Das Safewardskonzept auf einer allgemeinpsychiatrisch geschützten Station

Erfahrungen in der Implementierung

LENA KRUPSKI

Das Safewardskonzept

„Safewards" ist ein pflegegeleitetes Konzept für Akutstationen der Psychiatrie. Es wurde am King's College London von Len Bowers und Team entwickelt (Bowers *et al.* 2015), um Konflikte (z.B. Aggression, Selbstverletzung, Weglaufen) und Containment-Maßnahmen (z.B. Fixierung, Absonderung/Seklusion, Zwangsmedikation) systematisch zu reduzieren. Aus einer theorie- und datenbasierten Modellbildung leiten sich 10 umsetzbare Basis-Interventionen für den Stationsalltag ab (Safewards 2025). Weiter unten werde ich auf jeden der 10 Punkte tiefer eingehen, zur Orientierung sind sie hier vorab aufgeführt.

1. Clear Mutual Expectations (gegenseitige Erwartungen klären)
2. Soft Words (wertschätzend, deeskalierend formulieren)
3. Talk Down (professionelles „Herunterreden"/ Deeskalationsgespräch)
4. Positive Words (positive Sprache im Umgang miteinander)
5. Bad News Mitigation (schlechte Nachrichten schonend kommunizieren)
6. Know Each Other (einander kennen lernen)
7. Mutual Help Meeting (gegenseitige Hilfe organisieren)
8. Calm Down Methods (Beruhigungsmethoden anbieten)
9. Reassurance (Sicherheit und Rückhalt geben)
10. Discharge Messages (ermutigende Entlass-Botschaften sichtbar machen) (Safewards 2025)

Kernziel ist ein friedlicheres, sicheres Stationsmilieu mit weniger Zwang – durch Fokus auf Beziehungsarbeit, Kommunikation und gemeinschaftsstiftende Routinen. Das zugrunde liegende Modell beschreibt Ursprungsdomänen (z.B. Patient*innen-Community, Team, Regeln/Regulatorik, Umgebung), aus denen „Flashpoints" entstehen; die Interventionen setzen präventiv an den Modifikatoren von Personal und Patient*innen an.

In diesem Kapitel beschreibe ich meine Erfahrungen als Safewardstrainerin in Bezug auf die Implementierung des Safewardskonzeptes auf der Station Michael in der Klinik Königshof, einem psychiatrischen Akutkrankenhaus, das gemeinsam mit dem Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss die St. Augustinus Fachkliniken gGmbH bildet.

Die Station Michael ist eine allgemeinpsychiatrische Station im geschützten Bereich mit maximal 27 Betten. Im Durchschnitt werden 18 bis 24 Patient*innen, die ein großes Spektrum an psychiatrischen Krankheitsbildern, sowohl unterschiedliche affektive Störungen und Abhängigkeitserkrankungen, als auch Subtypen der Schizophrenie aufweisen, behandelt. In der Klinik war es in der Vergangenheit bei Krankheitsausfällen des Personals schwer, die Station nachzubesetzen, da Mitarbeitende von anderen Stationen Unwohlsein auf der Station beschrieben. Auch Patient*innen wollten nicht auf der Station aufgenommen werden und äußerten Ängste gegenüber einer psychiatrischen Akutstation. Durch dieses Misstrauen gestaltete es sich nicht einfach, eine Beziehungsbasis und Vertrauen aufzubauen. Die Patient*innen hatten das Gefühl, z.B. bei der Ausgangsregelung oder der Wahl der Medikation, bevormundet zu werden. Diese Umstände führten im Alltag häufig zu einer Grundanspannung auf der Station. Bereits kleine Bitten, wie der Wunsch nach einem Nachschlag beim Essen, führten dann zu einem Konflikt. Aussagen, wie z.B. eine

CC-BY-SA 4.0 | HTTPS://DOI.ORG/10.60837/CURARE.V48I1-2.8805

Rückmeldung zur Menge der unterschiedlichen Mahlzeiten und Handlungen, wie ein selbst durchgeführter Zimmerwechsel ohne Einverständnis des Personals, wurden dann wiederum als Angriff wahrgenommen.

