

Dr. Susanne Schoppmann, Joachim Balensiefen MSc. & PD Dr. Henning Hachtel

Zusammenfassung Modellversuch RE-FOR-MA

Die aus der Betroffenenbewegung heraus entstandene Recovery-Orientierung fokussiert nicht die medizinische Genesung, sondern richtet sich auf allgemein menschliche Bedürfnisse und Fähigkeiten, die trotz möglicherweise fortbestehender Erkrankung, ein zufriedenes und sinnerfülltes Leben ermöglichen sollen. Recovery beinhaltet zentrale Elemente wie Hoffnung, Identität, einen Sinn im Leben finden und die Fähigkeit, Verantwortung für die eigene, persönliche Recovery zu übernehmen.

Die Zielsetzung des Modellversuchs war es, den forensisch psychiatrischen Patient:innen neue Perspektiven zu eröffnen, ihre Zuversicht und Hoffnung auf ein sinnerfülltes Leben sollten ebenso wie die Verbesserung der Selbstwirksamkeit gesteigert und die Selbststigmatisierung reduziert werden. Damit war die Erwartung an eine Verbesserung der Legal-Prognose, des Therapieprozesses und bestimmten weiteren Faktoren verbunden.

Versuchs- und Evaluationskonzept

In einem 24 bzw. Corona-bedingt 30 Monate andauernden Modellversuch wurde die Recovery-Orientierung in zwei universitären Kliniken für forensische Psychiatrie (UPK F Basel & Zentrum für stationäre forensische Therapie, Rheinau) auf jeweils drei Abteilungen mittlerer Sicherheit eingeführt. Diese sechs Abteilungen gelten als Interventionsgruppe, die mit einer Kontrollgruppe bestehend aus zwei Abteilungen mittlerer Sicherheit der Klinik für forensische Psychiatrie der PDAG Königsfelden, verglichen wurde. Die Patient:innen der Kontrollgruppe wurden weiterhin auf die übliche Weise (treatment as usual) behandelt. Mitarbeitende und Patient:innen sowohl der Interventions- als auch der Kontrollgruppe waren in ihren Charakteristika vergleichbar.

Die Anlage des Modellversuchs

Der Modellversuch war in mehreren Phasen angelegt:

In der Initialisierungsphase erhielten die multidisziplinären Teams der beteiligten Interventionsabteilungen jeweils eine einführende Schulung zum Thema Recovery-Orientierung gemeinsam mit ihren Patient:innen, um den partizipativen Charakter des Modellversuchs von Beginn an deutlich zu machen.

In der Einführungsphase bildeten die beteiligten multidisziplinären Teams gemeinsam mit ihren Patient:innen kleinere Arbeitsgruppen, die von einer externen Prozessbegleitung moderiert, protokolliert und begleitet wurden. Die Arbeitsgruppen erarbeiteten jeweils zwei frei zu wählende recovery-orientierte Massnahmen, die auf der jeweiligen Station umgesetzt werden sollten.

In der Implementierungsphase wurden die Massnahmen umgesetzt und wo nötig adaptiert und verändert. Dabei wurden die Interventionsabteilungen weiterhin kontinuierlich einmal monatlich von der externen Prozessbegleitung unterstützt.

Das Evaluationskonzept des Modellversuchs

Die Evaluation war in einem Prä-Post-Design mit einer Kontrollgruppe angelegt und es wurden sowohl qualitative als auch quantitative Daten erhoben. Mit der informierten Zustimmung der Patient:innen von Interventions- und Kontrollgruppe wurden direkt zu Beginn der Initialisierungsphase (Erhebungszeitpunkt T_0) quantitative Daten mit sechs verschiedenen Fragebögen erhoben. Bei den Mitarbeitenden der Interventionsgruppe wurden zwei der sechs Fragebögen zur Datenerhebung eingesetzt. Die Mitarbeitenden der Kontrollgruppe wurden zum Erhebungszeitpunkt T_0 nicht befragt. Bei den Mitarbeitenden gab es keine Ausschlusskriterien und bei den Patient:innen galten eine akute Krise und unzureichende Deutschkenntnisse als Ausschlusskriterien.

