
- Delaney KR (2010) Recovery paradigm: confession of the unenlightened. *Archives of Psychiatric Nursing* 24:137-139.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer, Berlin, 2013, S. 32ff.
- Farkas M (2007) The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 6:68-74.
- Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J (2005) Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal* 41:18.
- Fisher DB (1994) A New Vision of Healing as Constructed by People with Psychiatric Disabilities Working as Mental Health Providers. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 17:67-81.
- Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Freidman RM, Wallace F: *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. University of South Florida, Florida, 2005.
- Foucault M: *Wahnsinn und Gesellschaft eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. 20. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2013.
- Freire P: *Pädagogik der Unterdrückten Bildung als Praxis der Freiheit*. Ungek. Aufl. Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg, 1973.
- Gagne C, White W, Anthony WA (2007) Recovery: A common vision for the fields of mental health and addictions. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31:32-37.
- Giffort D, Schmook A, Woody C, Vollendorf C, Gervain M: *Construction of a Scale to Measure Consumer Recovery*. Illinois Office of Mental Health, Springfield, 1995.
- Grant AM (2003) The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health. *Social Behavior and Personality: an international journal* 31:253-263.
- Grusky O, Tierney K, Spanish M (1989) Which community mental health services are most important? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 17:3-16.

- Gurtner C, Duxbury J, Hahn S: Mitreden - Mitdenken - Mitgestalten - Aufbau von Nutzendenbezug in die Lehre und Forschung im Bereich der psychiatrischen Pflege und Betreuung. In: Schoppmann S, Hegedüs A, Finklenburg U, Needham I, Schulz M, Gurtner C, Hahn S (Hrsg): Sprachen: Eine Herausforderung für die psychiatrische Pflege in Praxis - Management - Ausbildung - Forschung. Berner Fachhochschule, Bern, 2015, S. 64-66.
- Happell B (2010) Lead by vision, not by limitations: Recovery and the mental health nursing profession. *International Journal of Mental Health Nursing* 19:1-2.
- Harkness JA (2008) Round 4 ESS Translation Strategies and Procedures. Heruntergeladen Januar 2016, unter der Adresse: http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round4/methods/ESS4_translation_guidelines.pdf.
- Hart E, Bond M: Aktionsforschung Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Huber, Bern, 2001.
- Heckemann B, Zeller A, Hahn S, Dassen T, Schols JM, Halfens RJ (2015) The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Education Today* 35:212-219.
- Higgins A, Callaghan P, deVries J, Keogh B, Morrissey J, Nash M, Ryan D, Gijbels H, Carter T (2012) Evaluation of mental health recovery and Wellness Recovery Action Planning education in Ireland: a mixed methods pre–postevaluation. *Journal of Advanced Nursing* 68:2418-2428.
- Hurn J, Kneebone I, Cropley M (2006) Goal setting as an outcome measure: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 20:756-772.
- Imhof L, Abderhalden C, Cignacco E, Eicher M, Mahrer-Imhof R, Schubert M, Shaha M (2008) Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN): Die Entwicklung einer Agenda für die klinische Pflegeforschung in der Schweiz. *Pflege* 21:375-384.
- Jabareen Y (2009) Building a Conceptual Framework: Philosophy, Definitions, and Procedure. *International Journal of Qualitative Methods* 8:49-62.
- Kartalova-O'Doherty Y, Tedstone Doherty D (2010) Recovering from recurrent mental health problems: giving up and fighting to get better. *International Journal of Mental Health Nursing* 19:3-15.
- Kelly M, Gamble C (2005) Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12:245-251.
- Kidd S, Kenny A, McKinstry C (2015) Exploring the meaning of recovery-oriented care: An action-research study. *International Journal of Mental Health Nursing* 24:38-48.
- Kidd SA, George L, O'Connell M, Sylvestre J, Kirkpatrick H, Browne G, Thabane L (2010) Fidelity and recovery-orientation in assertive community treatment. *Community Mental Health Journal* 46:342-350.
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M (2011) Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry* 199:445-452.

