



Rapid Review

Einfluss des Safewards-Modells auf Konflikte, Eindämmungs- und Zwangsmaßnahmen im akutpsychiatrischen Setting

erstellt von Dr.ⁱⁿ Andreea Dobrescu, Martin Fangmeyer, MScN, BScN,
Dipl.Kult. Irma Klerings

[https://ebninfo.at/Einfluss des Safewards_Modells auf Konflikte](https://ebninfo.at/Einfluss_des_Safewards_Modells_auf_Konflikte)

Bitte den Rapid Review wie folgt zitieren:

Dobrescu A., Fangmeyer M., Klerings I., Einfluss des Safewards-Modells auf Konflikte, Eindämmungs- und Zwangsmaßnahmen im akutpsychiatrischen Setting: Rapid Review. EbN Evidenzbasiertes Informationszentrum für Pflegende; Mai 2021. Verfügbar unter: [https://ebninfo.at/Einfluss des Safewards_Modells auf Konflikte](https://ebninfo.at/Einfluss_des_Safewards_Modells_auf_Konflikte)

Anfrage

Reduziert die Anwendung des Safewards-Modells im akutpsychiatrischen Setting bei Erwachsenen die Häufigkeit von Konflikten und Eindämmungs- bzw. Zwangsmaßnahmen im Vergleich zu üblicher Versorgung?

Ergebnisse

Studien

Unsere umfassende systematische Literaturrecherche ergab insgesamt fünf Studien, die sich für diesen Rapid Review verwenden ließen. In vier Studien wurde der Großteil der zehn Komponenten des Safewards-Modells an verschiedenen Stationen implementiert. Die Untersuchungen fanden größtenteils in Europa (Dänemark, Großbritannien und Polen) sowie zwei in Australien statt. Die Studiendauer betrug zwölf Wochen bis ein Jahr.

Resultate

Eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie zeigte, dass die Implementierung des Safewards-Modells zu einer Reduktion von **Konflikt- und Eindämmungsereignissen** führte. Nach Einführung der Maßnahme wurden 15,0 Prozent weniger Konfliktvorfälle (95% KI [Konfidenzintervall]: 5,6–23,7) und in Dienstschichten mit Eindämmungsvorfällen eine Reduktion der Rate an Eindämmungsmaßnahmen um 26,4 Prozent (95% KI: 9,9–34,3) im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt (1). Auch eine Vorher-Nachher-Studie zeigte nach Einführung von Safewards eine Verringerung von Konfliktvorfällen und durchgeführten Eindämmungsmaßnahmen (2). Unser Vertrauen in das Ergebnis ist niedrig.

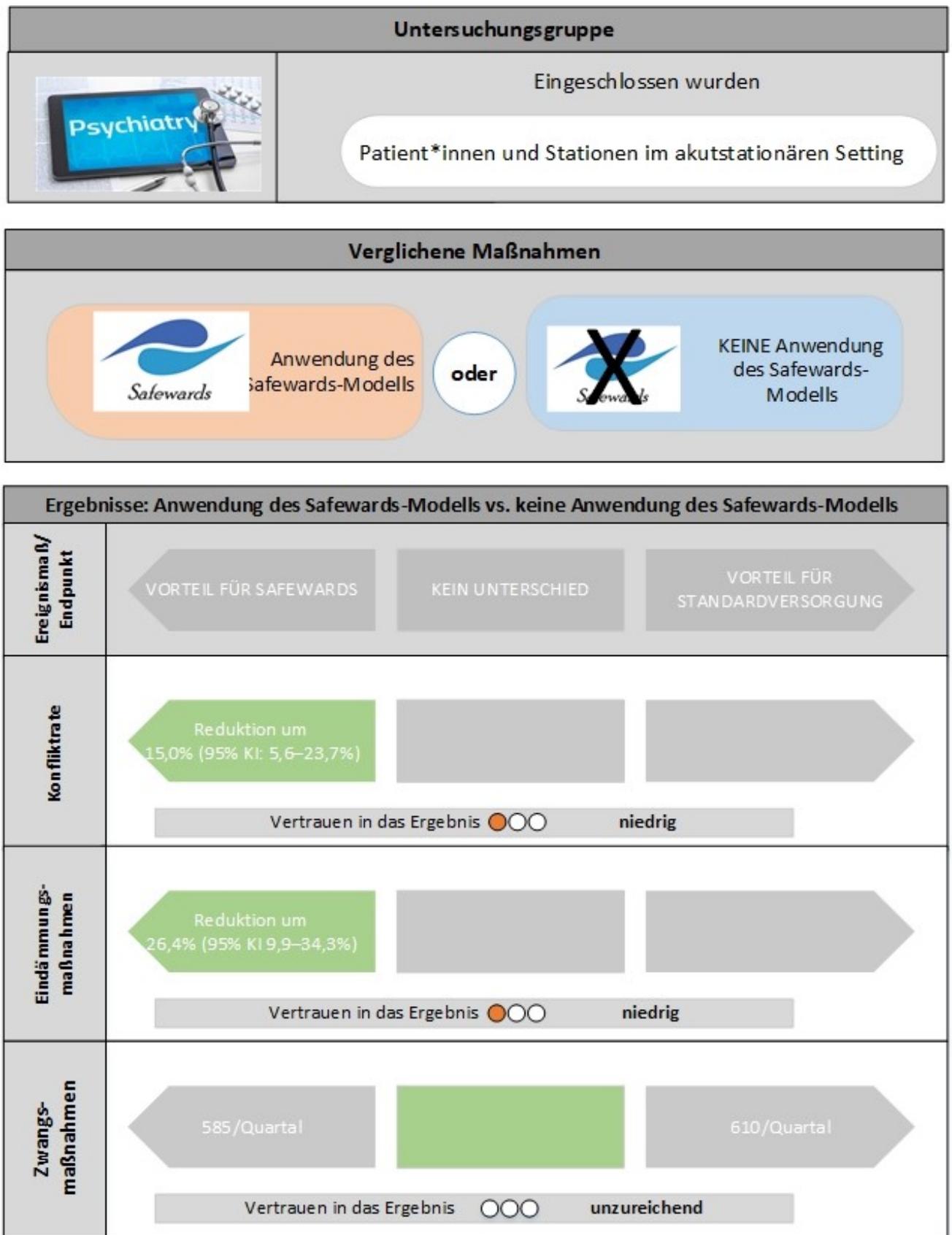
Die Häufigkeit von **Zwangsmaßnahmen** reduzierte sich nach Einführung von Safewards laut einer Vorher-Nachher-Studie von ursprünglich 610 auf 585 pro Quartal und zeigte auch eine Verringerung der Anzahl **mechanischer Zwangsmaßnahmen** von 153,9 Fällen (25,2 Prozent) vor der Einführung auf 108,2 Fälle (18,2 Prozent) pro Quartal nach der Implementierung. In Bezug auf **beruhigende Zwangsmedikationen** ließ sich eine Erhöhung feststellen; die Rate lag vor der Implementierung bei 198,8 (32,6 Prozent) und danach bei 231,8 (39,7 Prozent) pro Quartal (3). Unser Vertrauen in das Ergebnis ist aufgrund des angewendeten Studiendesigns und des hohen Bias-Risikos unzureichend.