Beispiel:

Ein Patient bekommt seine Zigaretten vom Personal eingeteilt. Dies kann auf Wunsch geschehen, wenn eine Person die Sorge hat, nicht gut mit den eigenen Zigaretten haushalten zu können. Ein Mitpatient bekommt dies mit und es entsteht der Eindruck, dass man vom Personal Zigaretten erhalten kann. Vor der Einführung des Safewardskonzepts fand hier häufig keine nähere Erklärung statt. Durch den zusätzlichen Nikotinentzug hat die bereits bestehende Grundanspannung zu einer emotionalen Reaktion geführt. Diese Reaktion äußerte sich zum Beispiel durch Beleidigungen. Bleiben beide Personen bei ihrer Perspektive, entsteht eine Konversation, in der beide Beteiligten auf dem eigenen Standpunkt beharren.

Beispiel:

*Vor der Einführung des Safewardskonzepts hatten die Patient*innen in Bezug auf das Essen wenig Autonomie. Wollten sie etwas Wasser trinken, waren sie auf das Personal angewiesen. Hat eine Person länger geschlafen, so konnte er/sie sich kein Menü seiner Wahl mehr aussuchen, sondern musste die Mahlzeit nehmen, die das Personal ausgesucht hat. Auch mussten die Patient*innen warten, bis eine Person vom Personal Zeit hatte, da diese die Küche mit dem Schlüssel öffnen musste. Hat das Personal die Prioritäten anders gesetzt und wollte nun erst die eigene Dokumentation abschließen, so entstand bei den Patient*innen ein negatives Gefühl, welches je nach Persönlichkeit z.B. Wut, Hilflosigkeit oder Wertlosigkeit sein konnte.*

Anfang 2021 wurde konkret mit der Einführung des Safewardskonzepts in der Praxis begonnen, mit dem Ziel, im beschützenden Rahmen auf einer Akutstation stark negativ geprägte Situationen wie Krisen, Konflikte und Zwangsmaßnahmen zu verringern. Dies sollte durch eine wertschätzende, individuelle Haltung, bei der ein Team sich gegenseitig unterstützt, umgesetzt werden. Zuerst wurde von den Safewardstrainer*innen mit dem Team der Station Michael herausgearbeitet, wo es am häufigsten zu solchen negativ geprägten Situationen kommt und welche Dinge besonders dazu führen, dass sich angespannte Situationen weiter zuspitzen. Interne Strukturen bzw. das Stationsteam konnte als auslösender Faktor identifiziert werden, der unter anderem zu einer Anspannungssteigerung bei den Patient*innen führte. Daher wurde es für wichtig befunden, als psychiatrische Pflegefachperson den Umgang mit seinen eigenen Gefühlen zu erlernen und sich im Team gegenseitig zu unterstützen.

Beispiel:

*Vor der Einführung des Safewardskonzepts wurden vermehrt Situationen davon bestimmt, dass eine Pflegefachperson auf den konkreten Vorgaben der Station besteht und das Fernsehschauen, wie im Stationsrahmen festgelegt, um 23 Uhr beendet. Das gibt der betreffenden Person Sicherheit. Die nächste pflegerische Kolleg*in lässt den Film zu Ende schauen und reflektiert, welche Gefühle, wie z.B. Wut, aufgrund der Fremdbestimmung in einer Person ausgelöst werden können. Diese unterschiedlichen Auslegungen von Regeln können bei bereits belasteten Personen unter anderem durch Symptome, die sie erleben, dazu führen, dass herausforderndes Verhalten gezeigt wird. Aufgrund des gegenseitigen Unverständnisses und des Bestehens auf den eigenen Standpunkt nehmen angespannte Patient*innen die Anspannung der Pflegefachperson wahr (Negativspirale). Eine Negativspirale beschreibt eine Kettenreaktion aus negativen Gedanken und Gefühlen, die sich wiederum beeinflussen und dadurch immer weiter verstärken. Sprich, beide beteiligten Parteien verstärken unbewusst den negativen Verlauf in solch einer angespannten Situation.*

Zusätzlich müssen sich Patient*innen mit Menschen ein Zimmer teilen, die ihnen fremd sind und die sie daher erst einmal schlecht einschätzen können. Hinzu kommen die krankenhausexternen

Faktoren: Erhalte ich eine negative Nachricht (z.B. vom Gericht) oder Druck von meinem Arbeitgeber?