- Lewin K: Die Lösung sozialer Konflikte: Ausgewählte Abhandlungen über Gruppendynamik. Christian Verlag, Bad Nauheim, 1953.
- Lüthi U (2008) Die Zukunft gehört der ambulanten Psychiatriepflege. *Krankenpflege* 4:10-13.
- Mancini MA, Hardiman ER, Lawson HA (2005) Making Sense of It All: Consumer Providers' Theories about Factors Facilitating and Impeding Recovery from Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 29:48-55.
- McGuire AB, Kukla M, Green A, Gilbride D, Mueser KT, Salyers MP (2014) Illness management and recovery: a review of the literature. *Psychiatric Services* 65:171-179.
- McLoughlin KA, Du Wick A, Collazzi CM, Puntill C (2013) Recovery-oriented practices of psychiatric-mental health nursing staff in an acute hospital setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 19:152-159.
- McLoughlin KA, Fitzpatrick JJ (2008) Self-Reports of Recovery-Oriented Practices of Mental Health Nurses in State Mental Health Institutes: Development of a Measure. *Issues in Mental Health Nursing* 29:1051-1065.
- Miller WR, Rollnick S: Motivierende Gesprächsführung. 3. Aufl. Lambertus, Freiburg im Breisgau, 2009.
- Mueser KT, Gingerich S: Illness Management and Recovery (IMR) Scales. In: Campbell-Orde, T., Chamberlin, J., Carpenter, J., Leff, H.S. (ed): *Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures*. Evaluation Center at Human Research Institute, Cambridge, 2005, S. 124-132.
- Mueser KT, Meyer PS, Penn DL, Clancy R, Clancy DM, Salyers MP (2006) The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin* 32:32-43.
- Mullen A (2009) Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing* 18:83-90.
- Müller M: Statistik für die Pflege Handbuch für Pflegeforschung und -wissenschaft. Huber, Bern, 2011, S. 277.
- Neil ST, Kilbride M, Pitt L, Nothard S, Welford M, Sellwood W, Morrison AP (2009) The questionnaire about the process of recovery (QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis* 1:145-155.
- Noiseux S, Tribble St-Cyr D, Corin E, St-Hilaire PL, Morissette R, Leclerc C, Fleury D, Vigneault L, Gagnier F (2010) The process of recovery of people with mental illness: the perspectives of patients, family members and care providers: part 1. *BMC Health Services Research* 10:161.
- O'Connell M, Tondora J, Croog G, Evans A, Davidson L (2005) From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28:378-386.

- Oades L, Deane F, Crowe T, Lambert WG, Kavanagh D, Lloyd C (2005) Collaborative recovery: an integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness. *Australasian Psychiatry* 13:279-284.
- Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, Britten N, Roen K, Duffy S: *Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews. A Product from the ESRC Methods Programme.* Lancaster University. Lancaster, 2006.
- Powers P (2002) A discourse analysis of nursing diagnosis. *Qualitative Health Research* 12:945-965.
- Prochaska JO, DiClemente CC: *The Transtheoretical Approach: Crossing traditional boundaries of therapy.* Dow Jones-Irwin, Homewood Ill, 1984.
- Repper J (2000) Adjusting the focus of mental health nursing: Incorporating service users' experiences of recovery. *Journal of Mental Health* 9:575-587.
- Repper J, Carter T (2011) A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health* 20:392-411.
- Repper J, Perkins R: *The Team Recovery Implementation Plan: a framework for creating recovery-focused services.* Centre of Mental Health, London, 2013.
- Repper J, Perkins R: *Social inclusion and recovery a model for mental health practice.* Baillière Tindall, Edingburgh, 2003, S. 187.
- Richter D, Schwarze T, Hahn S (2010) Merkmale guter psychiatrischer Pflege und Betreuung. *Psych Pflege Heute* 16:17-20.
- Richter D, Schwarze T, Hahn S (2014) Was ist gute Psychiatrische Pflege. *Psych Pflege Heute* 3:125-131.
- Ridgway P (2001) Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24:335-343.
- Rissmiller DJ, Rissmiller JH (2006) Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatric Services* 57:863-866.
- Roberts SJ (1983) Oppressed group behavior: implications for nursing. *Advances in Nursing Science* 5:21-30.
- Roberts SJ, Demarco R, Griffin M (2009) The effect of oppressed group behaviours on the culture of the nursing workplace: a review of the evidence and interventions for change. *Journal of Nursing Management* 17:288-293.
- Roe D, Swarbrick M (2007) A recovery-oriented approach to psychiatric medication: guidelines for nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 45:35-40.
- Rogers A, Pilgrim D (1991) 'Pulling down churches': accounting for the British Mental Health User' Movement. *Sociology of Health and Illness* 13:129-148.
- Salgado JD, Deane FP, Crowe TP, Oades LG (2010) Hope and improvements in mental health service providers' recovery attitudes following training. *Journal of Mental Health* 19:243-248.