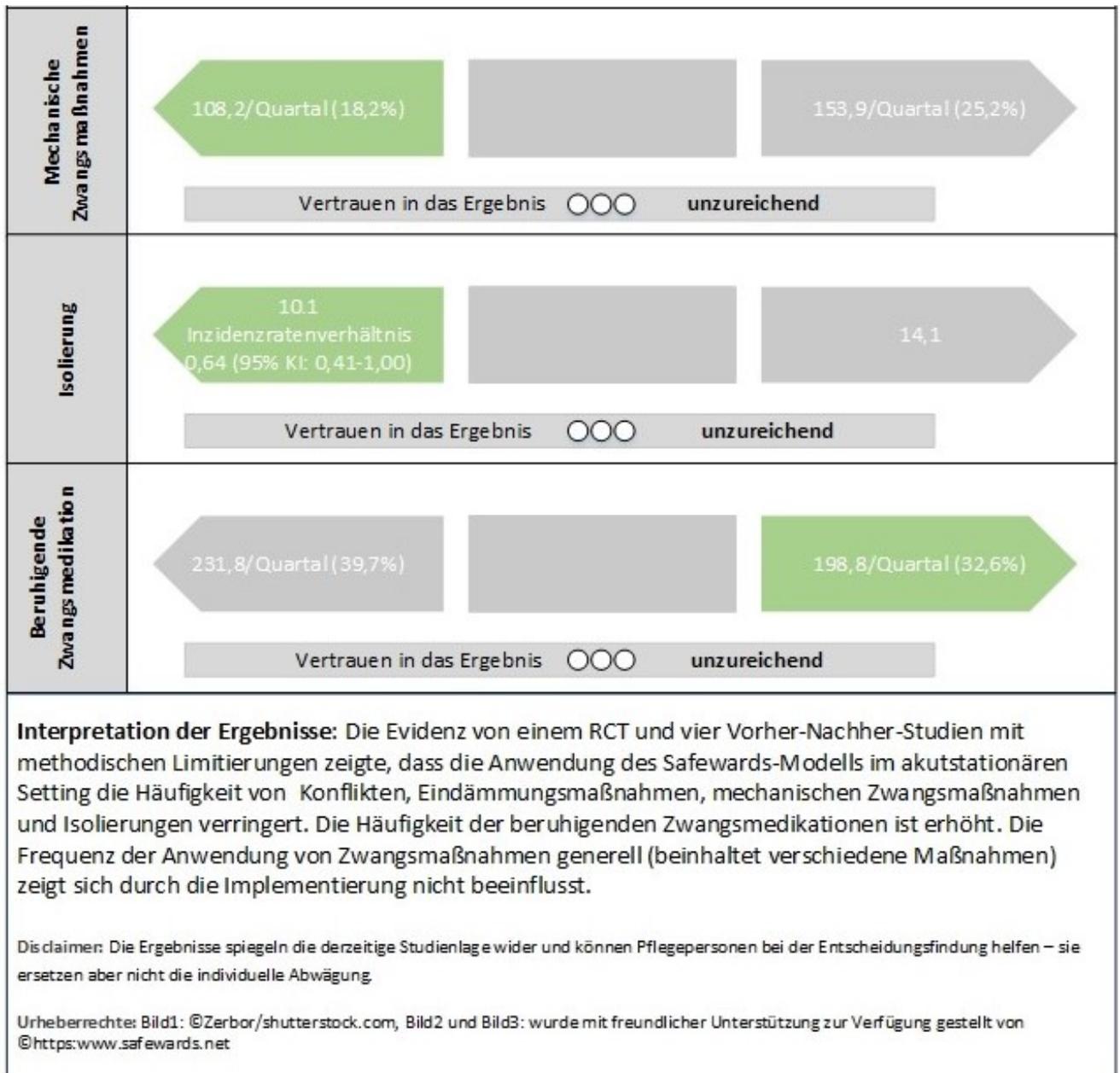
Isolationsmaßnahmen wurden in einer Untersuchung (4) analysiert. Sie zeigte, dass sich deren Rate nach zwölf Wochen nicht verringerte. Nach einem Jahr reduzierte sie sich jedoch auf den Stationen mit Safewards um 36 Prozent (Isolationsinzidenz-Ratenverhältnis 0,64, 95% KI: 0,41–1,00). Die Häufigkeit an Isolationsmaßnahmen pro 1000 belegte Betten lag vor Untersuchungsbeginn bei 14,1 und nach einem Jahr bei 10,1. Unser Vertrauen in das Ergebnis ist aufgrund von Limitationen des Studiendesigns und des unklaren Risikos für Bias unzureichend.

Fazit:

Insgesamt ist unser Vertrauen in die vorliegende Evidenz unzureichend oder zu niedrig, um klare und eindeutige Effekte ableiten zu können. Allerdings deuten Studien darauf hin, dass sich nach der Implementierung von Safewards die Häufigkeit von Konflikten sowie Eindämmungsmaßnahmen verringern kann. Eine generelle Reduktion der Anwendung von Zwangsmaßnahmen lässt sich nach der Implementierung des Safewards-Modells nicht erkennen.

Abbildung 1: Ergebnisse im Überblick





Einleitung

Patient*innen im psychiatrischen Setting können gefährliche Verhaltensweisen entwickeln, die mitunter schwer zu handhaben sind und schwerwiegende Folgen für Patient*innen und medizinisches Personal haben können. Die Reaktionen des Personals auf derartige Situationen variieren und reichen von präventiven über ausgleichenden Maßnahmen bis hin zur Beendigung der Situationen, z. B. durch manuelle Fixierung, Isolation oder Zwangsmedikation. Obwohl das Ziel darin besteht, die Sicherheit von Patient*innen und Personal zu gewährleisten, werden Restriktions- und Zwangsmaßnahmen durchgeführt, die mit verschiedenen negativen Auswirkungen in Verbindung gebracht werden (5). Eine Möglichkeit, derartigem Verhalten entgegenzutreten, stellt das Safewards-Modell dar. Es ist definiert als „eine Verhaltensintervention, die darauf abzielt, die Häufigkeit von Konflikten zu reduzieren und Eindämmungsmaßnahmen im akuten psychiatrischen Umfeld zu verringern“ (6). Das Safewards-Modell umfasst zehn Präventions- und Interventionsstrategien: Klärung gegenseitiger Erwartungen, verständnisvolle Kommunikation, deeskalierende Gesprächsführung, positive Kommunikation, unterstützende Kommunikation, gegenseitiges Kennenlernen, gemeinsame Unterstützungskonferenzen, Methoden zur Beruhigung, Sicherheit bieten und Entlassungsnachrichten (6, 7). Hauptziel dieser Interventionen ist das frühzeitige Erkennen potentieller Konfliktsituationen um diese zu vermeiden bzw. darauf mit zielgerichteter sprachlicher und nonverbaler Kommunikation zu reagieren (6). Die aktuelle S3-Leitlinie zur „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ hält zum Safewards-Modell fest, dass bisher keine ausreichende Evidenz hinsichtlich seiner Wirksamkeit zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen vorliegt (8).

„Konflikt“ ist in diesem Rapid Review definiert als alle Arten von Patient*innenverhalten, das deren eigene Sicherheit oder die anderer gefährdet (7). Unter Eindämmungs- bzw. Zwangsmaßnahmen werden hier Maßnahmen von Mitarbeiter*innen verstanden, um Konflikten vorzubeugen oder deren negativen Folgen einzudämmen, z. B. durch Bedarfsmedikation, Zwangsmedikation, Isolation, Fixation oder spezielle Überwachung (7). In Publikationen zum Safewards-Modell wird generell nur zwischen Konflikten (conflicts) und Eindämmung (containment) unterschieden (9). Entsprechend den vorliegenden Studien berichtet dieser Rapid Review separat auch über folgende Zwangsmaßnahmen (coercive measures): mechanische Zwangsmaßnahmen (mechanical restraint), Isolationsmaßnahmen (seclusion) und beruhigende Zwangsmedikationen (forced sedation).

Im vorliegenden Rapid Review wird untersucht, ob die Anwendung des Safewards-Modells im akuten psychiatrischen Setting die Häufigkeit von Konflikten und Eindämmungs- bzw. Zwangsmaßnahmen bei Erwachsenen reduziert.

