



G-BA Qualitätssicherungskonferenz 24.11.2022

Parallelveranstaltung PPP-RL

Die Qualifikation der Pflege – unverzichtbar für gute Behandlung auch in der Psychiatrie

Dorothea Sauter
Präsidentin DFPP e.V.

Keine Interessenskonflikte





...die sehr schnelle Agenda...

Das SOLL – eine Skizze

WAS macht Psychiatrische Pflege: Pflegebedarfe und Tätigkeiten

WIE arbeitet Psychiatrische Pflege: Konzepte, Methoden → Qualifikation

Das IST – eine Skizze

Praxis der psychiatrischen Pflege in Deutschland; Hintergründe

Befunde zu Pflegequalität und Behandlungsqualität

Handlungsbedarfe



Gute (psychiatrische) Pflege

Wenn eine Person Selbstpflege nicht mehr ihren Bedürfnissen entsprechend gestalten kann und bei der Bewältigung des Alltags auf Hilfe angewiesen ist.

Auf Prävention sowie auf Befähigung und Entwicklung ausgerichtet.

Beziehungsintensiv.
Oft, aber nicht immer:
zeitintensiv-engmaschig,
situativ, niedrigschwellig,
lebensweltorientiert.

EIN PAAR IMPLIKATIONEN

Selbstversorgungsdefizite entstehen auch im Kontext von Krankheit/-sfolgen.

Das Angewiesen-Sein macht **VULNERABEL**, nicht die Krankheit.

Wer keine Pflegebedarfe hat, ist in aller Regel nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig.

Pflegebedarfe/Bedürfnisbefriedigung erfordert oft sofortiges Handeln, 24/7.

Pflegeaufwände korrelieren nicht mit ICD-Diagnosen und oft nicht mit Krankheits-schwere

Gute (psychiatrische) Pflege

Wenn eine Person Selbstpflege nicht mehr ihren Bedürfnissen entsprechend gestalten kann und bei der Bewältigung des Alltags auf Hilfe angewiesen ist.

Auf Prävention sowie auf Befähigung und Entwicklung ausgerichtet.

Beziehungsintensiv.

Oft, aber nicht immer: zeitintensiv-engmaschig, situativ, niedrigschwellig, lebensweltorientiert.



Das SOLL: WAS Pflege tut

Wenn eine Person Selbstpflege nicht mehr ihren Bedürfnissen entsprechend gestalten kann und bei der Bewältigung des Alltags auf Hilfe angewiesen ist.

UND (im Krankenhaus):
Krankheitsbezogenes Handeln,
24/7-Präsenz, Krisenintervention,
Basisversorgung, Sicherheit, Milieu,
und den Betrieb aufrechterhalten...

Verbandedialog Psychiatrische Pflege

Definition und Grundlage psychiatrischer Pflege



Beltz Juventa, Pflege & Gesellschaft 25. Jg. 2020 H.4

Schwerpunkt

Dorothea Sauter, Michael Löhr, Stefan Scheydt, Brigitte Anderl-Doliwa, Frank Vilsmeier

Die Tätigkeiten der Pflege in der klinischen Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik – ein Update

The activities of nursing in adult psychiatry and psychosomatics – an update

A concrete description of the tasks and activities of day clinics and inpatient psychiatric care is a prerequisite for the determination of personnel requirements and for inter-professional coordination. As part of a project to calculate patient-nurse ratios in adult psychiatry and psychosomatics, a list of nursing activities was compiled, clustered and agreed upon on the basis of current literature. These activities were confirmed by nursing experts in two workshops.

The new description of nursing activities in adult psychiatry and psychosomatic hospital treatment must not ignore the politics and practice of psychiatry.

Keywords
Nursing activities, Staffing requirements

Eine konkrete Beschreibung von Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege in der klinischen Erwachsenenpsychiatrie und psychosomatischen Pflege ist Voraussetzung für die Bestimmung von Personalanforderungen und für interprofessionelle Abstimmungen. Als Teil eines Projekts zur Berechnung von Patient:innen-Nurse-Ratios in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik wurde eine Liste von Pflegeaktivitäten zusammengestellt. Diese Tätigkeiten wurden auf Basis der aktuellen Literatur erarbeitet und in zwei Workshops von Pflegeexpert_innen bestätigt.