- Salkeld R, Wagstaff C, Tew J (2013) Toward a new way of relating: an evaluation of recovery training delivered jointly to service users and staff. *Journal of Mental Health* 22:165-173.
- Salyers MP, McGuire AB, Kukla M, Fukui S, Lysaker PH, Mueser KT (2014) A randomized controlled trial of illness management and recovery with an active control group. *Psychiatric Services* 65:1005-1011.
- Salyers MP, Tsai J, Stultz TA (2007) Measuring recovery orientation in a hospital setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31:131-137.
- Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S: *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. 3. Aufl. Huber, Bern, 2011, S. 39.
- Scheier MF, Carver CS, Bridges MW (1994) Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology* 67:1063-1078.
- Schulz M (2005) Neuorientierung und Paradigmawechsel: Psychiatrische Pflege im Umbruch. *Psych Pflege Heute* 11:256-263.
- Schulz M, Gray R, Spiekermann A, Abderhalden C, Behrens J, Driessen M (2013) Adherence therapy following an acute episode of schizophrenia: A multi-centre randomised controlled trial. *Schizophrenia Research* 146:59-63.
- Schulz M, Zuaboni G (2012) Das Leben wieder in die Hand nehmen. *Die Schwester Der Pfleger* 51:767-769.
- Shanley E, Jubb-Shanley M (2007) The recovery alliance theory of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14:734-743.
- Shepherd G, Boardman J, Slade M (2008) Putting recovery into mental health practice. *Mental Health Today* 5:28-31.
- Sitzia J, Wood N (1997) Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine* 45:1829-1843.
- Slade M: *Personal recovery and mental illness : a guide for mental health professionals*. Cambridge University Press, Cambridge-New York, 2009.
- Slade M (2012) Everyday solutions for everyday problems: how mental health systems can support recovery. *Psychiatric Services* 63:702-704.
- Slade M, Amering M, Oades L (2008) Recovery: An international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17: 128-137.
- Slade M, Bird V, Clarke E, Le Boutillier C, McCrone P, Macpherson R, Pesola F, Wallace G, Williams J, Leamy M (2015) Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): a multisite, cluster, randomised, controlled trial. *The Lancet Psychiatry* 2:503-514.
- Stickley T, Wright N (2011) The British research evidence for recovery, papers published between 2006 and 2009 (inclusive). Part One: a review of the peer-

- reviewed literature using a systematic approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18:247-256.
- Sveinbjarnardottir EK, Svavarsdottir EK, Wright LM (2013) What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. *International Journal of Nursing Studies* 50:593-602.
- Thomas B, Jones M, Johns P, Trauer T (2006) P.r.n. medication use in a psychiatric high-dependency unit following the introduction of a nurse-led activity programme. *International Journal of Mental Health Nursing* 15:266-271.
- Torres G (1981) The nursing education administrator: accountable, vulnerable, and oppressed. *Advances in Nursing Science* 3:1-16.
- Tsai J, Salyers M, Lobb A (2010) Recovery-Oriented Training and Staff Attitudes over Time in Two State Hospitals. *Psychiatric Quarterly* 81:335-347.
- Tsai J, Salyers MP (2010) Recovery orientation in hospital and community settings. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 37:385-399.
- Tsai J, Salyers MP, McGuire AB (2011) A cross-sectional study of recovery training and staff attitudes in four community mental health centers. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 34:186-193.
- Utschakowski J: Vom Erfahrenen zum Experten wie Peers die Psychiatrie verändern. 3. Aufl. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2012.
- van de Sande R, Nijman HL, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, Mulder CL (2011) Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *British Journal of Psychiatry* 199:473-478.
- Warren BJ, Lutz WJ (2000) A consumer-oriented practice model for psychiatric mental health nursing. *Archives of Psychiatric Nursing* 14:117-126.
- WHO: User empowerment in mental health: A statement by the WHO Regional Office of Europe. WHO. Copenhagen, 2010.
- WHO: Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO, Geneva, 2013.
- Wijnveld AM, Crowe M (2010) Walking a fine line: managing the tensions associated with medication non-adherence in an acute inpatient psychiatric setting. *Journal of Clinical Nursing* 19:1378-1386.
- Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P (2005) Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 8:94-104.
- Williams J, Leamy M, Bird V, Harding C, Larsen J, Le Boutillier C, Oades L, Slade M (2012) Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47:1827-1835.