Methoden

Um relevante Publikationen zu finden, führte eine Informationsspezialistin eine systematische Literaturrecherche in den vier nachstehenden Datenbanken durch:

- Ovid MEDLINE® (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)
- Cochrane Library
- CINAHL EBSCO (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)
- PsycInfo EBSCO

Die verwendeten Suchbegriffe leiteten sich vom MeSH-System (Medical Subject Headings System) der National Library of Medicine ab. Ergänzend wurde auch eine Pubmed-Similar-Articles-Suche durchgeführt sowie zusätzlich mittels Freitexts gesucht. Der vorliegende Rapid Review berücksichtigt alle Studien zur gegenständlichen Frage, die durch die Literatursuche bis zum 10. September 2020 zu identifizieren waren. Die Ergebnisse der Recherche stellt Abbildung 2 grafisch dar. Das detaillierte methodische Vorgehen ist im Methodenhandbuch auf unserer Webseite unter https://ebninfo.at/wp-content/uploads/IZP_Methoden_Manual.pdf beschrieben.

Ein- und Ausschlusskriterien

Folgende Kriterien wurden im Vorfeld der Literaturrecherche definiert und für die Auswahl der relevanten Studien herangezogen:

	Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium
Population	erwachsene Patient*innen ≥18 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder • Menschen mit besonderen Bedürfnissen
Intervention	Safewards-Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • andere Maßnahmen zur Reduktion von Konflikten oder Eindämmungs- und Zwangsmaßnahmen • Training zu Deeskalationsmanagement
Kontrollintervention	<ul style="list-style-type: none"> • Standardversorgung • andere Maßnahmen zur Reduktion von Konflikten oder Eindämmungs- und Zwangsmaßnahmen • Training zu Deeskalationsmanagement 	---
Endpunkt	<ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeit von Konflikten • Häufigkeit von Eindämmungsmaßnahmen • Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen 	andere Endpunkte
Setting	akutstationäres psychiatrisches Setting	ambulantes Setting, Langzeitpflege
Studiendesign	systematische Übersichtsarbeiten, randomisierte und nicht randomisierte kontrollierte Studien, prospektive und retrospektive kontrollierte Kohortenstudien	qualitative Studiendesigns, Fallkontrollstudien, Querschnittstudien, Fallserien
Publikationszeitraum	keine Einschränkungen	---
Sprache	Deutsch und Englisch	andere Sprachen

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

Resultate

Studien

Im Rahmen unserer umfassenden systematischen Literaturrecherche ließen sich nach Entfernung der Duplikate insgesamt 629 Publikationen identifizieren. Davon wurden 19 im Volltext beschafft und auf ihre Eignung für die Beantwortung der vorliegenden Fragestellung beurteilt. Letztlich konnten fünf Studien eingeschlossen werden. Dabei handelte es sich um eine (1) cluster-randomisierte kontrollierte-Studie (cRCT) und vier Vorher-Nachher-Studien (2-4, 10).

In vier Studien wurde der Großteil (≥ 8) der zehn Komponenten des Safewards-Modells an verschiedenen Stationen implementiert, in einer Studie wurden drei Komponenten implementiert (10). Die Studien schlossen generell (akut-)psychiatrische Stationen ein, wobei zwei Studien keine Angaben zum ein- oder ausgeschlossenen Stationstyp enthielten (2, 10). Die Anzahl der inkludierten Stationen pro Studie lag zwischen einer und 44, im Durchschnitt waren es 22 Stationen. Die Untersuchungen fanden größtenteils in Europa (Dänemark, Großbritannien und Polen) sowie zwei in Australien statt. In allen fünf Studien wurde das Modell an Stationen für die Versorgung erwachsener Patient*innen implementiert, wobei eine Untersuchung auch Jugendliche inkludierte, ohne hierzu konkrete Altersangaben zu machen (4). Die Studien dauerten zwölf Wochen bis ein Jahr. Eine Studie machte keine konkreten Angaben zur Dauer (3). Detaillierte Informationen zu den einzelnen Studien sind in Tabelle 3 dargestellt.

Zwei Studien hatten die Häufigkeit von Konflikten als Endpunkt (1, 2) und alle fünf Untersuchungen jene von Eindämmungs- bzw. Zwangsmaßnahmen (1-4, 10). Vier Studien wurden mit hohem (1-3, 10) und eine mit unklarem Bias-Risiko (4) eingestuft. Zur Einschätzung des Bias-Risikos verwendeten wir für den cRCT das „Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials“ (RoB 2) (11) und für die anderen Studien das „risk of bias tool to assess non-randomized studies of interventions“ (ROBINS-I) (12).

Konflikte und Eindämmungsereignisse

Zwei Studien untersuchten den Einfluss von Safewards auf die Anzahl an Konflikten und Eindämmungsereignissen.

In einem Cluster-RCT (1) stand die Wirksamkeit des Safewards-Modells nach dreimonatiger Implementierung an 31 vorwiegend akut-psychiatrischen Stationen in Großbritannien mit durchschnittlich 19 Betten in Bezug auf Konflikte und Eindämmungsmaßnahmen im Fokus. Zu Untersuchungsbeginn ließen sich in der Versuchsgruppe und in der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede zwischen den Stationen in Bezug auf Stationstyp, Geschlecht, Alter oder Herkunft des Personals beobachtet. Auf den 16 Stationen der Interventionsgruppe wurden alle zehn Interventionen des Modells implementiert, die 15 Stationen der Kontrollgruppe erhielten ein Angebot zur Förderung der körperlichen Ge-

sundheit der Mitarbeiter*innen. Die Häufigkeit von Ereignissen wurde mittels der als valide und reliabel beschriebenen Patient-Staff Conflict Checklist (PCC) am Ende jeder der drei Dienstschichten pro Tag dokumentiert; der Wert bezieht sich auf die Anzahl der Vorfälle pro Dienstschicht. Die Rücklaufquote der PCC-Formulare betrug weniger als 50 Prozent; sie war in Interventions- und Kontrollgruppe ähnlich verteilt.

Eine australische Studie (2) mit einem Vorher-Nachher-Design analysierte zwischen 2019 und 2020, wie sich die Implementierung des Safewards-Modells auf Konflikt- und Eindämmungsereignisse an acht von elf möglichen Stationen im Großraum Sydney mit insgesamt 142 Betten nach 24 Wochen auswirkte. Diese 24 Wochen teilen sich auf in eine vierwöchige Vorbereitung, die 16-wöchige Implementierung und eine vierwöchige Ergebnisphase; alle Stationen erhielten in diesem Zeitraum das gleiche Maß an Unterstützung. Fünf Stationen implementierten dabei alle zehn Interventionen des Modells, zwei Stationen verwirklichten neun und eine Station acht Maßnahmen. Die Häufigkeit von Konfliktereignissen wurde den Dienstberichten entnommen und mittels der Patient-Staff Conflict Checklist (PCC-SR) dokumentiert. Die Rücklaufquote der Formulare von den Stationen betrug insgesamt 63,2 Prozent, war aber auf den verschiedenen Stationen je nach Dienstschicht und je nach Phase der Studie (Implementierungs- oder Erhebungsphase) teilweise signifikant unterschiedlich. Das Bias-Risiko wird aufgrund der hohen Anzahl an fehlenden Daten sowie der ungleichen Verteilung der Daten in den verschiedenen Gruppen als hoch eingeschätzt.

Zwangmaßnahmen

Die Häufigkeit der angewandten Zwangsmaßnahmen – im Speziellen mechanischer Zwangsmaßnahmen sowie beruhigender Zwangsmedikation – wurde in einer Studie mit einem Vorher-Nachher-Studiendesign mit unterbrochenen Zeitreihenanalyse (3) nach Implementierung aller zehn Interventionen untersucht. Eingeschlossen waren 26 Stationen für psychiatrisch erkrankte Erwachsene in Dänemark zwischen 2012 und 2017. Das Safewards-Modell wurde in Süddänemark kontinuierlich seit 2015 implementiert. Da die Implementierung zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfand, wurde ein Datum als Grenze für den Zeitraum vor und nach der Implementierung festgesetzt (Zeitpunkt, an dem 63 Prozent der Stationen mit der Implementierung begonnen haben). Die Vergleichsdaten für die Anzahl der Zwangsmaßnahmen wurden rückwirkend in einem staatlichen Verzeichnis erhoben. Diese Studie enthält keine Angaben darüber, inwieweit das Safewards-Modell während der Studie auf den jeweiligen Stationen tatsächlich umgesetzt wurde.