Auf den Interventionsabteilungen wurden im Anschluss an die gemeinsame Schulung von Mitarbeitenden und Patient:innen (Erhebungszeitpunkt T_0) Fokusgruppeninterviews mit den Patient:innen und den Mitarbeitenden jeweils getrennt geführt. Nach Abschluss der Datenanalyse wurden mit der ersten Sitzung der jeweiligen Arbeitsgruppen die Ergebnisse einrichtungsweise in der Interventionsgruppe vorgestellt. Der Kontrollgruppe wurden die Ergebnisse schriftlich zugestellt.

Im Rahmen der Prozessevaluation wurden monatlich teilnehmende Beobachtungen auf den Interventionsabteilungen durch die externe Prozessbegleitung durchgeführt. Die Protokolle dieser teilnehmenden Beobachtungen ($n=75$) und die Protokolle der Sitzungen der Arbeitsgruppen ($n=98$) bilden die Grundlage der Prozessevaluation.

Am Ende der Implementierungsphase (Erhebungszeitpunkt T_1) wurden mit den Patient:innen und den Mitarbeitenden von Interventions- und Kontrollgruppe erneut die Fragebogenerhebung durchgeführt. Auch die Fokusgruppeninterviews fanden erneut statt und wurden dieses Mal (Erhebungszeitpunkt T_1) auch in der Kontrollgruppe angeboten. Leider beteiligten sich dort ausschliesslich Patient:innen an den Interviews; die Mitarbeitenden hatten dafür nicht genügend Zeit.

Die Daten aus den Fragebogenerhebungen wurden mit der Statistiksoftware IBM SPSS analysiert und die Daten aus den Fokusgruppeninterviews, den Protokollen der Teilnehmenden Beobachtung und der Sitzungen der Arbeitsgruppen einer thematischen Analyse unterzogen, für welche die Software MAXQDA 20 genutzt wurde.

Die Daten aus dem Erhebungszeitpunkt T_0 waren für die Interventions- und Kontrollgruppe getrennt aber jeweils einrichtungsspezifisch analysiert worden, so dass die Darstellung der Ergebnisse ebenfalls einrichtungsspezifisch erfolgte und nicht nach Abteilungen differenziert wurde. Auf Empfehlung des externen Zwischengutachtens und nach einer Beratung mit der Steuergruppe, war entschieden worden, die Daten aus dem zweiten Erhebungszeitpunkt T_1 weiter zu differenzieren. Entsprechend sind nun die Interventionsabteilungen jeweils einzeln anhand der Prozessdaten, der Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews und der Ergebnisse und dem Vergleich der quantitativen Daten von T_0 und T_1 sowie einer Synthese aus qualitativen und quantitativen Ergebnissen abgebildet. Wegen der besseren Vergleichbarkeit wurden die Daten aus den Fokusgruppeninterviews mit Patient:innen und Mitarbeitenden der Interventionsgruppe vom Zeitpunkt T_1 auch noch analog zur Analyse vom Zeitpunkt T_0 ausgewertet, so dass die jeweiligen Themen einander gegenübergestellt werden konnten.

Die wichtigsten Ergebnisse des Modellversuchs

Aus der Interventionsgruppe beteiligten sich zum Zeitpunkt T₀ 35 Patient:innen = 38,8% an der Fragebogenerhebung und 37 Patient:innen = 41,1% an den Fokusgruppeninterviews. Bei den Mitarbeitenden beteiligten sich 69 Personen = 54,4% an der Fragebogenerhebung und 50 Personen = 41,6% an den Fokusgruppeninterviews.

Aus der Kontrollgruppe beteiligten sich zum Zeitpunkt T₀ 18 Patient:innen = 60,0% an der Fragebogenerhebung. Mitarbeitende waren zu diesem Zeitpunkt nicht befragt worden.

Zum Zeitpunkt T₁ beteiligten sich aus der Interventionsgruppe 40 Patient:innen = 44,4% und 33 Mitarbeitende = 27,5 % an der Fragebogenerhebung. An den Fokusgruppeninterviews beteiligten sich 30 Patient:innen = 27,0% und 44 Mitarbeitende = 36,6%.

Aus der Kontrollgruppe beteiligten sich zum Zeitpunkt T₁ 12 Patient:innen = 43,2% und 16 Mitarbeitende = 40% an der Fragebogenerhebung sowie 9 Patient:innen = 27,0% und leider keine Mitarbeitenden an den Fokusgruppeninterviews.