Die individuellen Patient*inneneigenschaften beeinflussen die Gesamtsituation stark. Ich benötige vielleicht aktuell Ruhe, jedoch ist mein Gegenüber so aufgewühlt, dass er/sie immer wieder oder durchgehend schreit. Die Menschen, die auf der Station sind, bilden für die Zeit ihres Aufenthalts eine Gemeinschaft, manche freiwillig und manche gegen ihren Willen. Jeder hat sein eigenes Päckchen zu tragen und wo jeder zu kämpfen hat, können sich Emotionen hochschaukeln. Es gibt drei Eigenschaften bei Patient*innen, die im Safewardskonzept als primäre Konfliktauslöser gesehen werden.

1. Mögliche Symptome wie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen – es ist schwierig für das Gegenüber Verständnis zu entwickeln, vor allem weil man mit seinen eigenen Belastungen zu kämpfen hat.
2. Schwierigkeiten mit zwischenmenschlichen Beziehungen: Diese Menschen beziehen zum Beispiel Negatives oft auf sich und misstrauen anderen häufig.
3. Alter, Geschlecht, Wohnort usw.: Bestimmte Konfliktarten sind in bestimmten Gruppen häufiger (z.B. Rollenkonflikte bei Müttern die dann durch eine Krankheit und die Behandlung in einer Psychiatrie nicht ihre eigenen Anforderungen erfüllen können)

Gesetzeslagen und Regeln sind zusätzlich belastend. Gesetze zur Unterbringung und Zwangsbehandlung (nach PsychKG oder BGB) sind bindend. Stationen folgen in ihren Bestimmungen staatlichen Leitlinien.

Beispiel:

*In der S2k Leitlinie „Notfallpsychiatrie" (Pajonk et. al. 2020) (medizinische Leitlinie, die durch einen strukturierten Konsensprozess von einer repräsentativen Gruppe von Experten erarbeitet und durch Abstimmungen entschieden wird) wird z.B. definiert, ab welchem Body Mass Index (Diagnose: F50.0 Anorexia nervosa) eine vollstationäre Behandlung notwendig ist, auch gegen den Willen der Patient*innen. Dies führt dazu, dass andere Personen über den Kopf der Patient*innen hinweg entscheiden können.*

Auch die Klinikverwaltung kann Regeln aufstellen, zum Beispiel bezüglich der Besuchszeiten für Angehörige. Durch diese gesetzlichen Bestimmungen und Regeln wird Pflegefachpersonen erhebliche Freiheit und Flexibilität genommen. Dies sollte den Patient*innen klar kommuniziert werden. Teilweise können Pflegefachpersonen zur Bedürfniserfüllung Kompromisse machen, jedoch sind ihnen in bestimmten Situationen die Hände gebunden. Aus Patient*innensicht sind Pflegefachpersonen mit sehr viel Macht ausgestattet.

Nachdem auf der Station, wie oben beschrieben, die Situationen herausgearbeitet und schriftlich festgehalten wurden, die besonders belastend für Patient*innen waren und daher zu Krisen geführt haben, haben wir uns intensiv mit den 10 Safewards-Interventionen beschäftigt. Diese sollen dazu führen, dass Situationen, Verhaltensweisen, Gedanken und Gefühle ins Positive verkehrt werden – sowohl bei Patient*innen als auch beim Personal. Strukturen, die aufgebrochen werden, werden für beide Seiten aufgebrochen. Somit muss auch die Pflegefachperson nicht mehr starr auf Dinge beharren, die sie selbst nicht versteht und kaum erklären kann.

Die Einführung des Safewardskonzeptes kann nur dann gelingen, wenn das Team geschlossen die entsprechende Haltung gegenüber den Patient*innen und ihren Bedürfnissen an den Tag legt. Die Mitarbeiter*innen der Station Michael konnten in Form eines Motivationsschreibens mitteilen, ob sie bei der Implementierung des Konzepts mitwirken wollen oder eine Versetzung in einen anderen Bereich anstreben. Teilweise wurden bei der Vorstellung kritische Rückfragen gestellt, die aber größtenteils adäquat durch die Motivation und Kreativität der Trainer*innen beantwortet werden konnten.

Im Team wurde durch die Safewardstrainer*innen das Interesse zur Mitarbeit an der Ausarbeitung der einzelnen Interventionskonzepte erhoben. Jeder aus dem multiprofessionellen

Team hat seine Wünsche artikuliert und zwei Interventionen als bevollmächtigte Person zugeteilt bekommen. In kleinen Gruppen dachte man über die genaue Umsetzung im Stationsalltag nach. Die Ergebnisse wurden schriftlich innerhalb von eineinhalb Monaten festgehalten und dem Team vorgestellt. Während der Ausarbeitung haben die Trainer*innen die Verantwortlichen immer wieder daran erinnert, hierbei das Team mitzunehmen. Unsere Stationsleiter*innen wurden nicht mit in die Gruppen eingeteilt, da sie mit dem Management ausgelastet waren (Planung der Gruppentreffen im normalen Arbeitsalltag und Beachtung von Wünschen der Mitarbeitenden).