Auch in Polen ging eine Vorher-Nachher-Studie der Dauer und Häufigkeit von mechanischen Zwangsmaßnahmen zwischen 2017 und 2019 nach (10). Hierbei wurden drei Safewards-Interventionen (Klärung gegenseitiger Erwartungen, positive Kommunikation und Sicherheit bieten) über acht Monate bei 450 männlichen Patienten (freiwillige und Zwangsaufnahme) implementiert. Die Daten nach Einführung von Safewards wurden mit jenen des gleichen Zeitraums aus dem Vorjahr – vor Implementierung

der drei Interventionen – verglichen. Die Untersuchung fand an einer Station mit 50 Betten statt. Die Daten wurden mithilfe eines Dokuments (Coercive Measure Card) erhoben, das in der Studie nicht näher beschrieben ist.

In Australien wurde zwischen 2015 und 2016 mittels einer Vorher-Nachher-Studie mit Vergleichsgruppe die Anzahl der Isolierungen von Patient*innen nach Implementierung des Safewards-Modells (zehn Interventionen) untersucht (4). Eingeschlossen wurden 44 Stationen, wobei 13 Stationen das Safeward-Modell implementierten und 31 als Kontrollgruppe (ohne Safewards-Interventionen) fungierten. Neben Erwachsenen waren an den Stationen auch Jugendliche (ohne konkrete Altersangaben) stationär aufgenommen. Die Vergleichsdaten zur Häufigkeit von Isolationsmaßnahmen wurden über 15 Monate (ab drei Monaten vor Studienbeginn bis zwölf Monate danach) einem nationalen Register entnommen. Zwei Mal erfolgte eine Erhebung der Daten zur Häufigkeit von Isolationsmaßnahmen während der Untersuchung (nach zwölf Wochen und nach einem Jahr). Das Bias-Risiko wird aufgrund der großen Wahrscheinlichkeit anderer beeinflussender Faktoren als unklar eingeschätzt.

Ergebnisse

Die für die Beantwortung der Fragestellung relevanten Endpunkte sind Häufigkeit von Konflikten, Eindämmungs- und Zwangsmaßnahmen. Bei Letzteren wird unterteilt in eine allgemeine Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen, mechanische Zwangsmaßnahmen, Isolation und beruhigende Zwangsmedikation.

1. Häufigkeit von Konflikten

Zwei Studien (1, 2) untersuchten die Anzahl an Konflikten nach Implementierung des Safewards-Modells. Beide zeigen in der Folge eine Reduktion der Konfliktereignisse.

Im cRCT (1) reduzierte sich nach maximal drei Monaten in der Interventionsgruppe die Rate der Konfliktereignisse in Dienstsichten mit Konfliktvorfällen um 15 Prozent (95% KI: 5,6–23,7) im Vergleich zur Kontrollgruppe. In der Studie mit dem Vorher-Nachher-Design (2) ergab sich ein Rückgang der mittleren Inzidenz der Konflikte pro Dienstsicht um 23 Prozent, verglichen mit der Zeit vor der Implementierung, und reduzierte sich von 4,0 Prozent (SD: $\pm 6,3$) auf 2,9 Prozent (SD: $\pm 4,2$). Das Einflussfaktoren berücksichtigende Ratenverhältnis (adjusted rate ratio) liegt bei 0,8 (95% KI: 0,7–0,9).

Insgesamt ist unser Vertrauen in das Ergebnis aufgrund des hohen Bias-Risikos und der großen Anzahl an fehlenden Daten (>36%) in der cRCT niedrig.

2. Eindämmungsmaßnahmen

Ein cRCT (1) und eine Vorher-Nachher-Studie (2) untersuchten die Häufigkeit von Eindämmungsmaßnahmen. Beide Studien zeigen eine Reduktion der Eindämmungsereignisse nach Implementierung des Safewards-Modells.

Im cRCT (1) ging nach maximal drei Monaten in der Interventionsgruppe die Rate der Eindämmungsmaßnahmen in Dienstschichten mit Eindämmungsvorfällen im Vergleich zur Kontrollgruppe um 26,4 Prozent (95% KI: 9,9–34,3) zurück.

Die Studie (2) mit Vorher-Nachher-Design ergab einen Rückgang der mittleren Inzidenz von Ereignissen mit Eindämmungsmaßnahmen pro Dienstschicht um 12 Prozent im Vergleich zu der Zeit vor der Implementierung, und zwar von 6,8 Prozent (SD: $\pm 5,8$) auf 5,8 Prozent (SD: $\pm 4,6$). Das Einflussfaktoren berücksichtigende Ratenverhältnis (adjusted rate ratio) liegt bei 0,88 (95% KI: 0,82–0,94).

Unser Vertrauen in das Ergebnis ist aufgrund des Bias-Risikos und der hohen Anzahl fehlender Daten niedrig.

3. Zwangsmaßnahmen

Zur Häufigkeit von angewendeten Zwangsmaßnahmen generell mit mehreren einzelnen Maßnahmen ließ sich eine Studie (3), zu Isolation (4) sowie beruhigender Zwangsmedikation (3) ebenfalls jeweils eine Studie eruieren, zu mechanischen Zwangsmaßnahmen konnten zwei Studien (3, 10) gefunden werden.

Eine Studie zeigte (3), dass sich die Häufigkeit von eingeleiteten **Zwangsmaßnahmen generell** (beinhalten verschiedene Maßnahmen) nach Einführung von Safewards nicht statistisch signifikant veränderte. Vor der Implementierung waren es 610 pro Quartal und danach 586. Unser Vertrauen in das Ergebnis ist aufgrund der Limitationen des Studiendesigns und des zusätzlich hohen Risikos für Bias unzureichend.

Die Suche zur Häufigkeit von **mechanischen Zwangsmaßnahmen** nach Implementierung des Safewards-Modells ergab zwei Studien, die beide ein Vorher-Nachher-Design verwendeten. Sie zeigten eine Reduktion mechanischer Zwangsmaßnahmen nach Implementierung des Safewards-Modells. Laut einer Untersuchung (3) war bezüglich der Häufigkeit von mechanischen Zwangsmaßnahmen eine statistisch signifikante Reduktion um 28 Prozent zu beobachten: von 153,9 pro Quartal (25,2%) vor der Implementierung auf 108,2 (18,2%) danach. Unser Vertrauen in das Ergebnis ist aufgrund der Limitationen des Studiendesigns und des hohen Bias-Risikos unzureichend.

In einer anderen Studie (10) zeigte sich, dass die Gesamtzahl der mechanischen Zwangsmaßnahmen vor der Implementierung von Safewards bei 173 lag und sich danach auf 119 verringerte (Reduzierung um 31%); der Mittelwert der Patient*innen mit Zwangsmaßnahmen pro Monat sank von 21,6 auf 14,9 und die Anzahl mechanischer Zwangsmaßnahmen pro Tag von 1,8 (SD: $\pm 1,2$) auf 1,5 (SD: $\pm 1,2$). Die Anzahl der Patient*innen mit mechanischen Zwangsmaßnahmen pro 1000 Patiententage reduzierte sich von 0,7 auf 0,5. Bezüglich der mittleren Dauer der Zwangsmaßnahmen zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede vor und nach der Implementierung (Range gesamt: 2,6–3,3 Tage). Unser Vertrauen in das Ergebnis ist aufgrund des angewendeten Studiendesigns, des hohen Bias-Risikos und der verringerten Anzahl an angewendeten Interventionen (Indirektheit) unzureichend.