Die Ausgangslage

Die Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews mit den Patient:innen zum Zeitpunkt T₀ ergaben zwei grosse Themen nämlich 'Fremdbestimmung' und 'Selbstbestimmung zurück gewinnen'.

Unter dem Oberthema 'Fremdbestimmung' schildern die Patient:innen wie sie Stigmatisierung, Scham, Zwang und mangelnde Unterstützung durch die Mitarbeitenden, denen sie misstrauen erleben, und wie sehr ihr Alltag durch Warten und Langeweile geprägt ist. Speziell am Standort Basel kommen dazu noch strukturelle Hindernisse, die insbesondere baulicher Natur sind und es den Patient:innen verunmöglichen über eine Rückzugsmöglichkeit und Privatsphäre zu verfügen. Einen weiteren Stressor stellt dort die nichtvorhandene Trennung von Patient:innen in akuten Krisen und weiter stabilisierten Patient:innen dar.

Unter dem Oberthema 'Selbstbestimmung zurückgewinnen' diskutierten sie die Notwendigkeit mit der Erkrankung leben zu lernen, ihre Wünsche nach sozialer Verbundenheit mit anderen Menschen innerhalb und ausserhalb der forensischen Klinik, ihre Sehnsucht danach den Mitarbeitenden mehr vertrauen zu können und nach persönlicher Entwicklung z.B. durch Bildungsmöglichkeiten und Momenten von Lebensfreude trotz des stationären Aufenthalts in einer Klinik für forensische Psychiatrie.

Die Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews mit den Mitarbeitenden der Interventionsgruppe zum Zeitpunkt T₀ zeigen, dass diese ihre Patient:innen ganz gut kennen und um deren Bedürfnis nach sozialer Verbundenheit und Vertrauen wissen. Allerdings sehen sie dies unter den Bedingungen der forensischen Psychiatrie als eine Herausforderung an. Für sie selbst ist das Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Therapie eine weitere grosse Herausforderung, da dieses Spannungsfeld kontinuierlich neu justiert und balanciert werden muss. Die Mitarbeitenden hoffen einerseits, dass die Patient:innen mit der Einführung der Recovery-Orientierung mehr Hoffnung für ihr zukünftiges Leben erhalten und andererseits, dass sie selbst mit hoffnungsvolleren Patient:innen die Früchte ihrer eigenen täglichen Arbeit besser würdigen können. Bezogen auf die Recovery-Elemente Identität und Sinn finden, sind die Mitarbeitenden eher unsicher und haben nur wenig Ideen wie sie dies unterstützen könnten. Sicher sind sie hingegen, dass es auch in der forensischen Psychiatrie mehr Möglichkeiten gibt die Ermächtigung der Patient:innen zu unterstützen und diese mehr zu beteiligen. Gleichzeitig gibt es aber auch die Befürchtung, dass Patient:innen sich

überschätzen könnten und schnell resignieren, wenn sie den Anforderungen, die eine grössere Beteiligung an sie stellt, nicht gewachsen sind. Die Mitarbeitenden befürchten, dass die Stigmatisierung der Patient:innen ebenso ein Hindernis für die Recovery-Orientierung darstellen könnte wie die notwendige Handlungsveränderung der Mitarbeitenden, die sie für eine unabdingbare Voraussetzung halten. Speziell am Standort Basel nennen sie auch die gleichen strukturellen Hindernisse wie ihre Patient:innen als grosse Einschränkung.

Die quantitativen Ergebnisse der Patient:innen aus dem Erhebungszeitpunkt T₀ bestätigen insgesamt das Thema Fremdbestimmung aus den qualitativen Ergebnissen. Vergleiche zwischen den Patient:innen der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe am Standort Rheinau ergaben genauso, wie der Vergleich zwischen der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe am Standort Basel keine signifikanten Unterschiede.

Bei den quantitativen Ergebnissen der Mitarbeitenden aus dem Erhebungszeitpunkt T₀ ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede. Zwei Fragebögen – das Essen Clima Evaluation Scheme (Essen CES) und das Recovery Self Assessment-Revised (RSR-R) wurden sowohl von Patient:innen als auch von Mitarbeitenden bearbeitet. Im Vergleich zwischen Patient:innen und Mitarbeitenden zeigt sich hier die Tendenz der Mitarbeitenden die Dinge besser einzuschätzen als dies die Patient:innen tun.