Die neue Beschreibung der Pflegeaktivitäten in der psychiatrischen und psychosomatischen Pflege muss die Politik und die Praxis der Psychiatrie nicht außer Acht lassen. Die Berechnungen zur Ermittlung von Personalanforderungen müssen die Politik und die Praxis der Psychiatrie berücksichtigen.

Schlüsselwörter
Pflegeaktivitäten, Personalbedarfsberechnung

eingereicht: 28.01.2020
akzeptiert: 03.04.2020



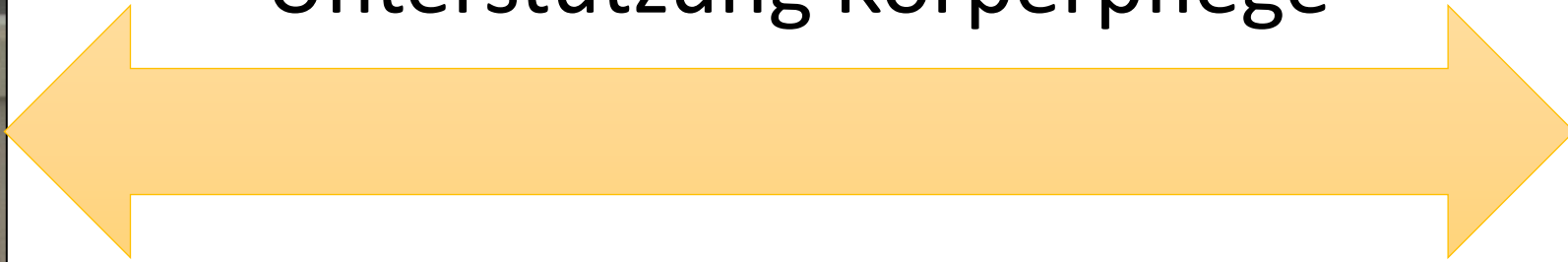


Das SOLL: WIE Pflege arbeitet, Beispiel I



*„Drüber
Feudeln“*

Unterstützung Körperpflege



*Präsentsein
Kommunizieren
Befähigen
Bedürfnisse befriedigen
Prophylaxen/Diagnostik
Wohlbefinden fördern*



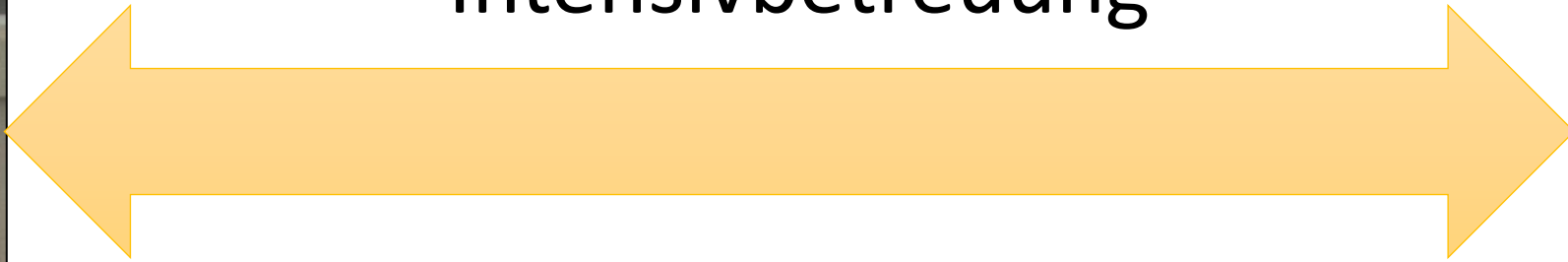


Das SOLL: WIE Pflege arbeitet, Beispiel II



*Sitzwache
Aufsicht*

Intensivbetreuung



*Bedürfnisse
befriedigen
Kommunizieren
Beziehung herstellen // entlasten
Perspektiven zeigen, Hoffnung
ermöglichen // Diagnostik*