Die Häufigkeit von **Isolationsmaßnahmen** wurde in einer Studie untersucht (4). Diese zeigte, dass sich die Rate der Isolationsmaßnahmen auf den Stationen mit Safewards nach zwölf Wochen nicht verringerte, bei der Follow-up-Analyse nach einem Jahr auf diesen Stationen im Vergleich zum Untersuchungsbeginn jedoch um 36 Prozent reduziert war (Isolationsinzidenz-Ratenverhältnis: 0,6; 95% KI: 0,4–1,0). In der Kontrollgruppe ergaben sich über den gesamten Untersuchungszeitraum keine statistisch signifikanten Veränderungen in der Rate der Isolationsmaßnahmen (Isolationsinzidenz-Ratenverhältnis: 1,4; 95% KI: 0,9–2,1). Die Häufigkeit der Isolationsmaßnahmen pro 1000 belegte Betten lag vor Untersuchungsbeginn bei 14,1, nach zwölf Wochen bei 15,8 und nach einem Jahr bei 10,1. Die Häufigkeit der Isolationsmaßnahmen pro 1000 belegte Betten betrug an den Vergleichsstationen ohne Safewards zu Beginn 14,1, nach zwölf Wochen 15,9 und nach einem Jahr 21,9. Unser Vertrauen in das Ergebnis ist aufgrund der Limitationen des Studiendesigns und des unklaren Risikos für Bias unzureichend.

Ein statistisch signifikanter Anstieg der Anzahl eingeleiteter **beruhigender Zwangsmedikationen** konnte in einer Studie gezeigt werden. Die Häufigkeit lag hier vor der Implementierung bei 198,8 (32,6%) und danach bei 231,8 (39,7%) pro Quartal (3). Unser Vertrauen in das Ergebnis ist aufgrund des angewendeten Studiendesigns und des hohen Bias-Risikos unzureichend.

Studien	Bias	Effekte	Vertrauen in das Ergebnis	Kommentar
Konflikte				
1 cRCT (1)	hoch	Reduktion der Rate an Konfliktereignissen in Dienstschichten mit Konfliktvorfällen um 15,0% (95% KI: 5,6–23,7) im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Safewards	 1, 2	Zusätzlich eine BAS (2) mit sehr hohem Bias-Risiko
Eindämmungsmaßnahmen				
1 cRCT (1)	hoch	Reduktion der Rate an Eindämmungsmaßnahmen in Dienstschichten mit Eindämmungsvorfällen um 26,4 Prozent (95% KI: 9,9–34,3) im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Safewards	 1, 2	Zusätzlich eine BAS (2) mit sehr hohem Bias-Risiko
Zwangmaßnahmen generell (umfasst mehrere Maßnahmen)				
1 BAS (3)	hoch	Anzahl vor der Implementierung von Safewards: 610,1 und nach Implementierung 584,7 pro Quartal	 1, 3	
mechanische Zwangsmaßnahmen				
1 BAS (3)	hoch	Häufigkeit von mechanischen Zwangsmaßnahmen pro Quartal reduziert von 153,9 (25,2%) auf 108,2 (18,2%) nach der Implementierung ^Δ	 1, 3	
1 BAS (10)	hoch	<ul style="list-style-type: none"> durchschnittliche Anzahl mechanischer Zwangsmaßnahmen / Tag: vorher 1,8, nachher 1,5^Δ Gesamtzahl der mechanischen Zwangsmaßnahmen nach Implementierung um 31% reduziert Mittelwert der Patient*innen mit Zwangsmaßnahmen pro Monat von 21,6 verringert auf 14,9^Δ nach Implementierung von Safewards Verringerung der mit mechanischen Zwangsmaßnahmen behandelten Patient*innen / 1000 Patiententage von 0,7 auf 0,5^Δ nach Implementierung von Safewards keine statistisch signifikanten Unterschiede bei der mittleren Dauer der Zwangsmaßnahmen (Range gesamt 2,6–3,3 Tage) 	 1, 3, 5	
Isolation				
1 BAS (4)	unklar	<ul style="list-style-type: none"> Stationen mit Safewards: Rate an Isolation vor Implementierung 14,1 und ein Jahr danach 10,1 Rate an Isolationsmaßnahmen nach zwölf Wochen nicht verringert Rate an Isolationsmaßnahmen nach einem Jahr um 36% verringert auf den Stationen mit Safewards; Isolationsinzidenz-Ratenverhältnis: 0,6; 95% KI: 0,4–1,0^Δ 	 3, 4	
beruhigende Zwangsmedikation				
1 BAS (3)	hoch	Häufigkeit von beruhigender Zwangsmedikation pro Quartal von 198,8 (32,6%) erhöht auf 231,8 (39,7%) nach der Implementierung ^Δ	 1, 3	

Tabelle 2: Safewards-Modell als Maßnahmenpaket zur Reduktion von Konflikten, Eindämmungs- und Zwangsmaßnahmen

Abkürzungen: cRCT – cluster-randomisierte kontrollierte Studie; BAS – Vorher-Nachher-Studie; ^Δ statistisch signifikant

Punkteabzug wegen: ¹ hohen Bias-Risikos (-1 Punkt), ² hoher Anzahl an fehlenden Daten (-1 Punkt), ³ Studiendesign (-2 Punkte); ⁴ unklaren Bias-Risikos (-1 Punkt), ⁵ Indirektheit (-1 Punkt)

Anhang

Abkürzungen

*	Ergebnis ist statistisch signifikant
BAS	Vorher-Nachher-Studie
cRCT	cluster-randomisierte kontrollierte Studie
GB	Großbritannien
DK	Dänemark
KI	Konfidenzintervall
MeSH	Medical Subject Headings System
n	Stichprobe / Anzahl
P	P-Wert
PL	Polen
RCT	randomisierte kontrollierte Studie
RR	Relatives Risiko
SD	Standardabweichung
vs.	versus
	Hoch: Das Vertrauen in das Ergebnis ist hoch. Es ist unwahrscheinlich, dass neue Studien die Einschätzung des Behandlungseffektes/der Intervention verändern werden.
	Moderat: Das Vertrauen in das Ergebnis ist moderat. Neue Studien werden möglicherweise aber einen wichtigen Einfluss auf die Einschätzung des Behandlungseffektes/der Intervention haben.
	Niedrig: Das Vertrauen in das Ergebnis ist niedrig. Neue Studien werden mit Sicherheit einen wichtigen Einfluss auf die Einschätzung des Behandlungseffektes/der Intervention haben.
	Unzureichend: Das Vertrauen in das Ergebnis ist unzureichend oder fehlend, um die Wirksamkeit und Sicherheit der Behandlung/der Intervention einschätzen zu können