Die Prozessevaluation

Die Teilnehmenden Beobachtungen zeigten, dass die Beschreibungen der Patient:innen aus den Fokusgruppeninterviews von T₀ bezüglich Warten und Langeweile auch zu beobachten waren. Auch die von den Mitarbeitenden geäußerte Befürchtung, dass es schwierig sein würde die notwendige Handlungsänderung zu erreichen, bestätigte sich in den beobachteten Situationen. Der externe Prozessbegleiter wurde als teilnehmender Beobachter von den Patient:innen sehr geschätzt, sie suchten den Kontakt zu ihm, weil er ihnen als 'neutraler' Gesprächspartner zur Verfügung stand. Die Mitarbeitenden reagierten zunächst überwiegend zurückhaltender, gewöhnten sich aber rasch an seine Anwesenheit und nutzten ihn wie einen Kollegen.

Die Sitzungen der Arbeitsgruppen verliefen insgesamt sehr konstruktiv. Die Mitarbeitenden waren teilweise erstaunt wie gut die Patient:innen mitarbeiteten und darüber, dass ein für sie eher unerwarteter Austausch auf Augenhöhe in einigen Arbeitsgruppen möglich war. Alle Interventionsabteilungen hatten bis zur dritten oder vierten Sitzung der Arbeitsgruppe ihre Massnahmen gefunden, auch wenn deren Umsetzung häufig länger dauerte als geplant. Die Interventionsabteilungen am Standort Rheinau wählten eher Massnahmen, die dem Subthema 'persönliche Entwicklung und Lebensfreude' aus den Fokusgruppeninterviews mit den Patient:innen zum Zeitpunkt T₀ zugeordnet werden können wie z.B. Aktivitäten - Gruppe, in der die Patient:innen selbständig Aktivitäten innerhalb und ausserhalb der Klinik planen und umsetzen oder die Etablierung von Englischunterricht auf der Abteilung. Am Standort Basel wurden eher Massnahmen gewählt, die dem Thema Partizipation zuzuordnen sind. Z.B. wurde auf einer Abteilung ein demokratisch gewählter Patientenrat eingeführt und die Patient:innen von Beginn an, an den Standortgesprächen (Therapieplanung und -evaluation mit mehreren Mitarbeitenden und möglicherweise auch Vertretern von Behörden) beteiligt.

Sehr deutlich wird in der Prozessevaluation welche grosse Auswirkungen die Corona Pandemie und die mit ihrer Eindämmung verbundenen Massnahmen auf den Verlauf des Modellversuchs gehabt haben. Diese reichten von mehrmonatigen Unterbrechungen des Modellversuchs bis hin zur Verkleinerung der Arbeitsgruppen, so dass z.B. nur noch ein bis

zwei Mitarbeitende teilnehmen konnten. Die zeitweilige Home-Office-Pflicht hatte zur Folge, dass die multiprofessionelle Anlage des Modellversuchs nicht weiter umgesetzt wurde.

Die Ergebnisse der Abschlussevaluation

Zum Zeitpunkt T₁ wurden in der Kontrollgruppe auf beiden Abteilungen auch Fokusgruppeninterviews mit den Patient:innen geführt. Diese glichen in ihren Themen den Fokusgruppeninterviews der Patient:innen aus der Interventionsgruppe zum Zeitpunkt T₀ und drehten sich ebenfalls um das Thema Fremdbestimmung.

Die Fokusgruppeninterviews mit den Patient:innen der Interventionsabteilungen zum Zeitpunkt T₁ zeigten, dass alle beteiligten Patient:innen den Modellversuch und die gemeinsame Arbeit mit den Mitarbeitenden sehr geschätzt haben. Insgesamt fühlten sie sich mehr einbezogen und waren stolz auf das von ihnen Erreichte. Dabei hatten sie den Eindruck damit eine gute Basis auch für ihnen nachfolgende Patient:innen geschaffen zu haben. Auf einer Abteilung gab es allerdings auch Enttäuschung darüber, dass sich Mitpatient:innen und Mitarbeitende aus Sicht der beteiligten Patient:innen nicht genügend für die gewählte Massnahme engagiert haben, so dass bei ihnen der Eindruck entstand, dass sich im Projektverlauf die Bedingungen verschlechtert haben.