Das SOLL: WIE Pflege arbeitet

Vielfalt an Aufgaben / an Theorien und Konzepten / an helfenden Methoden → Anforderungen an Qualifikation:

- Fachkompetenz (Psychiatrie, Gesundheitswissenschaften, Pflegekonzepte u.a.m.)
- Psychosoziale Kompetenzen, kommunikative Kompetenzen, Reflexionskompetenz (& critical thinking), ethische und helfende Kompetenz
- Methodenkompetenz
- Für situativ gut handeln + klinische Urteilskompetenz (← erforderlich dabei auch reflektiertes Erfahrungswissen)



Das SOLL: Zusammenfassung

- Wirksame und hilfreiche Pflege entspricht nicht dem „satt-sauber-sicher-still“-Pflegebild vieler Akteure/Entscheider
- Pflegebedarfe meist gekoppelt mit (hoch)vulnerablen und komplexen Situationen; mit steigender Vulnerabilität steigt Anforderung an Professionalität (und das 24/7)
- Enorme Vielfalt von Pflege Themen und Pflegemethoden; Sorgehandeln und Therapiehandeln gehen ineinander
- Professionelle Standards der Pflege nur bei ausreichender Qualität (und Quantität) der Pflegefachpersonen möglich



Das IST: Praxis der psych. Pflege

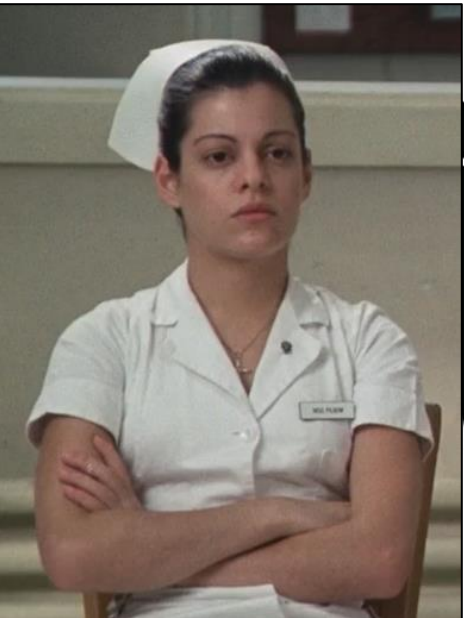


Foto: ©Hogrefe-Verlag, Bern

Große Bandbreite, wenig Standards.



Das IST: Praxis der psych. Pflege



Große Bandbreite, wenig Standards.
Corona-Herausforderungen erschwer(t)en v.a.
beziehungsorientiertes Pflegehandeln

IST: Hintergründe



International abgeschlagen bzgl. Bildungsvoraussetzungen, Akademisierung, Kompetenzen/ Befugnissen, nurse-to-patient-ratio, Daten/ Forschung, Selbstverwaltung → Professionalität gefährdet

Das ST: Befunde zu Pat.Outcomes



Articles



Nurse staffing and education and hospital mortality in European countries: a retrospective observational study

Linda H. Aiken, Douglas M. Sloan, Luk Buntyn, Ken Van den Heede, Peter Griffiths, Reinhard Busse, Marianna Dimodous, Juha Maria Käkinen, Emmanuel Lesaffre, Matthew D. McHugh, MT Moreno-Casbas, Anne Marie Rafferty, Rene Schwendimann, P. Anne S. Carol Tishman, Theo van Achterberg, Wolke Sarmas, for the RN4CAST consortium*

Summary
Background: Astute measures and health-system redesign to minimise hospital expenditures risk adverse patient outcomes. The RN4CAST study was designed to inform decision making about nursing, one component of hospital operating expenses. We aimed to assess whether differences in nurse-to-patient educational qualifications in nine of the 12 RN4CAST countries with similar patient discharge associated with variation in hospital mortality after common surgical procedures.