Suchstrategien

Ovid Medline, 10.09.2020

#	Searches	Results
1	safeward?.af.	28
2	safe ward?.af.	3
3	Psychiatric Department, Hospital/	6759
4	Hospitals, Psychiatric/	25230
5	((psychiatr* or mental health) adj (unit? or ward? or inpatient? or in-patient? or hospital? or department?)).ti,ab,kf.	22361
6	3 or 4 or 5	44754
7	((reduc* or prevent* or eliminat* or limit*) adj4 (conflict? or containment or restrictive or coercive or restrain* or seclusion)).af.	6292
8	6 and 7	315
9	1 or 2 or 8	329
10	limit 9 to "humans only (removes records about animals)"	329
11	(english or german).lg.	27668285
12	10 and 11	320
13	Systematic Review.pt.	134410
14	review.pt.	2691721
15	(medline or medlars or embase or pubmed or cochrane or (scisearch or psychinfo or psycinfo) or (psychlit or psyclit) or cinahl or ((hand adj2 search\$) or (manual\$ adj2 search\$)) or (electronic database\$ or bibliographic database\$ or computerized database\$ or online database\$) or (pooling or pooled or mantel haenszel) or (peto or dersimonian or der simonian or fixed effect)).tw,sh. or (retraction of publication or retracted publication).pt.	359548
16	14 and 15	161010
17	meta-analysis.pt. or meta-analysis.sh. or (meta-analys\$ or meta analys\$ or metaanalys\$).tw,sh. or (systematic\$ adj5 review\$).tw,sh. or (systematic\$ adj5 overview\$).tw,sh. or (quantitativ\$ adj5 review\$).tw,sh. or (quantitativ\$ adj5 overview\$).tw,sh. or (quantitativ\$ adj5 synthesis\$).tw,sh. or (methodologic\$ adj5 review\$).tw,sh. or (methodologic\$ adj5 overview\$).tw,sh. or (integrative research review\$ or research integration).tw.	332757
18	13 or 16 or 17	395061
19	12 and 18	18
20	randomized controlled trial.pt. or (random\$ or placebo\$ or single blind\$ or double blind\$ or triple blind\$).ti,ab. or (retraction of publication or retracted publication).pt.	1369091
21	(animals not humans).sh. or ((comment or editorial or meta-analysis or practice-guideline or review or letter) not randomized controlled trial).pt. or ((random sampl\$ or random digit\$ or random effect\$ or random survey or random regression).ti,ab. not randomized controlled trial.pt.)	9157006
22	20 not 21	1002390
23	12 and 22	18
24	case reports/ or (case? not control).ti,kf.	2570401
25	12 not 24	308
26	19 or 23 or 25	308

Cochrane Library, 10.09.2020

ID	Search	Hits
#1	safeward?	6
#2	safe-ward?	1
#3	[mh ^"Psychiatric Department, Hospital"]	99
#4	[mh ^"Hospitals, Psychiatric"]	241
#5	((psychiatr* or mental health) NEXT (unit? or ward? or inpatient? or in-patient? or hospital? or department?):ti,ab,kw	2756
#6	(10-#5)	2895
#7	((reduc* or prevent* or eliminat* or limit*) NEAR/4 (conflict? or containment or restrictive or coercive or restrain* or seclusion)):ti,ab,kw	663
#8	#6 and #7	19
#9	#1 or #2 or #8	23

CINAHL (Ebsco), 10.09.2020

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S1	safewards	Search modes - Boolean/Phrase	27
S2	safe-ward#	Search modes - Boolean/Phrase	5
S3	(MH "Hospitals, Psychiatric") OR (MH "Psychiatric Units") OR (MH "Psychiatric Patients")	Search modes - Boolean/Phrase	19,090
S4	((psychiatr* OR mental health) W0 (unit# OR ward# OR inpatient# OR in-patient# OR hospital# OR department#)) OR (TI (psychiatr* OR mental health))	Search modes - Boolean/Phrase	80,381
S5	S3 OR S4	Search modes - Boolean/Phrase	89,707
S6	((reduc* OR prevent* OR eliminat* OR limit*) N3 (conflict# OR containment OR restrictive OR coercive OR restrain* OR seclusion))	Search modes - Boolean/Phrase	2,681
S7	S5 AND S6	Search modes - Boolean/Phrase	332
S8	S1 OR S2 OR S7	Search modes - Boolean/Phrase	351
S9	(MH animals+ OR MH (animal studies) OR TI (animal model*)) NOT MH (human)	Search modes - Boolean/Phrase	184,999
S10	S8 NOT S9	Search modes - Boolean/Phrase	351

S11	S10	Limiters - Language: English, German	348
S12	(TI (systematic* N3 review*)) OR (AB (systematic* N3 review*)) OR (TI (systematic* N3 bibliographic*)) OR (AB (systematic* N3 bibliographic*)) OR (TI (systematic* N3 literature)) OR (AB (systematic* N3 literature)) OR (TI (comprehensive* N3 literature)) OR (AB (comprehensive* N3 literature)) OR (TI (comprehensive* N3 bibliographic*)) OR (AB (comprehensive* N3 bibliographic*)) OR (TI (integrative N3 review)) OR (AB (integrative N3 review)) OR (JN "Cochrane Database of Systematic Reviews") OR (TI (information N2 synthesis)) OR (TI (data N2 synthesis)) OR (AB (information N2 synthesis)) OR (AB (data N2 synthesis)) OR (TI (data N2 extract*)) OR (AB (data N2 extract*)) OR (TI (medline OR pubmed OR psyclit OR cinahl OR (psycinfo NOT"psycinfo database") OR "web of science" OR scopus OR embase)) OR (AB (medline OR pubmed OR psyclit OR cinahl OR (psycinfo NOT"psycinfo database") OR "web of science" OR scopus OR embase)) OR (MH "Systematic Review") OR (MH "Meta Analysis") OR (TI (meta-analy* OR metaanaly*)) OR (AB (meta-analy* OR metaanaly*))	Search modes - Boolean/Phrase	208,177
S13	S11 AND S12	Limiters - Language: English, German	35
S14	MH randomized controlled trials OR MH double-blind studies OR MH single-blind studies OR MH random assignment OR MH pre-test-posttest design OR MH cluster sample OR TI (randomised OR randomized) OR AB (random*) OR TI (trial) OR MH (sample size) AND AB (assigned OR allocated OR control) OR MH (placebos) OR PT (randomized controlled trial) OR AB (control W5 group) OR MH (crossover design) OR MH (comparative studies) OR AB (cluster W3 RCT)	Search modes - Boolean/Phrase	779,623
S15	S11 AND S14	Limiters - Language: English, German	58
S16	(MH "Case Studies") OR TI (case# NOT control) OR SU (case# NOT control)	Search modes - Boolean/Phrase	204,715
S17	S11 NOT S16	Limiters - Language: English, German	342
S18	S13 OR S15 OR S17	Search modes - Boolean/Phrase	342

PsycInfo (Ebsco), 10.09.2020

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S1	TX safeward# OR safe-ward#	Limiters - Language: English, German	22

Pubmed Similar Articles (based on the first 100 linked references for each article), 10.09.2020