Auch in den Fokusgruppeninterviews mit den Mitarbeitenden der Interventionsabteilungen zum Zeitpunkt T₁ wurde deutlich, dass sich für einen grossen Teil der Aufwand und die Mühe gelohnt haben, insbesondere was die Partizipation von Patient:innen und deren Möglichkeiten sich in der eigenen Behandlung zu Partner:innen zu entwickeln betrifft. Sie hatten den Eindruck, dass in dieser Form der gemeinsamen Arbeit völlig andere Begegnungen mit den Patient:innen möglich gewesen sind, auch wenn einige Hindernisse und Herausforderungen zu bewältigen waren. Gleichzeitig bedauerten sie, dass der Modellversuch aufgrund der Pandemiesituation mehr und mehr zu einem pflegerischen Projekt geworden ist und die multidisziplinäre Anlage des Modellversuchs nicht durchgehalten wurde. Allerdings gab es auch Stimmen, welche die Recovery-Orientierung als zu anstrengend und/oder die Patient:innen als potentiell zu gefährlich, um mit ihnen recovery-orientiert zu arbeiten, einschätzten. Dies betraf insbesondere Mitarbeitende, die kaum oder gar nicht in den Modellversuch involviert gewesen sind. D.h. auch, dass es im Rahmen des Modellversuchs nicht gelungen ist alle Mitarbeitenden zu einer Haltungänderung zu motivieren.

Bei den quantitativen Daten bestanden zwei methodische Probleme:

Die Kontrollgruppe hatte zum zweiten Erhebungszeitpunkt ihre Funktion verloren, da am Standort Königsfelden zwischenzeitlich ein Neubau bezogen wurde, der es ermöglichte die Patient:innen in Krisensituationen separat zu behandeln und damit die Gruppe der Patient:innen etwas zu homogenisieren.

Das zweite Problem bestand in der Teilverbundenheit der Stichprobe. Der Datensatz der Mitarbeitenden wies eine starke und der Datensatz der Patient:innen eine sehr schwache Paarung auf. Konkret bedeutet das, dass sich 24 Mitarbeitende und fünf Patient:innen zu beiden Zeitpunkten an der Fragebogenerhebung beteiligten. Aus diesem Grund wurden jeweils Analysen für unverbundene und für verbundene Stichproben durchgeführt.

Insgesamt hat dies dazu geführt, dass nur wenige Ergebnisse signifikant sind und damit eine Veränderung durch die Einführung der recovery-orientierten Massnahmen statistisch nicht nachweisbar ist.

Die abteilungsbezogenen quantitativen Ergebnisse beruhen auf dem Vergleich der beiden Fragebögen – Recovery Self Assessment-Revised (RSA-R) und Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES) -, die sowohl die Patient:innen als auch die Mitarbeitenden bearbeitet haben. Abteilungsspezifisch fallen diese unterschiedlich aus. Tendenziell zeigt sich aber, dass sich am Standort Rheinau die Werte von Patient:innen und Mitarbeitenden im Verlauf verbessern, während sich am Standort Basel die Werte der Patient:innen verschlechtern wohingegen diejenigen der Mitarbeitenden konstant bleiben oder sich leicht verbessern. Im Vergleich der standortspezifischen quantitativen Ergebnisse der Patient:innen mit der Kontrollgruppe zeigen sich in der unverbundenen Stichprobe keine signifikanten Effekte; in der Tendenz verschlechtern sich die Werte am Standort Basel, wohingegen sie sich an den Standorten Rheinau und Königsfelden verbessern.

In der verbundenen Stichprobe hingegen, bei der keine Patient:innen vom Standort Königsfelden vertreten sind, stiegen an den Standorten Rheinau und Basel, die Werte der Patient:innen und der Mitarbeitenden im Recovery Self Assessment-Revised an. Dabei sind die Werte der Dimension Partizipation signifikant besser als zum Ausgangszeitpunkt. Dies legt angesichts des sehr kleinen n ($= 5$) bei den Patient:innen eine zurückhaltende Bestätigung der Hypothese, dass die Recovery-Orientierung mit der Implementierung zunimmt, nahe. Wohingegen die Hypothese, dass die therapeutische Beziehung in Einrichtungen, die recovery-orientiert arbeiten besser ist, sich nicht bestätigen lies.