Im Folgenden bewege ich mich in meiner Darstellung an den 10 Punkten des Safewards-Konzepts entlang. Dabei hebe ich die betreffenden Punkte jeweils kursiv hervor.

1. *Clear Mutual Expectations* (gegenseitige Erwartungen klären)
2. Soft Words (wertschätzend, deeskalierend formulieren)
3. Talk Down (professionelles „Herunterreden"/ Deeskalationsgespräch)
4. Positive Words (positive Sprache im Teamstart)
5. Bad News Mitigation (schlechte Nachrichten schonend kommunizieren)
6. Know Each Other (einander kennen lernen)
7. Mutual Help Meeting (gegenseitige Hilfe organisieren)
8. Calm Down Methods (Beruhigungsmethoden anbieten)
9. Reassurance (Sicherheit und Rückhalt geben)
10. Discharge Messages (ermutigende Entlass-Botschaften sichtbar machen)

In der Zeit der Ausarbeitung wurden dann erste Änderungen im Team vorgenommen. Eine der größten Veränderungen auf der Station, die bis zu diesem Zeitpunkt größtenteils von klaren Strukturen geprägt war, welche einem immer wieder wechselnden Team Sicherheit geboten haben, stellte die Intervention der *gegenseitigen Erwartungen* (Intervention 1) dar. Das Pflegeteam wurde bereits von Anfang an klar von ihrer Leitung mitgenommen, was heißt, dass durchgehend über das Konzept gesprochen und aufkommende Fragen geklärt wurden. Dies war bei den ärztlichen Kolleg*innen etwas anders. Die Erinnerung, dass das Safewardskonzept von allen Personen mitgetragen werden muss, wurde zu Beginn in der Arbeit mit den Interventionen und durch die vermehrten Arztwechsel immer wieder von den Safewardstrainer*innen kommuniziert.

Beispiel:

*Vor der Einführung des Safewardskonzepts bestellten Mitarbeitende sich im Nachtdienst in ihrer Pause Pizza. Sollte dies auch für Patient*innen möglich sein? Bis zu diesem Zeitpunkt wollte der Nachtdienst nicht vermehrt die Station verlassen (zwecks Öffnung des Haupteingangs, um das Essen in Empfang zu nehmen). Die Sorge war, dass infolge einer Erlaubnis für nächtliche Essensbestellungen mehrere Patient*innen einzeln auf das Personal zukommen würden und hierdurch wertvolle Zeit für andere Arbeiten verloren ginge. Vom damaligen Stationsarzt kam die Aussage: „Die Pflege muss auch in der Nacht arbeiten, weshalb sie die Pizza verdient." Sitzt die Pflege mit ihrer Pizza auf Station und versucht, den Patient*innen dann zu erklären, dass es mit der Bestellung in der Nacht nicht möglich ist, kommt es in der Beziehung zwischen Pflege und Patient*innen zu Störfaktoren. Es entsteht Misstrauen, das Gefühl, bevormundet zu werden, und ein Gefühl der Wertlosigkeit. Stattdessen könnte der Prozess dahingehend angepasst werden, dass man vor einer Bestellung alle Personen auf der Station fragt, ob sie sich beteiligen möchten.*

Eine weitere Intervention, die größere Rückfragen ausgelöst hat, ist das *gemeinsame Kennenlernen* (Intervention 6). Es gab die Idee, dass sich die Pflegenden anhand von Steckbriefen, die auf Station aufgehängt wurden, vorstellten (Siehe Abb. 1).
Neben Namen, Vornamen und einem Bild der betreffenden Person konnte man auch etwas zu den Hobbys erfahren. Das Team hatte zum Teil die Befürchtung, dass Patient*innen zu viel von einem erfahren könnten. Mögliche Szenarien wurden besprochen, wie realistisch es ist, dass ein*e Patient*in die Identität einer Person erfährt. Das Pflegepersonal stellt sich nämlich den Patient*innen mit dem Nachnamen vor, nennt

