

Bachelorarbeit

Die Rolle der Pflege in der Krisenintervention bei PatientInnen und deren Familienmitgliedern im Krankenhaus – ein Literaturreview

eingereicht von **Lena Hackl**

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Dr.med.univ. Christian Vajda, MPH

Graz, 22. März 2019

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, 22. März 2019

Lena Hackl e.h.

Zusammenfassung

Hintergrund: Krisen sind ein Teil des menschlichen Alltags. Speziell in Situationen in denen es um Leben und Tod geht, wie im Zuge eines stationären Aufenthaltes, können krisenhafte Situationen bei Patientinnen und Patienten auftreten. Diese können physische und psychische Auswirkungen haben und die Lebensqualität von Betroffenen daher massiv einschränken.

Ziel: Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es herauszufinden, welche Rolle Pflegepersonen in der Krisenintervention bei PatientInnen und deren Angehörigen im stationären Setting haben.

Methode: Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde ein Literaturreview durchgeführt. Die Literatursuche fand im Oktober 2018 und November 2018, in wissenschaftlichen Datenbanken, statt. In Pub Med, Cinahl und in Referenzlisten wurde mit Suchbegriffen, auch „keywords“ genannt, gesucht. Einer kritischen Bewertung wurden schlussendlich vierzehn Studien unterzogen.

Ergebnisse: Sicherheit, Autonomie, Beziehungen und Kontrolle sind entscheidende Faktoren, für den Heilungsprozess, von PatientInnen in Krisen. Aufrichtige und einfache Informationsweitergabe, sowie ein frühzeitiges Entlassungsmanagement ist für Angehörige äußerst wichtig. Die PatientInnen und auch die Angehörigen müssen von der Therapie überzeugt sein, um eine erfolgreiche Krisenintervention durchführen zu können.

Schlussfolgerung: In allen Punkten betreffend Krisenintervention im stationären Setting, kann der Pflege eine besondere Bedeutung zugeschrieben werden. Den Pflegepersonen stehen in einem ständigen Kontakt zu den Betroffenen von der Aufnahme bis zur Entlassung.

Schlüsselwörter: Krisenintervention, Krisenmanagement, Krankenhaus, stationäres Setting

Abstract

Background: Crises are part of the daily life of humans, especially in life or death situations, as it is the case in an in-patient stay, critical situations may occur for patients. These circumstances may have a physical and psychological impact and may drastically limit the quality of life of people affected.

Aim: The aim of this bachelor thesis is to determine the role of nursing staff in crisis intervention for patients and their relatives in the in-patient setting.

Methodology: To clarify the research question, a literature review has been carried out. Scientific databases were used for literature search in October 2018 and November 2018. Keywords were used in Pub Med, Cinahl and reference lists for research. Fourteen studies ultimately underwent a critical evaluation.

Results: Safety, anatomy, relationships and control are significant factors regarding the healing process of patients in crisis. Honest and simple information sharing, as well as an early discharge management are highly important relatives. Patients and their relatives must be convinced by the therapy to carry out a successful crisis intervention.

Conclusion: Nursing is of a great significance regarding all aspects in crisis intervention in an in-patient setting. Nursing staff is in constant interaction with people affected, from admission to discharge.

Keywords: crisis intervention, crisis management, hospital, in-patient setting

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis & Tabellenverzeichnis.....	VI
1. Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund.....	1
1.2 Pflegerelevanz des Themas der vorliegenden Arbeit	2
1.3 Definitionen	3
1.3.1 Psychosoziale Krise.....	3
1.3.2 Traumatische Krise	3
1.3.3 Veränderungskrisen	5
1.4 Geschichte der Krisenintervention	6
1.4.1 Stationäre Krisenintervention	6
1.5 Zum Konzept der Krisenintervention	7
1.5.1 Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus.....	8
1.5.2 Ziele der Krisenintervention.....	8
1.6 Kommunikationsmodelle in der Krisenintervention	9
1.6.1 SPIKES Modell.....	9
1.6.2 NURSE- Schema.....	11
1.7 Pharmakotherapie in der Krisenintervention	12
1.8 Forschungslücke und Forschungsziel	12
2. Methode.....	13
2.1 Literaturrecherche.....	13
2.2 Auswahl der Studien.....	14
2.3 Kritische Bewertung	15
3. Ergebnisse.....	16
3.1 Charakteristika der ausgewählten Studien.....	16
3.2 Jugendliche und Kinder.....	22
3.3 Familienangehörige	23
3.4 Therapeutische Herausforderungen	26
3.4.1 Ambulanzen	26