Methods: For this observational study, we obtained discharge data for 422,730 patients aged 50 years under common surgeries in 300 hospitals in nine European countries. Administrative data were standard protocol (variants of the ninth or tenth versions of the International Classification of Disease 30 day in-hospital mortality by use of risk adjustment measures including age, sex, admission type variables suggesting surgery type, and 17 dummy variables suggesting comorbidities present at admission). 26,516 nurses practising in study hospitals were used to measure nurse staffing and nurse education generalised estimating equations to assess the effects of nursing factors on the likelihood of surgical death within 30 days of admission, before and after adjusting for other hospital and patient characteristics.

Findings: An increase in a nurses' workload by one patient decreased the likelihood of an inpatient 30 days of admission by 7% (odds ratio 1.068, 95% CI 1.033–1.106), and every 10% increase in back nurses was associated with a decrease in this likelihood by 7% (0.929, 0.886–0.973). Those associate nurses in hospitals in which 60% of nurses had bachelor's degrees or nurses cared for an average of 2.6 would have almost 30% lower mortality than patients in hospitals in which only 30% of nurses had bachelors and nurses cared for an average of eight patients.

Interpretation: Nurse staffing cuts to save money might adversely affect patient outcomes. An increased bachelors' education for nurses could reduce preventable hospital deaths.

Funding: European Union's Seventh Framework Programme, National Institute of Nursing Research Institutes of Health, the Norwegian Nurses Organisation and the Norwegian Knowledge Centre for Health Services, Swedish Association of Health Professionals, the regional agreement on medical training research between Stockholm County Council and Karolinska Institutet, Committee for Health and Care and Strategic Research Program in Care Sciences at Karolinska Institutet, Spanish Ministry of Innovation.

Introduction
Constraining health expenditure growth is an important policy objective in Europe despite concerns about adverse outcomes for quality and safety of health care.^{1,2} Hospitals are a target for spending reductions. Health-system reforms have shifted resources to provide more care in community settings while shortening hospital length of stay and reducing inpatient beds, resulting in increased care intensity for inpatients. The possible combination of fewer trained staff in hospitals and increased patient interventions raises concerns about whether quality of care might worsen. Findings of the European Surgical Outcomes Study³ across 28 countries recently showed higher than expected hospital surgical mortality and substantial between country variation in hospital outcomes.



Nursing Skill Mix, Nurse Staffing Level, and Physical Restraint Use in US Hospitals: a Longitudinal Study

Vincent S. Staggs, PhD^{1,2}, Danielle M. Olds, PhD, RN³, Emily Cramer, PhD³, and Ronald L. Shorr, MD^{4,5}

¹Health Services and Outcomes Research, Children's Mercy Hospital and Clinics, Kansas City, MO, USA; ²School of Medicine, University of Missouri-Kansas City, Kansas City, MO, USA; ³School of Nursing, University of Kansas Medical Center, Kansas City, MO, USA; ⁴Trauma, Infection Research, Education and Clinical Center (SIRCC), Mason General Veterans Administration Medical Center, Gainesville, FL, USA; ⁵Department of Epidemiology, University of Florida, Gainesville, FL, USA

BACKGROUND: Although it is plausible that nurse staffing is associated with use of physical restraints in hospitals, this has not been established. This may be due to limitations in previous cross-sectional analyses lacking adequate control for unmeasured differences in patient-level variables among nursing units.
OBJECTIVE: To conduct a longitudinal study, with units serving as their own control, examining whether nurse staffing relative to a unit's long-term average is associated with its restraint use.
DESIGN: We analyzed 17 quarters of longitudinal data using mixed logistic regression, modeling quarterly odds of unit restraint use as a function of quarterly staffing relative to the unit's average staffing across study quarters.
SUBJECTS: 3101 medical, surgical, and medical-surgical units in US hospitals participating in the National Database of Nursing Quality Indicators during 2006–2010. Units had to report at least one quarter with restraint use and one quarter without.
MAIN MEASURES: We studied two nurse staffing variables: staffing level (total RNs and nursing skill mix (proportion of RNs) by RNAs). Outcomes were restraint use (yes/no) regardless of reason, and use of physical restraints (yes/no).
KEY RESULTS: Nursing skill mix with restraint use for full staff. Compared to average, higher restraint and of any type (95% CI: 3–29%) and 18% quarters with very low skill mix.
CONCLUSIONS: In this longitudinal study, there was a strong negative correlation between physical restraint use and consistently adequate staffing.