Abb. 1: Teil eines Steckbriefs einer Pflegefachperson (Foto: Tim Frankenheim. Alle Rechte vorbehalten).

sich untereinander jedoch beim Vornamen. Die Patient*innen kommen häufig sehr belastet und teilweise hoffnungslos auf unsere Akutstationen. Sie suchen Hilfe und Unterstützung bei uns. Sie kommen nicht, um uns zu schaden. Zusätzlich wurde auch darüber gesprochen, wie viel wir über unsere Patient*innen wissen, diese im Gegenzug aber nichts über uns. Im Alltag fällt immer wieder auf, was eine tiefere Beziehungsbasis zu Patient*innen positiv bewirken kann. Wenn ich an meine Zeit beim Wechsel auf die geschützte allgemeinpsychiatrische Station zurückdenke, gab es einige Patient*innen in akuten Krisen, welche sehr distanziert zu mir waren und dann auch in ihrer Anspannung beleidigend und bedrohend wirkten. Durch einen Umgang, in dem sie sich verstanden und wertgeschätzt fühlten, und die positiven Erfahrungen in der gemeinsamen Zeit hat sich dies zum Positiven verändert. Im Laufe der Jahre wurden immer wieder neue Mitarbeitende ohne tiefere Beziehung zu den Patient*innen als „Blitzableiter" für deren negative Gefühle genutzt. Die Steckbriefe wurden im Team nach Einigung über den Inhalt erstellt und der Gedanke, dass es positive Auswirkungen hat, sich den Patient*innen mehr zu öffnen, begann sich zu entwickeln. Es konnten im Alltag viel mehr Gespräche über Hobbys und Vorlieben wahrgenommen werden. Diese gegenseitige Offenheit war eine gute Grundlage für mehr Sicherheit im Umgang miteinander, sowohl bei Patient*innen als auch beim Personal. Ein wichtiger Gedanke war, sich in einer Krise auch Positives und die Ressourcen eines anderen anzuschauen.

1. Clear Mutual Expectations (gegenseitige Erwartungen klären)
2. Soft Words (wertschätzend, deeskalierend formulieren)
3. *Talk Down* (professionelles „Herunterreden"/ Deeskalationsgespräch)
4. Positive Words (positive Sprache im Teamstart)
5. *Bad News Mitigation* (schlechte Nachrichten schonend kommunizieren)
6. Know Each Other (einander kennen lernen)
7. Mutual Help Meeting (gegenseitige Hilfe organisieren)
8. *Calm Down Methods* (Beruhigungsmethoden anbieten)
9. *Reassurance (*Sicherheit und Rückhalt geben)
10. Discharge Messages (ermutigende Entlass-Botschaften sichtbar machen) (Safewards 2025)

Einzelne Interventionen, wie *Sicherheit bieten* (Intervention 9), die *unterstützende Kommunikation bei unerfreulichen Nachrichten* (Intervention 5) und die *deeskalierende Kommunikation* (Intervention 3), wurden in der Klinik bereits vor Einführung des Projektes implementiert. Die jährliche Teilnahme an den Deeskalationsschulungen aller Mitarbeitenden der Station wurde seit der Einführung des Safewardskonzepts zuverlässig eingehalten. Dies ist eine Schulung, in der die Teilnehmenden erlernen, wie sie Aggressionen frühzeitig erkennen, gewaltfreie Konfliktlösungen finden und reagieren können. Das regelmäßige Anwenden steigert das Sicherheitsgefühl. Zum Thema Sicherheit wurde der Blick weiter auf das Umfeld gerichtet: Unter anderem Reinigung, Hauswirtschaft sowie Mitarbeiter*innen der Klinik, die

Kontakt zu unseren Patient*innen haben, wie Mitarbeitende des Empfangs. Dies hat nachhaltig das Gemeinschaftsgefühl auf der Station gesteigert.

Bei der *unterstützenden Kommunikation bei unerfreulichen Nachrichten* (Intervention 5) wurde einmal mehr darauf geachtet, wo wir eine Nachricht überbringen, welche Personen dabei sein sollten (die erste Bezugsperson oder jemand, der zu dem Zeitpunkt der Nachricht eher negativ erlebt wird) und inwiefern eine Nachricht für die individuelle Person unerfreulich sein kann.