3.4.2	Diagnose	26
3.4.3	Therapeutisches Management	27
3.5	Psychosoziale Bedürfnisse	28
3.5.1	Geschlechtsunterschiede	28
3.5.2	Sicherheit und Autonomie	29
3.5.3	Psychische Erkrankungen und Suizid	31
4.	Diskussion.....	32
4.1	Familienmuster und lange Krankenhausaufenthalte	32
4.2	Entlastung und Unterstützung.....	33
4.3	Therapeutische Beziehung	34
4.4	Aktive Problemlösung durch Krisenintervention	36
5.	Schlussfolgerung	38
6.	Limitationen.....	39
7.	Praxis- und Forschungsempfehlungen.....	39
8.	Literaturangabe	41
9.	Anhang	45
9.1	Bewertungsbögen.....	45

Abbildungsverzeichnis & Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1: Flowchart adaptiert nach (Moher et al. 2011) 15

Tabellen

Tabelle 1: Charakteristiken der inkludierten Studien 17

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

Ein Großteil aller Menschen ist nicht davor bewahrt, mit Krisen im Laufe des Lebens konfrontiert zu werden. Krisen können von schweren Erkrankungen ausgelöst werden, durch Trennungen oder auch durch Zeiten in denen lebensverändernde Entscheidungen getroffen werden müssen.

Krisen haben immer eine subjektive Komponente, denn die Gefühlswelt eines jeden Menschen ist individuell. Viele Faktoren, wie unter anderem das subjektive Stresslevel, spielen hier eine entscheidende Rolle. Ein großer Vorteil ist es, wenn der/die Betroffene noch seine/ihre eigenen bestehenden Ressourcen ermitteln und aktivieren kann, denn Krisen sind zeitlich begrenzt (Dross 2001).

Ist es dem/r Betroffenen nicht möglich, seine/ihre eigenen Ressourcen zu aktivieren, bekommt er/sie das Gefühl sein Leben nicht mehr unter Kontrolle zu haben und glaubt das Problem mit seinen/ ihren bisherigen Bewältigungsstrategien und Abwehrmechanismen nicht lösen zu können. (Stein, C 2009) Die Ursache und Krisenentstehung, welche PatientInnen der Krise zuschreiben, stellt diese vor die Entscheidung, die Krise als Chance oder Defizit zu betrachten (Sonneck, Gernot 2000).

Krisenintervention im Krankenhaus unterliegt speziellen Rahmenbedingungen, die sich von den Voraussetzungen in anderen Settings unterscheiden. Dafür ist vor allem wichtig, dass Krisenintervention im Krankenhaus vom gesamten Personal unterstützt werden muss, darunter auch das Pflegepersonal. Im stationären Setting ist vor allem auch eine wiederholte Unterstützung der Angehörigen und PatientInnen durch das Pflegepersonal wesentlich (Brauchle & Brauchle 2014).

Eine vollständige Genesung von PatientInnen wird immer dadurch beeinflusst, wie gut diese selbst mit der Krisensituation umgehen können. Im stationären Setting ist es deshalb ein Ziel, die Betroffenen dabei zu unterstützen mit der belastenden Situation, deren Therapie und Nebenwirkungen zurecht zu kommen. Die Compliance

und der freie Wille, die Krisenintervention anzunehmen, ist ein wichtiger Bestandteil für die Genesung (Cocoman 2005).

Der Krankenhausaufenthalt, die Phasen der Krankheit und die Entwöhnung vom stationären Setting müssen deshalb in die stationäre Krisenintervention miteinbezogen werden (Dross 2001).