Als weitere Hypothesen waren folgende Annahmen formuliert worden:

Die Behandlungszufriedenheit forensisch untergebrachter Patient:innen ist in Einrichtungen, die recovery-orientiert arbeiten, grösser als in Einrichtungen, die dies nicht tun.

Das Stigmatisierungserleben forensisch untergebrachter Patient:innen ist in Einrichtungen, die recovery-orientiert arbeiten, geringer als in Einrichtungen, die dies nicht tun.

Das subjektive Zwangserleben forensisch untergebrachter Patient:innen ist in Einrichtungen, die recovery-orientiert arbeiten, geringer als in Einrichtungen, die dies nicht tun.

Auf Grund des sehr kleinen n bei den Patient:innen in der verbundenen Stichprobe wurden die hypothesentestenden Verfahren nur in der unverbundenen Stichprobe angewandt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Behandlungszufriedenheit am Standort Rheinau konstant und signifikant hoch blieb, während sie sich am Standort Basel verschlechterte. In der Kontrollgruppe am Standort Königsfelden verbesserte sie sich, blieb aber unter dem Wert von T_0 am Standort Basel. Das Stigmatisierungserleben verschlechterte sich bei den Patient:innen der Interventionsgruppe und verbesserte sich in der Kontrollgruppe. Allerdings blieb es auch dort hinter den Werten von T_0 der Interventionsgruppe. Das Zwangserleben verbesserte sich bei den Patient:innen am Standort Rheinau, verschlechterte sich am Standort Basel und verbesserte sich wiederum in der Kontrollgruppe und erreichte dort den Wert von T_0 am Standort Basel. Da die Werte jedoch nicht signifikant waren, ausgenommen die Behandlungszufriedenheit am Standort Rheinau, können die formulierten Hypothesen damit nicht bestätigt werden.

Schlussfolgerungen

Die Interpretation der Äusserungen der beteiligten Patient:innen im Rahmen der Fokusgruppeninterviews, der Teilnehmenden Beobachtungen und der Sitzungen der gemeinsamen Arbeitsgruppen lässt den Schluss zu, dass die Patient:innen subjektiv Veränderungen erlebt haben, die allerdings objektiv nicht beweisbar sind.

Gleichwohl geben sie Hinweise darauf, dass der vermehrte Einbezug der Patient:innen in die Gestaltung des therapeutischen Milieus (Regelgruppe, Patientenrat, Recovery-Gruppe) und in die eigene Behandlung (gemeinsame Behandlungsplanung) auch unter den Bedingungen

der forensischen Psychiatrie ebenso möglich sind wie die Beteiligung an der Planung von Freizeitaktivitäten (Sportgeräte, Ausflüge) und die Schaffung von Bildungsmöglichkeiten (Englischkurs).

Die Interpretation der Äusserungen der beteiligten Mitarbeitenden, die ebenfalls im Rahmen der Fokusgruppeninterviews, Teilnehmenden Beobachtungen und der Sitzungen der gemeinsamen Arbeitsgruppen erhoben wurden, lässt ebenfalls den Schluss zu, dass die Schaffung der Möglichkeiten zur Beteiligung der Patient:innen und zur Ermöglichung von persönlicher Entwicklung und Lebensfreude für die Patient:innen in hohem Mass von der Haltung und Einstellung der Mitarbeitenden abhängig ist, obwohl auch dies objektiv nicht beweisbar ist. Sie gibt aber Hinweise darauf, dass die mit der Einführung von Recovery verbundene, notwendige Haltungsänderung nicht von allen Mitarbeitenden gewollt wird und, wo sie gewollt wird, mit Herausforderungen verbunden ist.

In der Praxis heisst das, dass die Recovery-Orientierung auf allen Ebenen einer Einrichtung/Institution gewollt sein muss, dass es durch alle Hierarchiestufen Unterstützung dafür geben muss und dass die Veränderung Zeit benötigt.