Als dritte Intervention wurden die *Methoden zur Entspannung (*Intervention 8) eingeführt. Der Gedanke ist hier, dass Patient*innen Partizipation erfahren. Sie sollen befähigt werden, eigeninitiativ durch Skills eine Krise zu überwinden, ohne auf etwas Externes, wie eine Tablette, zurückgreifen zu müssen. Dies bewirkte positiv, dass das Pflegepersonal sich mehr auf Beobachtung eingelassen und frühzeitig den Kontakt gesucht hat. Das Personal war näher an den Patient*innen auf Station und weniger im Dienstzimmer zurückgezogen, sodass eine zeitnahe Bedürfniserfüllung gesichert werden konnte. Langsam begann es, dass Interventionen auf der Station nicht mehr bewusst durchgeführt, sondern regelmäßig unbewusst angewandt und vom Personal in das eigene Handeln aufgenommen wurden.

Eine weitere sehr positive Veränderung schaffte die Intervention der *gemeinsamen Unterstützungskonferenz* (Intervention 7). Die Dankbarkeitsrunde, in der jede teilnehmende Person eine Sache nennt, für die sie in dem Moment dankbar ist, sollte den Blick auf das Positive lenken. Die Nachrichtenrunde sollte alle auf einen Stand bringen und frühzeitig notwendige Informationen an die Patient*innen weitergeben. Im Verlauf merkte man den positiven Effekt des Verständnisses füreinander und die Unterstützung auch im Stationsgeschehen. Nicht selten kam es vor, dass ich als Pflegeperson Tränen in den Augen hatte, da die Stimmung im Raum untereinander so gut war und die Wertschätzung so stark wahrgenommen wurde. Vorher gab es eine Menge Beschwerden übereinander und wenig Verständnis füreinander. Im Laufe der Zeit begannen die Patient*innen, sich umeinander Sorgen zu machen und sich beim Pflegepersonal zwecks Unterstützungsbedarfs zu melden.

1. Clear Mutual Expectations (gegenseitige Erwartungen klären)
2. *Soft Words* (wertschätzend, deeskalierend formulieren)
3. Talk Down (professionelles „Herunterreden"/ Deeskalationsgespräch)
4. *Positive Words* (positive Sprache im Teamstart)
5. Bad News Mitigation (schlechte Nachrichten schonend kommunizieren)
6. Know Each Other (einander kennen lernen)
7. Mutual Help Meeting (gegenseitige Hilfe organisieren)
8. Calm Down Methods (Beruhigungsmethoden anbieten)
9. Reassurance (Sicherheit und Rückhalt geben)
10. Discharge Messages (ermutigende Entlass-Botschaften sichtbar machen) (Safewards 2025)

Interventionen, die schwer greifbar sind und viel Rücksprache zwischen Trainer*innen und Team bedürfen, sind die *positive* (Intervention 4) *und wertschätzende Kommunikation* (Intervention 2).

Die *positive Kommunikation* hat ihren Schwerpunkt in den Teambesprechungen und Übergaben. Die Folgeschicht soll mit einem sicheren Gefühl in den Dienst starten. Ebenfalls sollen die Patient*innen positiv gesehen werden, denn es kann Hoffnung vermittelt werden, wenn ich in mir selbst noch Hoffnung spüre. Befindet sich nun das komplette Team in einer negativen Haltung den Patient*innen gegenüber, ist es schwer, den Genesungsprozess förderlich zu begleiten. Die Patient*innen sehen dann in den Pflegenden in besonders schwierigen Momenten und Phasen keinen Anker. Hat nun ein Teammitglied das Gefühl, dass eine negative Haltung entstanden ist, sollte dies offen im Team kommuniziert werden. Dann kann ein lösungsorientierter Prozess beginnen.

Beispiel:

Vor Einführung des Safewardskonzepts gab es andere Bewertungen seitens des Teams hinsichtlich der Zimmerbelegung. Wo vorher Aussagen kamen wie: „Wir sind hier in einem Krankenhaus, ich kann mir auch nicht aussuchen, mit wem ich dort in einem

Zimmer sein möchte", wird heute mehr Raum gegeben: „Ich verstehe das, xy redet nicht, was mir ebenfalls Angst machen und den Schlaf rauben würde."
Bei der *wertschätzenden* oder *verständnisvollen Kommunikation* liegt der Schwerpunkt sehr auf der Selbstreflektion, aber auch auf einer veränderten Betrachtung seiner Umgebung. Würde ich mich wertgeschätzt fühlen, wenn mein Gegenüber während eines Gespräches weiter auf den PC schaut und Dinge eintippt? Ein wichtiger Punkt ist hier das Verbalisieren und Paraphrasieren. Durch diese Techniken kann ich meinem Gegenüber das Gefühl geben, ihn oder sie zu sehen und zu verstehen. Darüber hinaus vermittle ich die Sicherheit, mein Gegenüber wirklich begleiten zu wollen. Auch hier ist es wichtig, im Team die Kolleg*innen anzusprechen und Feedback zu geben, wenn Situationen beobachtet werden, in denen man sich als betroffene Person missverstanden gefühlt hätte.