1.2 Pflegerelevanz des Themas der vorliegenden Arbeit

Psychosoziale Akutbetreuung wird statistisch gesehen ein bis zwei Mal täglich in der Steiermark außerhalb des Krankenhauses in Anspruch genommen. 557 Einsätze konnten 2017 aufgezeichnet werden, pro Einsatz werden zwei MitarbeiterInnen gebraucht. Die Einsatzzeit liegt durchschnittlich bei drei bis fünf Stunden. Diese Zahlen zeigen deutlich, wie häufig Krisenintervention benötigt wird. Im Krankenhaus gibt es keine Aufzeichnungen über die Häufigkeit der Krisenintervention, weil sie meist parallel zum Krankenhausalltag durchgeführt werden muss (Landesregierung 2018).

Erst wenn die medizinische Behandlung durch emotionale oder psychische Krisen nicht mehr möglich ist, werden die Krisen in einem Allgemeinkrankenhaus ernst genommen und erkannt (Stein, B et al. 2004).

Vor allem in der Krisenintervention ist die richtige Einschätzung der Situation, also die korrekte Indikationsstellung für eine ambulante oder stationäre Krisenintervention, die Basis für eine erfolgreiche Intervention. Krisenintervention kann hoch effizient sein und somit tiefgreifende Veränderungsprozesse in Gang setzen (Stein, C 2009).

(Trivedi et al. 2007) haben in ihrer Studie festgestellt, dass die Lebensqualität, das wichtigste und bedeutendste Merkmal für die PatientInnen ist. Die Sicherstellung einer guten Lebensqualität ist für die Betroffenen durch die psychosoziale Krisenintervention vom gesamten Personal möglich. Krankenpflegepersonen die Empathie und Verständnis gegenüber den PatientInnen zeigen, ermöglichen ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit bei den Betroffenen und steigern somit die Zufriedenheit und Lebensqualität (Trivedi et al. 2007).

1.3 Definitionen

1.3.1 Psychosoziale Krise

Unter psychosozialen Krisen versteht man Krisen, die eine Person, durch einen Verlust des seelischen Gleichgewichts nicht bewältigen kann. Einen solchen Verlust verspürt ein Mensch, wenn er mit Lebensereignissen und Umständen konfrontiert wird, die ihm durch seine bisherige Lebenserfahrung noch nicht bekannt sind. Diese Geschehnisse haben ein Ausmaß, die eine Person nicht mit früher erprobten Strategien bewältigen kann, so kommt es zu einer Überforderung des Individuums (Sonneck, Gernot 2000).

Da der/die Betroffene diese momentane Belastung nicht mit seinen/ihren üblichen Strategien oder erprobten Hilfsmitteln bewältigen kann, bekommt die Situation einen bedrohlichen Charakter und führt zu einer innerpsychischen Labilisierung. Dadurch kommt es zur Entstehung von Angst, Hilflosigkeit oder Überforderung, diese Zustände geben dem/der Betroffenen, das Gefühl sein/ihr Leben nicht mehr unter Kontrolle zu haben. Solche emotionalen Vorgänge haben einen großen Einfluss auf das Selbstwertgefühl und der Großteil der vorhandenen psychischen und körperlichen Energie wird in die Problembewältigung investiert. Psychosoziale Krisen sind zeitlich begrenzt, weil ein solcher Ausnahmezustand für ein Individuum nur über einen geringen Zeitraum erträglich ist und Personen alles probieren, um diesen Zustand so schnell, wie möglich, zu entkommen (Stein, C 2009).

1.3.2 Traumatische Krise

Unter einer traumatischen Krise versteht man ein Ereignis, welches die psychische Intaktheit einer Person aus dem Gleichgewicht bringt. Solche Ereignisse können Unfälle, schwere Erkrankungen, der drohende Tod oder ein Verlust einer nahestehenden Person sein. Die Auswirkungen einer traumatischen Krise können Menschen, wenn sie unbehandelt bleiben, ihr ganzes Leben bis zu ihrem Tod begleiten (Flannery & Everly 2000).

1.3.2.1 Phasenkonzept der traumatischen Krise

Phasenkonzept der traumatischen Krise erstmals beschrieben durch Cullberg (1978).

1. Phase Schockphase

Menschen, die sich in der Schockphase befinden, wirken nach außen hin ruhig und gefasst. Ihr inneres Chaos, ist für die Außenwelt am Anfang nur durch Desorientierung ersichtlich. Nach einer gewissen Zeit kommt es bei den Betroffenen dann zu abwechselnden Phasen von Weinkrämpfen, Schreianfällen und körperlichen Anzeichen von panischer Angst. Die Schockphase sollte normalerweise maximal zwei Wochen andauern.