Search number	Query	Re- sults
1		32363654
2	Similar Articles for PMID: 32363654	101
3		28960739
4	Similar Articles for PMID: 28960739	141
5		26166187
6	Similar Articles for PMID: 26166187	109
7	32363654 28960739 26166187 31178766 31354540 16608471 28960739 30433910 24548312 30236863 26166187 21813126 10577888 31354541 28960739 30433910 30236863 24460906 32691495 24726637 22227758 31412370 23370555 23370555 31354540 24548312 19176418 31354541 32691495 20082064 24548312 22016437 22788564 30067417 25069674 12861448 31808286 19857310 32691495 30217332 30010239 18979099 26166187 31178766 16918784 29323442 27763251 30433910 31592745 28866330 26489598 32009335 8408379 18844799 25320635 30067417 23875553 26913259 16608471 31808286 21532073 24460906 27087302 9144826 31808286 20650373 28866330 20650373 30236863 19306125 23771480 31088418 20370928 31412370 31354541 27901619 22988983 16965464 11143833 25524501 23771480 19689556 23941159 12887632 21774823 24292685 31286624 18486133 22227758 21749438 31298305 15715806 29666880 29100202 8829784 17445017 22458723 15534024 26195348 31871310 31752958 21848596 24274836 22581029 18978321 25346137 9564234 31178766 23653111 28323579 17214751 23768409 31111648 28682574 27497291 30120873 26892149 28721655 28375028 16737492 26734353 14630551 30067417 7353850 20370928 22017205 27445160 19835317 31354540 22762210 29331599 21733054 23771480 29527618 17339553 9816603 12060190 16965473 23219102 23682907 31412370 30223184 30675756 21532073 27122483 21749438 16164511 24460906 1813126 31206909 2307922 19883411 32124574 28077156 29149915 18087872 16816288 25457689 14630551 31036127 21978809 16524581 31088418 28000422 16816288 29488891 21144259 17064318 22016437 30328276 19134514 12609639 28960741 16639118 30675756 18245168 19892210 11642193 24268565 23627653 28096898 26014830 22074194 17393964 21532073 20370928 32265750 22011225 30675756 1956971 12861448 16965471 20201912 20550639 23819964 30704513 22457337 11012807 17040519 21532072 25872794 22227758 20349887 2544670 16629967 27788697 15534024 24778708 22079087 22609137 26665319 22113718 9144826 26199931 24029104 22632809 20082064 22951334 27516897 15029074 21261695 25375383 25622065 25022602 23305251 3744649 19125781 18057473 25466779 23949927 9826247 31349379 20595713 17954514 26897657 8829783 21532072 314487923 22121259 26813674 16689118 32363654 2524501 28797822 23647136 24690402 19558484 20144032 18208680 29039238 23771480 25157938 1817276 26934498 24661801 14630551 22211210 19338655 9461683 2570564 32363654 23941159 25589126 21774823 17544194 2908238 21189509 26178026 17445017 21740492 30392009 22085615 25840128 9410512 25327344 19077013 3988716 32048899 17825122 21733054 26881348 21653650 30058199 21774823 23916450 17445017 29666880 4497595 27714600 12693086 28681424 9086979 28960735 32048899 17214751 17145456 32265750 19033167 27860236 27787158 2624628 21985684 23556310	237
8	#7 NOT ("Animals"[Mesh] NOT "Humans"[Mesh])	237
9	#8 AND ("english"[Language] OR "german"[Language])	227
10	#9 AND systematic[sb]	1
11	#9 AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (random*[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]))	29
12	#9 NOT ("Case Reports" [Publication Type] OR (case*[ti] NOT control[ti]))	226
13	#10 OR #11 OR #12	226

PRISMA-Flussdiagramm

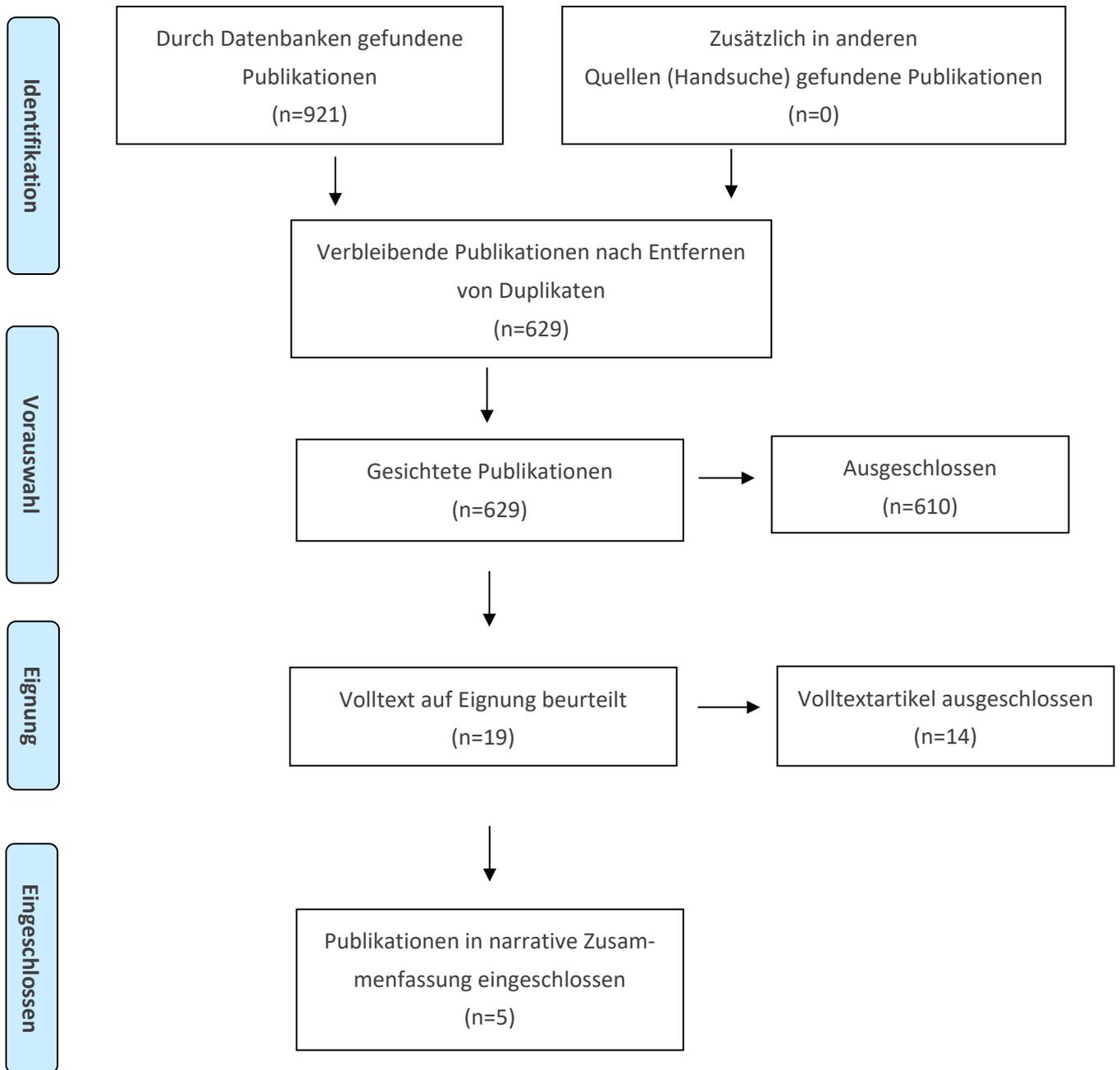


Abbildung 2: PRISMA-Flussdiagramm (13)

Autor	Methode / Setting	Ein- und Ausschlusskriterien	Intervention / Kontrollintervention / Behandlungsdauer	Endpunkt	Anmerkung
Bowers et al. (1)	<p>Studiendesign: cRCT</p> <p>Inkludiert und ausgewertet: 31 Stationen in 15 Krankenhäusern (16 Interventionsgruppe und 15 Kontrollgruppe)</p> <p><u>Land:</u> Großbritannien</p> <p><u>Setting:</u> stationäre psychiatrische Versorgung</p>	<p><u>Einschlusskriterien:</u> akutpsychiatrische Stationen für Erwachsene</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stationen mit Spezialaufgaben • bevorstehende große Veränderungen • oder Zutreffen von mindestens zwei der folgenden Kriterien: keine dauerhaft besetzte Stelle für Stationsleitung; ein vertretender Facharzt, der allein für die stationäre Versorgung verantwortlich ist; mehr als 30% freie Stellen beim Pflegepersonal <p><u>Durchschnittsalter:</u> Erwachsene (nicht näher berichtet)</p>	<p><u>Intervention:</u> Safewards (10 Interventionen)</p> <p><u>Kontrollintervention:</u> allgemeine Interventionen zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit des Personals</p> <p><u>Follow-up:</u> 16–24 Wochen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Konflikte • Eindämmungsmaßnahmen 	<p><u>Studiendauer:</u> 3 Monate</p> <p><u>Finanzierung:</u> National Institute of Health Research</p> <p><u>Rücklaufquote:</u> <50% (ähnlich verteilt in Interventions- und Kontrollgruppe)</p> <p><u>Ausmaß der Implementierung:</u> am Ende der Untersuchungsperiode 50% und beim abschließenden Audit 89% in der Interventionsgruppe (gemessen mit Fidelity Checklist)</p>
Fletcher et al. (4)	<p>Studiendesign: Vorher-Nachher-Studie mit Kontrollgruppe</p> <p>Inkludiert und ausgewertet: 44 Stationen (13 Interventionsgruppe und 31 Kontrollgruppe)</p> <p><u>Land:</u> Australien</p> <p><u>Setting:</u> stationäre psychiatrische Versorgung</p>	<p><u>Einschlusskriterien:</u> stationäre psychiatrische Versorgung</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> geriatrische Stationen und SECU (secure extended care units)</p> <p><u>Durchschnittsalter:</u> Erwachsene und Jugendliche</p>	<p>Intervention: Safewards (10 Interventionen)</p> <p>Kontrollintervention: keine Intervention</p> <p><u>Follow-up:</u> 12 Wochen und 1 Jahr</p>	Isolierungen	<p><u>Studiendauer:</u> 15 Monate</p> <p><u>Finanzierung:</u> Office of the Chief Mental Health Nurse, in the Department of Health and Human Services, Government of Victoria (Melbourne, Vic., Australia)</p> <p>Daten eines nationalen Registers</p>