Die Pflegepersonen sollten *Positivität* und einen *wertschätzenden Umgang* mit den Gefühlen und Bedürfnissen anderer vorleben.

Während der Einführung des Safewardskonzepts kam es dazu, dass Kolleg*innen, die nach längerer Abwesenheit einen Patienten erst im Verlauf seiner Behandlung kennenlernten, nach der ersten Übergabe gegenüber dem Patienten das Gefühl von Sorge und Angst im Umgang entwickelten. Die Übergabe der Kolleg*innen, die bereits in Kontakt mit dem Patienten waren, formulierten ihre Äußerungen mit dem Fokus auf negative Erlebnisse, wie Anspannung des Patienten, verbale Drohung und Beleidigung.

Beispiel:

Während der Einführung des Safewardskonzepts hat eine außenstehende Pflegeperson ein klärendes Gespräch übernommen. Der Patient teilte mit, sich über das Wochenende missverstanden gefühlt zu haben. Dies hat die eigene Grundanspannung verstärkt. Es sei Pflegepersonal, ohne zu klopfen, in den Rückzugsraum, sein Zimmer gekommen. Ebenfalls habe der Patient per Mobiltelefon die Nachricht erhalten, dass sein Job gekündigt wurde. Diese belastenden Nachrichten haben die ohnehin bereits angespannte Situation, bedingt durch einen Alkohol-Entzug, zusätzlich verschlimmert. Die Notfallaufnahme ereignete sich aufgrund von akuten suizidalen Gedanken, die über das Wochenende nicht so berücksichtigt wurden, wie es unser eigener Anspruch ist. In der nächsten Teambesprechung, an der alle am Fall beteiligten Personen anwesend waren, wurde der Fall offen nachbesprochen. Es wurden für die Zukunft lösungsorientiert Prozessveränderungen angedacht.

Reflexion

Eine Aussage, die uns durch die Zeit begleitet hat, war, dass alle die festgelegten Umgangsformen in den einzelnen Interventionskonzepten soweit möglich befolgen. Das heißt, dass wir viel mehr miteinander kommunizierten. Wenn man eine Situation beobachtet, in der man sich mit der Kommunikation ebenfalls nicht wohl gefühlt hätte, wurde darüber gesprochen. Wir sind alle Menschen und von unseren Emotionen und Erlebnissen beeinflusst. Da ist es wichtig, dass wir uns gegenseitig unterstützen und uns dieser Emotionen bewusst sind. Viele Patient*innen sind besonders feinfühlig und spüren, ob man authentisch in dem ist, was man zeigt. Bin ich nun angespannt, kann ich das in einer Situation auf mein Gegenüber übertragen, auch wenn ich denke, dass ich das unter Kontrolle habe. Professionell wäre es hier, das mit den Kolleg*innen offen zu kommunizieren und sich zurückzunehmen. Ich empfinde zu jedem eine gewisse Sympathie oder Antipathie, auch hier sollte man als psychiatrisch pflegende Person ehrlich mit sich sein. Jeder hat seine individuellen Grenzen und diese sind zusätzlich noch situationsabhängig.

Ein weiteres Thema, das uns beschäftigt hat, ist die Feedbackkultur. Wir haben einiges ausprobiert, um Ängste und Sorgen zu nehmen. Zuletzt haben wir eine feste Feedbackrunde mit visueller Unterstützung nach dem Dienst eingeführt. Es gab eine Auswahl an Bildern, wovon eines von den teilnehmenden Kolleg*innen ausgesucht wurde. Dieses sollte als visuelle Unterstützung dienen, um die eigene Stimmung nach dem Dienst widerzugeben und mit den Kolleg*innen zu teilen. Hier konnte dann eine Beschreibung