2. Phase Reaktionsphase

Für den/die Betroffene/n, ist in dieser Phase die Konfrontation mit der Realität unausweichlich. Die Emotionen sind nicht mehr unterdrückbar und so versucht der/die Betroffene seine Gefühle so schonend, wie möglich, zu verarbeiten. Die Verarbeitung von Trauer, Angst oder Wut, geschieht dann meist mit alten Bewältigungsstrategien oder Abwehrmechanismen. Diese Phase nimmt viel Energie in Anspruch und so passiert es, dass sich Personen aus dem sozialen Geschehen zurückziehen. Falls es zum Scheitern der Bewältigungsversuche kommt, schildern Personen oft, dass sie nicht weiterwissen und am Ende sind. In solch einer Situation haben PatientInnen eine erhöhte Bereitschaft für Gewalthandlungen oder Suizid. Deshalb sollten Betroffene fortlaufend Gespräche führen können, um ihren oft widersprüchlichen Emotionen Ausdruck zu verleihen.

3. Bearbeitungsphase

Schrittweise sind die Personen dazu in der Lage, sich von den vergangenen Ereignissen zu lösen. In dieser Phase treten neue Zukunftspläne auf und auch neue Ideen und Vorstellungen können wieder entstehen. Trotzdem können immer wieder Rückfälle auftreten, die die Betroffenen in eine vorherige Reaktionsphase befördern.

4. Neuorientierung

Im besten Fall hat man neue Abwehrmechanismen oder Bewältigungsstrategien entwickelt und das Selbstwertgefühl des Individuums ist wiederhergestellt (Cullberg 2008).

1.3.3 Veränderungskrisen

Der Beginn von Veränderungskrisen ist langsam und schleichend, sie eskalieren charakteristisch erst, wenn alle Bewältigungsversuche nicht funktionieren oder ausgeschöpft sind. Umzug, der Arbeitsplatzwechsel, eine Scheidung oder die Geburt eines Kindes können solche Veränderungskrisen hervorrufen. Veränderungen können Angst und Unsicherheit mit sich bringen, es kommt immer auf die Persönlichkeit und die subjektive Wahrnehmung an, ob es sich zu einer Krise zuspitzen kann (Stein, C 2009).

1.3.3.1 *Phasen der Lebensveränderungskrise*

Phasenkonzept der Lebensveränderungskrise erstmal beschrieben durch Caplan (1964).

1. Konfrontation

Das Individuum wird mit einer Veränderung konfrontiert. Am Anfang wird versucht, die Veränderung mit den üblichen Bewältigungsstrategien zu überwinden. Erst wenn die Bewältigung nicht möglich ist, entstehen beim/ bei der Betroffenen Ängste, Spannungen und Unbehagen.

2. Versagen

Nach dem Entstehen von Ängsten, bekommt man das Gefühl, dass man sein Leben nicht mehr unter Kontrolle hat, somit sinkt das Selbstwertgefühl. Das Wahrnehmen und Denken ist eingeeengt, weil die ganze Energie für die Lösung des Problems verwendet wird.

3. Mobilisierung

Das Individuum verspürt eine Zunahme des inneren und äußeren Drucks, alle Kräfte werden mobilisiert und auch neue Bewältigungsstrategien und Problemlösungsansätze werden ausprobiert. Dadurch kann es sein, dass neue Ansätze erfolgreich sind und diese das Problem lösen. Ist jedoch keine Bewältigung möglich, ziehen sich Betroffene oft zurück.

4. Vollbild der Krise

Wenn keine Bewältigung oder Lösung möglich ist, kann sich durch eine Kleinigkeit die Situation verschärfen und für den/ die Betroffene/n zu einer

Krise werden. So entstehen unerträgliche Spannungen, der/ die Betroffene ist rat- und orientierungslos und es zeigt sich das Vollbild der Krise.