					<p><u>Ausmaß der Implementierung</u> wurde mit der für diese Studie adaptierten „Fidelity checklist“ eingeschätzt (Range 0–100) und lag bei der Datenerhebung nach zwölf Monaten bei ≥ 90.</p>
Stensgaard et al. (3)	<p>Studiendesign: Vorher-Nachher-Studie / unterbrochene Zeitreihenanalyse</p> <p>Inkludiert und ausgewertet: 26 Stationen (12.660 Beobachtungen von Zwangsmaßnahmen)</p> <p><u>Land:</u> Dänemark</p> <p><u>Setting:</u> stationäre psychiatrische Versorgung</p>	<p><u>Einschlusskriterien:</u> nicht näher berichtet (alle psychiatrischen Stationen für Erwachsene in Süddänemark)</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> Kinderstationen, Stationen, die das Modell zum Zeitpunkt der Studie implementiert hatten</p> <p><u>Durchschnittsalter:</u> Erwachsene</p>	<p><u>Intervention:</u> Safewards (10 Interventionen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zwangsmaßnahmen • mechanische Zwangsmaßnahmen • beruhigende Zwangsmedikation 	<p><u>Studiendauer:</u> 2012–2017</p> <p><u>Finanzierung:</u> nicht angegeben</p> <p>retrospektive Daten eines nationalen Registers (The Register of Coercive Measures in Psychiatric Treatment)</p>
Dickens et al. (2)	<p>Studiendesign: Vorher-Nachher-Studie</p> <p>Inkludiert und ausgewertet: 8 Stationen (142 Betten)</p> <p><u>Land:</u> Australien</p> <p><u>Setting:</u> stationäre psychiatrische Gesundheitseinrichtungen</p>	<p><u>Einschlusskriterien:</u> nicht berichtet</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> nicht berichtet</p> <p><u>Durchschnittsalter:</u> Erwachsene</p>	<p><u>Intervention:</u> Safewards (8–10 verschiedene Interventionen)</p> <p><u>Kontrollintervention:</u> keine Intervention</p> <p><u>Dauer:</u> 24 Wochen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Konflikte • Eindämmungsmaßnahmen 	<p><u>Studiendauer:</u> 2019–2020</p> <p><u>Finanzierung:</u> unklar</p> <p>Fünf Stationen beschlossen, alle zehn Interventionen durchzuführen, zwei Stationen neun Interventionen und eine Station acht Interventionen.</p> <p><u>Rücklaufquote:</u> 63,2% (2124 v. 3360)</p>

					<u>Ausmaß der Implementierung</u> : bei abschließendem Audit der Stationen 73,7% (gemessen mit Fidelity Checklist)
Lickiewicz et al. (10)	<p>Studiendesign: Vorher-Nachher-Studie / unterbrochene Zeitreihenanalyse</p> <p>Anzahl der randomisierten Patient*innen: NA</p> <p>Anzahl der analysierten Patienten: 450 Männer</p> <p><u>Land</u>: Polen</p> <p><u>Setting</u>: eine Station in Psychiatrischem Krankenhaus (50 Betten)</p>	<p><u>Einschlusskriterien</u>: nicht berichtet</p> <p><u>Ausschlusskriterien</u>: nicht berichtet</p> <p><u>Durchschnittsalter</u>: Erwachsene</p> <p><u>Geschlecht</u>: nur Männer</p>	<p><u>Intervention</u>: Safewards (3 Interventionen)</p> <p><u>Kontrollintervention</u>: keine Intervention (gleicher Zeitrahmen des Vorjahres)</p> <p><u>Behandlungsdauer</u>: 8 Monaten</p>	mechanische Zwangsmaßnahmen	<p><u>Studiendauer</u>: 2017–2019</p> <p><u>Finanzierung</u>: Polish Ministry of Science and Higher Education</p> <p>drei subjektiv ausgewählte Interventionen (Kriterien: Häufigkeit und Anwendbarkeit)</p> <p>Patienten hatten vorrangig Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Schizophrenie oder affektive Störungen</p>

Tabelle 3: Übersicht über inkludierte Studien

Referenzen

1. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Sugar, Stewart D, et al. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(9):1412-22.
2. Dickens GL, Tabvuma T, Frost SA, Group SSS. Safewards: Changes in conflict, containment, and violence prevention climate during implementation. *Int J Ment Health Nurs.* 2020;20:20.
3. Stensgaard L, Andersen MK, Nordentoft M, Hjorthoj C. Implementation of the safewards model to reduce the use of coercive measures in adult psychiatric inpatient units: An interrupted time-series analysis. *J Psychiatr Res.* 2018;105:147-52.
4. Fletcher J, Spittal M, Brophy L, Tibble H, Kinner S, Elsom S, et al. Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *Int J Ment Health Nurs.* 2017;26(5):461-71.
5. Currier GW, Walsh P, Lawrence D. Physical restraints in the emergency department and attendance at subsequent outpatient psychiatric treatment. *Journal of Psychiatric Practice*®. 2011;17(6):387-93.
6. Bowers L, Alexander J, Bilgin H, Botha M, Dack C, James K, et al. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014;21(4):354-64.
7. Safewards. Safewards Interventionen 2021 [Available from: <https://www.safewards.net/de/table/deutsche/interventionen/>].
8. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Steinert T, Weissenau Z, Hirsch S. S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. 2018.
9. Bowers L. Safewards: ein neues Modell für Konflikte und deren Eindämmung auf psychiatrischen Stationen n. r. [Available from: https://www.aggressionsmanagement.ch/images/page_zeitungsartikel/Bowers%20et%20al_2014_Das%20Safewards%20Modell_deutsch.pdf].
10. Lickiewicz J, Adamczyk N, Hughes PP, Jagielski P, Stawarz B, Makara-Studzinska M. Reducing aggression in psychiatric wards using Safewards-A Polish study. *Perspect Psychiatr Care.* 2020;03:03.
11. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ (Clinical research ed).* 2019;l4898.
12. Sterne J, Hernan M, Reeves B, Savovic J, Berkman N, Jüni P, et al. Risk of bias in non-randomized studies of interventions (ROBINS-I): detailed guidance. *Br Med J.* 2016.
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine.* 2009;6(7):e1000097.

Ein Projekt von

Das Evidenzbasierte Informationszentrum für Pflegende ist ein Projekt von Cochrane Österreich am **Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation** der Donau-Universität Krems. Rapid Reviews für Pflegepersonen der NÖ Landes- und Universitätskliniken werden vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds finanziert.



Disclaimer

Dieses Dokument wurde vom Evidenzbasierten Informationszentrum für Pflegende des Departments für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation der Donau-Universität Krems – basierend auf der Anfrage einer Pflegeperson der NÖ Landes- und Universitätskliniken – verfasst.

Das Dokument spiegelt die Evidenzlage zu einem pflegerischen Thema zum Zeitpunkt der Literatursuche wider. Das Evidenzbasierte Informationszentrum übernimmt keine Verantwortung für individuelle Pflegemaßnahmen.