des Bildes stattfinden und eine Brücke zur Rückmeldung an die Kolleg*innen erfolgen. Auch gab es alle zwei Monate den Lenkungskreis im Austausch mit der Pflegedienstleitung, die sich aktuell mit dem Thema beschäftigt. Es ist zu beobachten, dass die meisten Feedbackgespräche durch die Safewardstrainer*innen und weitere ausgebildete Kräfte stattfanden, z.B. durch die psychiatrische Fachpflegeperson. Das Ziel, dass die Interventionsbevollmächtigten, also die verantwortlichen Mitarbeiter*innen, die sich eigenständig für diese Aufgabe eingeteilt haben, auf ihre Intervention vermehrt aufmerksam machen und entsprechend den Alltag beobachten, haben wir noch nicht wie gewünscht erreicht. Das Team hat sich mit der Zeit verändert und die Mitarbeitenden haben durch die bereits bekannten Interventions-Bereiche, mit denen sie eigeninitiativ arbeiten konnten, immer mehr den Wunsch nach Entwicklung und Beteiligung geäußert. Es gab viele neue kreative Ideen und die Patient*innen wurden in immer mehr Entscheidungen mit einbezogen (Partizipation).

Die vollständige Veränderung von bestehenden Stationsstrukturen ist natürlich sehr viel Arbeit, teilweise sogar ein „Kampf". Es ist wichtig, den Sinn und die Ziele dieser Arbeit allen Beteiligten immer wieder aufzuzeigen und Erfolge zu feiern. Hierzu benötigt es meiner Meinung nach mindestens zwei Personen, die sich gegenseitig unterstützen können. Es kam zu vielen Situationen, in denen einer von uns frustriert war und das Gefühl hatte, Rückschritte zu machen. In diesen Fällen konnte der Gegenpart dann einlenken und den Blick zurück in die richtige Richtung wenden. Es gab aber mindestens genauso viele Situationen, in denen wir viel Spaß hatten, und zusätzlich konnten wir unsere Kompetenzen weiterentwickeln und Energie aus vielen Erfolgen ziehen. Vermehrt gab es positive Rückmeldungen von allen Seiten.

Wenn man mich fragt, hat sich jede Minute der Arbeit, die alle Beteiligten in das Projekt investiert haben, bis heute gelohnt. Teilweise habe ich das Gefühl, dass wir aufgrund der Positivität der Patient*innen und auch der Mitarbeitenden sogar ein Umdenken bei außenstehenden Personen bewirken konnten. Die Station ist mittlerweile auf Patient*innen- und Mitarbeitenden-Seite sehr beliebt. Es gab Versetzungsanträge, nachdem Mitarbeitende bei uns hospitiert haben, und viele unserer internen Auszubildenden haben den Wunsch entwickelt, nach dem Abschluss ihrer Ausbildung auf der Station anzufangen. Einige Patient*innen haben nun den Wunsch, bei uns aufgenommen zu werden, bzw. können sich besser auf eine freiwillige Behandlung einlassen. Zusätzlich zu den festen Interventionen haben sich über die Zeit einige Ideen bezüglich der Beschäftigung mit den Pflegeempfängern entwickelt. Dinge, die früher problemorientiert mit dem Verweis auf Hindernisse abgeschmettert wurden, werden mittlerweile flexibel und mit positiven Gefühlen im Alltag integriert, z.B. viele spontane Entspannungsrunden.

Literatur

Bowers, Len; James, Karen; Quirk, Alan; Simpson, Alan; Stewart, Duncan & Hodsoll, John 2015. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International journal of nursing studies* 52, 9: 1412–1422.

Pajonk, Franz-Günter; Messer, Thomas & Berzewski, Heinz 2020. S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie. Berlin: Springer.

Safewards 2025. Resources for Safewards implementation. https://www.safewards.net/ [09.09.2025].

Lena Krupski arbeitet als Pflegefachperson im Bereich Projektleitung für pflegerische Entwicklung sowie der freigestellten Praxisanleitung in der Klinik Königshof in Krefeld, einem psychiatrischen Akutkrankenhaus. Einen großen Einfluss auf ihre Arbeit hatten die Fachweiterbildung für psychiatrische Gesundheit und die Weiterbildung zur Resilienztrainerin, welche den Recoverygedanken im täglichen Arbeiten in den Mittelpunkt stellen.

Klinik Königshof
Am Dreifaltigkeitskloster 16
47807 Krefeld
e-mail: l.krupski@ak-neuss.de