INTRODUCTION
Physical restraint is a common, undesirable occurrence in health care.^{1–4} Defined by the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) as "any manual method, physical or mechanical device, material, or equipment attached to or adjacent to the resident's body that the individual cannot remove easily which restricts freedom of movement or normal access to one's body."⁵ Physical restraints can include belts, mittens, vests, bedrails, geriatric chairs, and other devices. Use of such devices has come under intense scrutiny, as physical restraint can result in agitation, confusion, deconditioning, pressure ulcers, strangulation, death, and adverse psychological effects.⁶ Due to these serious consequences, physical restraint use is part of public reporting for nursing homes through the CMS Nursing Home Compare website,⁷ and researchers have begun to examine correlates of restraint use in various settings.^{8–12}

Nurse staffing is a focus of patient outcomes research. Psychiatric Stations spielen eine wichtige Rolle in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und einer unfreiwilligen Unterbringung aufgrund akuter Eigen- oder Fremdgefährdung. Sie dienen der Akut- und Krisenversorgung, der Herstellung von Sicherheit und der Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung [1]. Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN BRK) und höchstrichterliche Urteile des Bundesverfassungsgerichts und Bundesgerichtshofs setzen dabei jeglicher Zwangsunterbringung enge Grenzen und legen fest, dass immer zuerst Versuche der Deeskalation, Kommunikation mit den Betroffenen, die Suche nach alternativen Lösungen und eine detaillierte Abwägung zwischen den positiven und negativen Auswirkungen einzelner Maßnahmen stattfinden muss [2–4]. Im Umgang mit konflikthafte Verhalten in Form von Selbstverletzung oder Aggression und Gewalt gegen andere werden verschiedene Maßnahmen zur Eindämmung der Konflikte angewendet, wie beispielsweise deeskalierende Gespräche, 1:1-Betreuung oder die Gabe von Bedarfmedikation, die alle zeit- und personalintensiv sind [5, 6]. Nicht nur für die betroffenen Patienten, sondern auch für die Mitarbeitenden

Research in Nursing & Health, 2013, 36, 26–37
Department of Biostatistics and School of Nursing, University of Kansas Medical Center, 3901 Rainbow Blvd (MS 3060), Kansas City, KS 66160
Accepted 29 August 2012

Abstract: The association between nurse staffing and patient violence on psychiatric units is unclear, and the association between nursing skill mix and violence has not been studied. Monthly data on physical/sexual assaults by patients against others were obtained for 351 adult psychiatric units. Total and injury assault rates were modeled as dependent variables using hierarchical Poisson regression, with total staffing and registered nurse (RN) mix as predictors. Assault rates were 12% higher per additional nursing hour per patient day but 6% lower per 5-point increase in percent of hours provided by RNs. In cubic spline models fit to explore nonlinear staffing-violence associations, assault rates increased with staffing through most of its range but began to decline at very high levels. © 2012 Wiley Periodicals, Inc. Res Nurs Health 36: 26–37, 2013

Keywords: assaultive behavior; hospital psychiatric department; personnel staffing; psychiatric nursing

Since the 1990s there has been a growing body of observational research linking nurse staffing levels to various patient outcomes in hospitals. Results have been inconclusive for some outcomes (e.g., see Lake & Cheung, 2006), and in their 2011 Cochrane review Butler et al. (2011) found no studies establishing a causal effect of nurse staffing level or nursing skill mix (the mix of nursing care provided by registered nurses (RNs), licensed practical nurses (LPNs), and nursing assistants) on patient outcomes. Nevertheless, the existing evidence has been convincing, and it is widely accepted that heavier

Originalien

Nervenzart
<https://doi.org/10.1007/s00115-018-0521-5>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018