5. & 6. Bearbeitung und Neuorientierung

Im schlimmsten Fall kann es durch die zugespitzte Situation, zu katastrophalen Entwicklungen kommen. Durch Hilfe von außen kann es nach der Eskalationsphase, zur Bearbeitung und Neuanpassung in mehreren Schritten kommen und das Individuum kann die Krise überwinden (Caplan 1964).

1.4 Geschichte der Krisenintervention

Der Begriff „Krisenintervention“ wie wir ihn verstehen, hat seine Wurzeln im amerikanischen Raum nach dem zweiten Weltkrieg. Schon damals sah man, dass eine sofortige Intervention bei einem/r Soldaten/in mit einer traumatischen Kriegsneurose eine rasche Symptomerleichterung bewirkte. In der Praxis erfolgte die Umsetzung, erstmals im Rahmen des Wellesley Projekts, das Lindeman und Caplan als Mental-Health Programm umgesetzt hatten. Dadurch kam es in der Folgezeit in den USA zu zahlreichen Ideen um das Thema Krisenintervention. In Verbindung mit der praktischen Erfahrung durch den täglichen Umgang mit Menschen in Krisen, entwickelten sich, Ende der 1970er Jahren, zahlreiche Forschungen zum Thema und daraus folgend eine neue Therapieform (Alzheimer 2013).

1.4.1 Stationäre Krisenintervention

Seit den 1940er Jahren hatte sich in den Niederlanden ein Netzwerk gebildet, das verschiedene Hilfsangebote für Menschen in Krisensituationen entwickelte. Dieses Netzwerk bot neben verschiedenen Auffangmöglichkeiten auch stationäre Betten an. Stationäre Krisenintervention, als solches, findet man in der Literatur seit den 1960er Jahren. In den USA gab es 1968 eine „Crisis Ward“ mit elf Betten und einer Verweildauer von etwa einer Woche am Colorado Psychiatric Hospital. Durch die Community-, Mental-, Health Bewegung waren diese Modelle in den USA entstanden. Diese Bewegung setzte sich für eine rasche Verfügbarkeit von psychiatrischen Notfallbetten im Allgemeinkrankenhaus ein.

Durch die Psychiatriereform in Deutschland, Mitte Ende der 1970er Jahre, wurden in einigen europäischen Ländern, stationäre Einrichtungen für Kriseninterventionen eröffnet. Diese Einrichtungen boten für Individuen aller Altersgruppen stationäre Kriseninterventionen, geführt von einem interdisziplinären Team für wenige Tage bis maximal 2 Wochen an (Schleuning & Menzel 2007).

Durch den Hintergrund der gesundheitspolitischen Bedingungen, entstanden in den einzelnen Ländern stationäre Einrichtungen. Krisenintervention wurde professionell in Allgemeinkrankenhäusern angeboten aber auch in unprofessionellen Einrichtungen, die „Weglaufhäuser“ genannt wurden. Konzeption und Organisation der verschiedenen Einrichtungen wurde nach der Versorgungslücke der jeweiligen Region ausgewählt und auch die Finanzierung der Einrichtungen war von Land zu Land unterschiedlich. Eine Reformbewegung, die in den 1980er und Anfang der 1990er Jahren in Deutschland stattfand, setzte einige innovative Projekte in Gange und verwirklichte diese auch (Schleuning & Menzel 2007).

1.5 Zum Konzept der Krisenintervention

Individuen lösen manche Krisen selbstständig mit ihrem sozialen Umfeld und ihren bisherigen Bewältigungsmechanismen. Sollten diese Mechanismen nicht funktionieren, muss ein professionelles Kriseninterventionsangebot rasch zu Verfügung gestellt werden, um katastrophale Zuspitzungen zu verhindern. Unter Krisenintervention versteht man eine eigenständige Therapie oder Beratung für PatientInnen in psychosozialen Krisen. Betroffene haben oft nicht nur psychische Schwierigkeiten, sondern auch Begleiterkrankungen oder ein mangelndes soziales Umfeld. Alle diese Umstände müssen in der Krisenintervention berücksichtigt werden. Unerlässlich ist es, die akuten Gefährdungen zu erkennen, sei es bei Selbst- oder Fremdgefährdung. Meist sind Betroffene schon vor der Krise in einem schlechten Zustand, sie sind gequält von Schmerzen, Schlaflosigkeit und Panikattacken. Die Beseitigung dieser Symptomatik vor der Krisenintervention ist ausschlaggebend für den Erfolg (Stein, C 2009).