- Williams J, Lindley P (1996) Working with Mental Health Service Users to Change Mental Health Services. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 6:1-14.
- Zuaboni G (2015) Das Gezeitenmodell: Mit Leadership zu neuen Ufern aufbrechen. *NOVAcura* 2:15-17.
- Zuaboni G, Abderhalden C, Schulz M, Winter A: *Recovery praktisch!* Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Bern, 2012.
- Zuaboni G, Degano Kieser L, Kozel B, Glavanovits K, Utschakowski J, Behrens J (2015) Recovery Self Assessment: Übersetzung der Recovery Self Assessment Scale (RSA-D). *Pflege* 28:233-243.
- Zuaboni G, Löhr M, Noelle R, Schulz M: Evaluation des Schulungskonzeptes "Recovery praktisch!" in Deutschland und der Schweiz. In: Hahn S, Hegedüs A, Finklenburg U, Needham I, Stefan H, Schulz M, Schoppmann S (Hrsg): *Schwellen, Grenzen und Übergänge: Kongressband 11. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie*. Berner Fachhochschule, Bern, 2014, S. 292-293.
- Zuaboni G, Ventling S, Schulz M (2014) Das Recovery Konzept in der Psychiatrie - Implikationen für Case Management. *Case Management* 4:189-194.

Thesen

1. Entgegen den Erwartungen bewirkte die Intervention, die aus einer Schulung und aus praktischen Umsetzungselementen zusammengesetzt war, keine statistisch signifikante Verbesserungen von recovery-orientierten Arbeitsweisen auf den Interventionsstationen; dies weder aus der Perspektive der Pflegefachpersonen noch aus derjenigen der Patientinnen und Patienten.
2. Die Intervention zielte darauf ab, bei den Pflegefachpersonen eine Handlungs- und Verhaltensänderungen zu bewirken. Es kann davon ausgegangen werden, daß Innovationen, welche auf Handlungs- und Verhaltensänderungen von Fachpersonen innerhalb von Organisationen abzielen, komplexe Interventionen sind, welche sich nicht alleinig durch herkömmliche Wissensvermittlung und einer Aufforderung zur praktischen Umsetzung etablieren lassen. So sollten bei vergleichbaren Interventionsstudien das Management und alle beteiligte Professionen aktiver involviert werden.
3. Das eingesetzte Instrument zur Ergebnismessung RSA-D wurde in vorangegangenen Studien relativ häufig verwendet. Dennoch verfügt es über psychometrische Mängel, welche die Aussagekraft der Ergebnisse schwächt. Bevor das Instrument in weiteren Studien eingesetzt wird, sollten vertiefte psychometrische Testungen erfolgen.
4. Die mittels der Powerberechnung bei einer mittleren Effektstärke angestrebte Anzahl an Probanden von jeweils $n=64$ pro Gruppe und Erhebungszeitpunkt wurde weder bei der Patientengruppe der Interventionsstationen ($t_0=54$, $t_1=58$), noch bei der Patientengruppe der Kontrollstationen ($t_0=23$, $t_1=12$) erreicht. Die Frage, ob bereits mit einer größeren Anzahl an Probanden ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Interventions- und den Kontrollstationen erzielt worden wäre, kann nicht schlüssig beantwortet werden. Die geringen Unterschiede bei den Studienergebnissen lassen dies jedoch eher bezweifeln.

5. Auf Seiten des Personals war es von Anfang an schwierig, eine adäquate Power auf Grund der strukturellen Gegebenheiten zu erhalten. Die Anzahl der Pflegefachpersonen war auf den beteiligten Stationen begrenzt. Die notwendige Ausweitung der Studienstationen wäre sicherlich forschungstechnisch wünschenswert gewesen, konnte aber im Rahmen der vorhandenen finanziellen und zeitlichen Ressourcen nicht umgesetzt werden.
6. Zur Weiterentwicklung und Sicherstellung einer evidenzbasierten Praxis sind Erkenntnisse aus Interventionsstudien zwingend notwendig. Diese stellen sowohl für die Qualität der Forschung als auch für den klinischen Alltag eine große Herausforderung dar. Um beiden Ansprüchen gerecht zu werden, müsste für vergleichbare Studien zwingend eine »Study Nurse« implementiert werden, welche die Umsetzung des Studienprotokolls garantiert und gleichzeitig die Belastungen für den Stationsalltag in Grenzen hält.
7. Die Psychiatrie und die darin tätigen Fachpersonen müssen sich mit der praktischen Umsetzung des Recovery-Ansatzes auseinandersetzen. Ein erfolgsversprechender Ansatz ist dabei, erweiterte Partizipationsansätze auch in der Forschung zu etablieren. So würde es sich in weiterführenden Interventionsstudien aufdrängen, daß die Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen konsequent über den gesamten Forschungsprozess hinweg erfolgen würde.