A. Nienaber^{1,2,3}, A. Heinz⁴, M. A. Rapp⁵, F. Bernpohl⁶, M. Schulz^{7,8}, J. Behrens⁹, M. Lohr^{2,7}

¹LWM-Klinikum Gütersloh, Gütersloh, Deutschland
²Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld, Deutschland
³Internationale Graduiertenakademie (IGGA), Im Promotionsstudengang Partitipation als Ziel von Pflege und Therapie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale, Deutschland
⁴Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland
⁵Sozial- und Präventivmedizin, Universität Potsdam, Potsdam, Deutschland
⁶Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, St. Hedwig-Krankenhaus, Charlotté – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Berlin, Deutschland
⁷Institut für Gesundheits- und Pflegeforschung, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale, Deutschland

Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen

Psychiatrische Stationen spielen eine wichtige Rolle in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und einer unfreiwilligen Unterbringung aufgrund akuter Eigen- oder Fremdgefährdung. Sie dienen der Akut- und Krisenversorgung, der Herstellung von Sicherheit und der Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung [1]. Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN BRK) und höchstrichterliche Urteile des Bundesverfassungsgerichts und Bundesgerichtshofs setzen dabei jeglicher Zwangsunterbringung enge Grenzen und legen fest, dass immer zuerst Versuche der Deeskalation, Kommunikation mit den Betroffenen, die Suche nach alternativen Lösungen und eine detaillierte Abwägung zwischen den positiven und negativen Auswirkungen einzelner Maßnahmen stattfinden muss [2–4]. Im Umgang mit konflikthafte Verhalten in Form von Selbstverletzung oder Aggression und Gewalt gegen andere werden verschiedene Maßnahmen zur Eindämmung der Konflikte angewendet, wie beispielsweise deeskalierende Gespräche, 1:1-Betreuung oder die Gabe von Bedarfmedikation, die alle zeit- und personalintensiv sind [5, 6]. Nicht nur für die betroffenen Patienten, sondern auch für die Mitarbeitenden

Psychiatrische Stationen spielen eine wichtige Rolle in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und einer unfreiwilligen Unterbringung aufgrund akuter Eigen- oder Fremdgefährdung. Sie dienen der Akut- und Krisenversorgung, der Herstellung von Sicherheit und der Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung [1]. Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN BRK) und höchstrichterliche Urteile des Bundesverfassungsgerichts und Bundesgerichtshofs setzen dabei jeglicher Zwangsunterbringung enge Grenzen und legen fest, dass immer zuerst Versuche der Deeskalation, Kommunikation mit den Betroffenen, die Suche nach alternativen Lösungen und eine detaillierte Abwägung zwischen den positiven und negativen Auswirkungen einzelner Maßnahmen stattfinden muss [2–4]. Im Umgang mit konflikthafte Verhalten in Form von Selbstverletzung oder Aggression und Gewalt gegen andere werden verschiedene Maßnahmen zur Eindämmung der Konflikte angewendet, wie beispielsweise deeskalierende Gespräche, 1:1-Betreuung oder die Gabe von Bedarfmedikation, die alle zeit- und personalintensiv sind [5, 6]. Nicht nur für die betroffenen Patienten, sondern auch für die Mitarbeitenden

Die der Arbeit zugrundeliegende Hypothese lautet, dass die akzeptierten Stationen eine Zahl des dort arbeitenden Personals einen Einfluss auf das von Konflikten haben. Das auf unterschiedlichen Akut- und Landesniveaus prospektiv die Zahl der Missetaten und die Zahl der Arten der Ereignisse sowie die Art der therapeutischen Maßnahmen

Published online: 17 April 2018

Originalien

Nervenzart
DOI 10.1007/s00115-018-0521-5
Online publiziert: 17. Juni 2018
© Springer Verlag Berlin Heidelberg 2018



M. Lohr^{1,2}, D. Sauter³, A. Nienaber⁴, G. Heuß⁵, R. Ahrens⁶, G. Oppermann
A. Heinz⁷, M. Schulz⁸, Mitarbeiter der AG Strukturqualität der DFP und BP
Fachhochschule der Diakonie
¹WLM-Klinikum
²Institut für Gesundheits- und Pflegeforschung, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
³Medizinische Fakultät, Halle (Saale)
⁴WLM-Klinikum
⁵Landesuniversität Westfalen-Lippe, Münster
⁶Deutsche Fachhochschule Psychiatrie-Pflege, Bielefeld
⁷Sozial- und Präventivmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin
⁸Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster
⁹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte

Personalressourcen für psychiatrische Einrichtungen

Bedarfsermittlung am Beispiel der Pflegefachberufe in Deutschland

Die Entwicklung von Strategien für Patienten und seine Betreuung ist bei der Bewältigung der Erkrankung ein zentraler Bestandteil der Versorgung. In der Regel wird die Betreuung durch Pflegefachberufe in der Regel durch den Pflegefachberuf (Pf) geleistet. In den letzten Jahren ist es zu einer verstärkten Einbettung von Pflegefachberufen in die Versorgung von Patienten gekommen. Dies ist ein Schritt in die richtige Richtung, da die Pflegefachberufe eine wichtige Rolle in der Versorgung von Patienten spielen. In der Regel wird die Betreuung durch Pflegefachberufe in der Regel durch den Pflegefachberuf (Pf) geleistet. In der Regel wird die Betreuung durch Pflegefachberufe in der Regel durch den Pflegefachberuf (Pf) geleistet.

PLOS ONE

RESEARCH ARTICLE

Increase in coercive measures in psychiatric hospitals in Germany during the COVID-19 pandemic

Eric Flammer^{1,2}, Frank Eisele³, Sophie Hirsch^{4,5}, Timan Steinert^{6,7,8,9}

¹Chair for Psychiatry and Psychotherapy, University of Applied Sciences, Germany; ²Center for Psychiatry, University of Applied Sciences, Germany; ³Center for Psychiatry, University of Applied Sciences, Germany; ⁴Department of Psychiatry, University of Applied Sciences, Germany; ⁵Department of Psychiatry, University of Applied Sciences, Germany; ⁶Department of Psychiatry, University of Applied Sciences, Germany; ⁷Department of Psychiatry, University of Applied Sciences, Germany; ⁸Department of Psychiatry, University of Applied Sciences, Germany; ⁹Department of Psychiatry, University of Applied Sciences, Germany

Abstract
To examine whether the pandemic in 2020 caused changes in psychiatric hospital cases, the percentage of patients exposed to coercive interventions, and aggressive incidents.

Objective
We used the case registry for coercive measures of the State of Baden-Württemberg, comprising case-related data on mechanical restraint, seclusion, physical restraint, and forced medication in each of the State's 31 licensed hospitals treating adults, to compare data from 2019 and 2020.

Results
The number of cases in adult psychiatry decreased by 7.6% from 105,782 to 97,761. The percentage of involuntary cases increased from 12.2 to 14.1%, and the absolute number of coercive measures increased by 4.7% from 26,250 to 27,514. The percentage of cases exposed to any kind of coercive measure increased by 24.6% from 6.5 to 8.1%, and the median cumulative duration per affected case increased by 13.1% from 1.2 to 1.38 hrs, where seclusion increased more than mechanical restraint. The percentage of patients with aggressive incidents, collected in 10 hospitals, remained unchanged.

Conclusions
While voluntary cases decreased considerably during the pandemic, involuntary cases increased slightly. However, the increased percentage of patients exposed to coercion is not only due to a decreased percentage of voluntary patients, as the duration of coercive measures was also increased. The changes that indicate deinstitutionalization in treatment quality were probably caused by the multitude of measures to manage the pandemic. The focus of attention and internal rules as well as shifted from prevention of coercion to prevention of infection.

OPEN ACCESS

Check for updates

OPEN ACCESS
This article is freely available online at <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240468>. All rights reserved. No reuse allowed without permission. See <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> for details.

Data Availability Statement: Data are accessible on <https://www.gesundheitswissenschaften.de/research-projects>. The data are anonymized and do not allow identification of patients or hospitals.