Laut (Flannery et al. 2000) gibt es grundlegende Prinzipien in der Krisenintervention:

1. Sofortiger Beginn der Krisenintervention beim Auftreten einer Krise. Individuen werden durch die Krise in einen Ausnahmezustand der Emotionen gebracht und vollziehen dadurch oft unangebrachte Handlungen oder befinden sich in einem Schockzustand.
2. Stabilisation der PatientInnen und deren Umfeld ist der nächste wichtige Schritt, um den Anschein von Ordnung und Routine bewirken zu können.
3. Um die Betroffenen wieder in ihre Ausgangslage also, vor die Krise zurück zu bringen, ist es zentral, dass man beim Versuchen des Geschehens erleichternde Hilfestellungen anbietet. Die PatientInnen kann man dabei durch Gespräche, Sammeln von Informationen und Ansprechen von schwierigen Emotionen unterstützen.
4. Fokussierte Suche nach Problemlösungen verbessert möglicherweise die nicht vorhandenen Kompetenzen des Patienten.
5. Aufbau des Selbstvertrauens ist der Schwerpunkt, um frühere Stärke und Funktionen zurück zu erlangen (Flannery et al. 2000).

1.5.1 Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus

(Stein, B et al. 2004) beschreibt, dass die Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus meist das gesamte Stationssystem betrifft. So gibt es bestimmte Merkmale, wie Zeitdruck die dabei auftreten. Die stationäre Umgebung versucht die beunruhigende Situation einer Krise so schnell wie möglich zu beseitigen. Ein anderer Aspekt ist, dass sich oft psychische Symptome hinter körperlichen Symptome verstecken und dadurch hauptsächlich die somatischen Symptome berücksichtigt werden. Dazu kommt, dass es häufig Skepsis gegenüber psychotherapeutischen Interventionen gibt und so hauptsächlich die somatische Behandlung aufrechterhalten wird (Stein, B et al. 2004).

1.5.2 Ziele der Krisenintervention

Laut (Stein, C 2009) hat Krisenintervention nicht nur auf die Krise eine Auswirkung, sondern sollte bei erfolgreicher Intervention auch einen positiven Einfluss auf die gesamte Lebensführung haben. Als Minimalziel wird beschrieben, dass Betroffene ihren Alltag so durchführen können, wie vor der Krise.

Es sollte versucht werden, die Krise lange genug offenzuhalten, damit die Probleme ausreichend bearbeitet werden können. Das Loslassen sowie der Umgang mit neuen Entwicklungen muss während einer Krisenintervention gelehrt werden (Ihle 2008).

Unter anderem führt Krisenintervention auch zur Stabilisierung der Gefühle und zur Bewältigung der akuten Symptome von Stress (Flannery et al. 2000).

Ein weiteres wichtiges Ziel ist es, den/die Betroffene/n, dabei zu unterstützen, seine/ihre Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit zurück zu gewinnen, um mit der aktuellen aber auch mit möglichen Krisen in der Zukunft fertig zu werden. Das Ziel sollte in der akuten Krise kurzfristig realisierbar sein, denn eine tiefgreifende Persönlichkeitsveränderung anzustreben, wäre zu diesem Zeitpunkt nicht sinnvoll (Sonneck, Gernot et al. 2016).

1.6 Kommunikationsmodelle in der Krisenintervention

Das Krankenpflegepersonal kann direkt über die Kommunikation, die Patienten und deren Familienangehörige beeinflussen und dadurch die therapeutische Beziehung deutlich verbessern. Eine gute therapeutische Beziehung kann einen positiven Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben. PatientInnen und deren Angehörige brauchen klare Informationen bezüglich des Krankheitsbildes, den möglichen Heilungschancen oder den palliativen Therapiemöglichkeiten. Somit können sie sich besser auf mögliche Situationen vorbereiten und womöglich auch früh genug Abschied nehmen (Baer & Weinstein 2013).

Laut (Parker et al. 2007) bevorzugen Patienten eine Kommunikation mit Empathie, die Hoffnung vermittelt und ehrlich ist.