Tabellarischer Lebenslauf

Persönliche Angaben

Vor- und Nachname: Gianfranco Zuaboni
Geburtsdatum: 27. Januar 1968
Bürgerort: Oberkirch, Schweiz
Zivilstand: verheiratet, zwei Kinder

Ausbildungen

03/16 Nachträglicher Erwerb des Fachhochschultitels,
Sekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
der Schweizerischen Eidgenossenschaft
Bachelor of Science in Nursing

01/09–10/11 Kalaidos Fachhochschule, Departement Gesundheit,
Zürich
Master of Science in Nursing

03/01–03/03 Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe WE'G,
Aarau
Diplomierter Pflegeexperte, HöFa II

01/98–07/99 Schweizerischer Berufsverband SBK, Embrach
Fähigkeitsausweis, HöFa I

01/95–08/95 Kaderschule für Krankenpflege, Winterthur
Ausweis Stationsleitungsausbildung

10/87–10/90 Südhalde Schule für psychiatrische Krankenpflege,
Zürich
Diplom Psychiatrische Krankenpflege

Weiterbildungen

06/13 Personal Recovery, Summer School at the Kings
College, London

02/10 Adherence Therapie Trainerausbildung, Bielefeld
Prof. Dr. Michael Schulz, Prof. Dr. Richard Gray

06/08	Adherence Therapeut, Berner Fachhochschule Gesundheit Prof. Dr. Michael Schulz, Dr. Christoph Abderhalden
11/07–12/07	Dialogische Phänomenologie, Einführung in die Forschungsmethode, Zürich, Dr. Dr. Silvia Käppeli

Berufliche Tätigkeiten

10/13–heute	Berner Fachhochschule Gesundheit Dozent
01/05–heute	Sanatorium Kilchberg, Psychiatrische Privatklinik Leitung Pflegeentwicklung & Recovery Beauftragter
11/03–12/04	Kantonale Psychiatrische Dienste, Sektor Nord Pflegeexperte
01/94–10/03	Psychiatrische Klinik Schlössli Stellvertretende Stationsleitung
01/93–12/93	Dach in Stäfa, Betreutes Wohnen für drogenabhängige Menschen Mitarbeiter im Betreuungsteam
03/92–11/92	Sozialamt der Stadt Zürich, Kontakt- und Anlaufstellen Mitarbeiter
10/91–12/91	Kantonale Arbeitserziehungsanstalt Uitikon, Wohngruppe Uster Mitarbeiter
10/90–10/91	Psychiatrische Klinik Schlössli Pflegefachmitarbeiter

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, daß ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter der Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Ich versichere, daß ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Es ist mir bekannt, daß ich den Dokortitel nicht führen kann, bevor mir die Promotionsurkunde bzw. eine vorläufige Bescheinigung gemäß § 15 der Promotionsordnung ausgehändigt wurde.

Zürich, den 10. Juli 2016

Gianfranco Zuaboni



Erklärung über frühere Promotionsversuche

Frühere Promotionsversuche wurden von mir nicht unternommen.

Zürich, den 10. Juli 2016

Gianfranco Zuaboni



Danksagung

Ganz herzlich danken möchte ich meiner Partnerin Nadja Baldini, welche mich im gesamten Promotionsprozess unterstützt hat und mir als Diskussionspartnerin wichtige Impulse gegeben hat. Auch meinen beiden Kindern Matteo und Elia möchte ich danken.

Auch danke ich Herrn Prof. Dr. Johann Behrens und Herrn Dr. Dirk Richter, die mich bei der Konzeption der Promotionsarbeit maßgeblich unterstützt haben. Außerdem möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Michael Schulz und Herrn Prof. Dr. Michael Löhr bedanken, die mich im Verlauf der Promotionsarbeit hilfreich unterstützt haben. Herrn Harald Müller, Pflegedirektor des Sanatorium Kilchbergs, möchte ich ebenfalls danken, für seine Unterstützung im gesamten Forschungs- und Promotionsprozess.

Des Weiteren möchte ich mich bei den Patientinnen und Patienten und den Pflegefachpersonen bedanken, die sich an der Studie beteiligt haben.