Empfehlungen

Die Empfehlungen basieren auf den klinischen Erfahrungen aus dem Modellversuch und konnten nicht direkt aus den quantitativen Ergebnissen abgeleitet werden. Unter dieser Prämisse wird für die erfolgreiche Einführung Recovery-orientierter Arbeit in die forensische Psychiatrie empfohlen:

Dass das gesamte System einer forensisch psychiatrischen Klinik die Recovery-Orientierung unterstützt und fördert. Von der höchsten Leitungsebene, über alle Berufsgruppen hinweg sollten Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, damit Mitarbeitende aller Berufsgruppen genügend Zeit haben sich mit den Prinzipien der Recovery-Orientierung auseinanderzusetzen und den Transfer in ihre spezifische Aufgabenstellung zu leisten. Aus der Organisationslehre und dem allgemeinen Projektmanagement ist (wie im vorliegenden Modellversuch abgeleitet) bekannt, dass dabei der mittleren Führungsebene, also den pflegerischen Stationsleitungen und Oberärzt:innen besondere Bedeutung zukommt, da sie grossen Einfluss auf die Mitarbeitenden und das Klima einer Station haben. Es ist hilfreich, wenn die Auseinandersetzung mit den Prinzipien der Recovery-Orientierung durch immer wiederkehrenden Input begleitet wird.

Dass verbindliche Gefässe geschaffen werden, die es den Beteiligten ermöglichen ihre Haltungen, Wertvorstellungen und von ihnen als Hindernisse wahrgenommene Gegebenheiten zu reflektieren und wo möglich anzupassen z.B. Recovery behindernde Stationskonzepte und Reglements entsprechend zu verändern. Insbesondere dem unvermeidbaren Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Therapie sollte dabei Aufmerksamkeit gezollt werden und Mitarbeitende sollten zur Offenheit im Umgang mit den Patient:innen ermutigt werden. Dabei kann es hilfreich sein, dass sich die Beteiligten stations- und möglicherweise auch einrichtungsübergreifend miteinander vernetzen und regelmässig austauschen, um von ihren jeweiligen Erfahrungen gegenseitig zu profitieren und sich zu ermutigen. Die Veränderung einer Kultur benötigt einen langen Atem.

Dass pro Behandlungseinheit eine gemeinsame Arbeitsgruppe bestehend aus Patient:innen und Mitarbeitenden eingerichtet wird, deren Aufgabe es ist zu prüfen, welche Recovery-orientierten Massnahmen in der Behandlungseinheit eingerichtet werden können. Die Erfahrung zeigt, dass die gemeinsamen Arbeitsgruppen von den Patient:innen als

sinnstiftend erlebt wurden und die Mitarbeitenden immer wieder über deren konstruktive Mitarbeit überrascht waren. Den Arbeitsgruppen wird empfohlen mit einfach einzuführenden Massnahmen, die der 'Persönlichen Entwicklung & der Lebensfreude der Patient:innen' dienen, begonnen wird. Die Erfahrung zeigt, dass diese bei allen Beteiligten auf positive Resonanz gestossen sind und so auch Erfolgserlebnisse bei allen Beteiligten ermöglichten. Eine (stations-) externe Begleitung unterstützt die Verbindlichkeit des Implementierungsprozesses und sollte in kurzen Intervallen erfolgen. Die Erfahrung zeigt, dass eine vierwöchentliche Begleitung ein zu langes Intervall darstellt. Im Alltag hat das operative Tagesgeschäft Vorrang, so dass Inhalte von vor vier Wochen regelmässig rekapituliert werden müssen bevor daran weitergearbeitet werden kann.

Dass die Einführung der Recovery-Orientierung und alle damit in Verbindung stehenden Erfolge und Schwierigkeiten kontinuierlich und transparent im Gesamtsystem kommuniziert werden, um den Prozess lebendig und auch bei den weniger beteiligten Personen die Veränderungen präsent zu halten. Hierzu können bestehende Gefässe wie Leitungskonferenzen, Teamsitzungen, Übergaberapporte und stationsübergreifende Besprechungen, aber auch Stationsversammlungen und Morgenrunden und andere Gruppenangebote mit Patient:innen genutzt werden, so dass die Recovery-Orientierung immer auf der Traktandenliste steht.