PLOS ONE | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240468> April 3, 2022

1 / 10



Das IST: Befunde zu Pat.Outcomes

- Wenig „evidenzstarke“ Belege, schwer erforschbar, gerade bei multiprofessionellen psychiatrischen Teams
- Viel „gefühltes Wissen“/ Plausibilität, viele Statements, Berichte, Fallstudien, Quali-Studien
- Auch: Wissen zur Bedeutung von Milieu, unspezifischen Wirkfaktoren, Tagesstruktur, Wohlbefinden.
- Beachte auch: „Therapiesättigung“; Bedeutung von Transfer der Therapieschritte in Alltagssituationen. Relevanz kognitiver Beeinträchtigung sehr vieler Akutpatienten. Ziel meist Entaktualisierung.

Nursing Skill Mix, Nurse Staffing Level, and Physical Restraint Use in US Hospitals: a Longitudinal Study
Vincent S. Stogatz, PhD^{1,2}, Daniela C. Clark, PhD¹, Emma J. Thomas, PhD¹, and Ronald L. Short, MD^{1,3}
1. University of Illinois at Chicago, Chicago, IL, USA; 2. University of Illinois at Chicago School of Public Health, Chicago, IL, USA; 3. University of Illinois at Chicago School of Nursing, Chicago, IL, USA

Nurse staffing and education and hospital mortality in European hospitals
Linda H. Allen, Diagnostics and Health Services, University of Liverpool, Liverpool, UK; Maria Klotz, Emmaus, London, UK; Matthew D. M. High, MT, MSc, Anna Marie Rafferty, Dore Schwedtmann, FRCGS, Carol Tisdeman, Theo van Achterberg, Wouter Smeets, for the INICC/CAST consortium

Rates on Psychiatric Units
Department of Biostatistics and School of Nursing, University of Kansas Medical Center, 7400 Rainbow Blvd, MS-3010, Kansas City, KS 64120

Increase in coercive measures in psychiatric hospitals in Germany during the COVID-19 pandemic
PLOS ONE
RESEARCH ARTICLE
Abstract
Objective
Methods
Results

Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen
A. Nienaber^{1,2,3}, A. Heinz¹, M. A. Rapp¹, F. Bernhofer¹, M. Schulz¹, J. Behrens¹, M. Löhr^{1,2}
1. Uniklinik Göttingen, Göttingen, Deutschland; 2. Fachhochschule der Diakonie, Heilbronn, Deutschland; 3. Lehrstuhl für Gesundheits- und Pflegegesellschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

Entwicklung von Strategien zur Bewältigung der Erklärungs- und Handlungsproblematik bei der Bewältigung der Erklärungs- und Handlungsproblematik bei der Bewältigung der Erklärungs- und Handlungsproblematik



Handlungsbedarfe → MIT Pflegeexpertise

- Akademisierung und Professionalisierung und pflegerelevante Forschung fördern
- Grade-Mix entwickeln (Übergangsregelungen!)

Fachkraftquoten

30-50% Fachkraftquote (DFPP & BAPP 2016)

10-20 % Akademisierungsquote (Dt Wissenschaftsrat 2012)

zunächst mindestens ein BA-Absolvent (fachl. Leadership) in jedem Team.

Hilfskräfte nur jenseits der „MINDESTBESETZUNG“

- Vorgaben oder Empfehlungen zu: Umsetzung PflBG in der Psych, (Fort-)Bildung, Tätigkeiten, Aufgabenverteilung und Entscheidungsbefugnisse etc

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss**



Howard K. Butcher
Gloria M. Bulechek
Joanne M. Dochterman
Cheryl M. Wagner
(Hrsg.)

Pflegeinterventions- klassifikation (NIC)

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Deutscheprachige Ausgabe
herausgegeben von Jürgen Georg

 hogrefe



Fazit

- **DAS SOLL**
Qualifizierte Pflege: hochrelevant + therapiesichernd
- **DAS IST**
viele Voraussetzungen nicht gegeben
- **HANDLUNGSBEDARFE**
PPP-RL: Tätigkeiten, Minutenwerte, Fach-/Hilfskraftquoten bedarfsgerecht; Übergangsfristen
weitere Schritte/Regulatorien notwendig
Pflege braucht volles Stimmrecht/ vollwertigen Sitz im G-BA



Deutsche Fachgesellschaft
Psychiatrische Pflege

DANKE!

Ich freue mich auf Ihre Fragen