1.6.1 SPIKES Modell

Das Spikes Modell nach (Baile et al. 2000), beschreibt sechs strukturierte Schritte für die Überbringung von schweren Nachrichten

Schritt 1: S- „Setting Up The Interview“

Die Pflegeperson sollte für eine ruhige Umgebung sorgen, Unterbrechungen vermeiden und eventuell die Bezugsperson des Patienten miteinbeziehen.

Schritt 2: P- „Assessing the Patient’s Perception“

In Schritt zwei ist es wichtig, dass das Pflegepersonal offene Fragen über das Wissen, dass die PatientInnen bereits über ihre Krankheit haben, stellt. Weiteres wäre es auch möglich, dass man fragt ob, die Betroffenen wissen, warum man diese oder jene Untersuchung durchführt. Durch diesen Schritt kann eine Klärung von Missverständnissen erfolgen.

Schritt 3: I- „Obtaining the Patient’s Invitation“

Die Pflegeperson sollte einschätzen, wie hoch die Bereitschaft, vom Individuum ist, eine schlechte Nachricht wahrzunehmen. Immer wieder sollte darauf hingewiesen werden, dass das Gespräch abgebrochen werden kann, um es zu einem späteren Zeitpunkt wieder weiterzuführen.

Schritt 4: K- „Giving Knowledge And Information To The Patient“

In diesem Schritt wird eine Warnung vor der schlechten Nachricht ausgesprochen, um danach die Nachricht zu übermitteln. Für die therapeutische Beziehung und Kommunikation ist eine Anpassung an das Patientenvokabular von Vorteil.

Das Pflegepersonal sollte Phrasen vermeiden und die Nachricht in kleinen Einheiten übermitteln.

Schritt 5: E- „Adressing the Patient’s Emotions With Empathic Responses“

Die Reaktionen der PatientInnen nach der Überbringung von schlechten Nachrichten können unterschiedlich sein. Meist ist die Reaktion eine Mischung aus einem Schockzustand mit Trauer und einer möglichen Isolation. Die Betroffenen benötigen Raum, um ihre Gefühle aussprechen zu können und das Erfassen und Benennen der Emotionen durch das Pflegepersonal kann sie dabei unterstützen.

Schritt 6: S- „Strategy And Summary“

Im letzten Schritt ist das Vorgehen abhängig vom Befinden der PatientInnen. Die weiteren Therapiemöglichkeiten oder Zukunftspläne werden ausführlich besprochen. Dadurch ist es möglich, dass Wünsche der Betroffenen berücksichtigt werden und sich die Angst und Ungewissheit vermindert (Baile et al. 2000).

1.6.2 NURSE- Schema

Das Nurse-Schema ist eine Methode, um den/die Betroffene/n ihre Emotionen widerzuspiegeln. Nurse ist eine Abkürzung für name, understand, respect, support, explore (Back et al. 2005).

Für eine verbesserte Kommunikation kann die Benützung von nur einem Element, der Abkürzung „Nurse“ ausreichend sein (Baer et al. 2013).

Das Nurse Schema erklärt nach (Back et al. 2005).

N= Naming

Am Anfang kann man damit beginnen, die Emotion der PatientInnen zu nennen, um die Situation für sich selbst und den Betroffenen zu realisieren. Das Pflegepersonal sollte die Emotion nennen, aber nicht bewerten.

U= Understanding

Eine sensible Umgangsweise mit den Gefühlen der PatientInnen ist wichtig für den therapeutischen Beziehungsaufbau. Außerdem, kann man hierbei auch das Verständnis für die Situation der PatientInnen ausdrücken.

R= Respecting

Das Vermitteln von Respekt gegenüber den Emotionen der PatientInnen ist ein Zeichen von Empathie. Pflegepersonen können die Bewältigungsstrategien und Copingmechanismen der Betroffenen nennen und somit ebenfalls ihren Respekt zum Ausdruck bringen.

S= Supporting

Die Unterstützung kann durch verschiedene Formen ausgedrückt werden. Verständnis für die Situation, Anbieten von Unterstützung und Äußerungen über mögliche Bedenken sind für die Personen hilfreich.

E= Exploring

In dieser Option ist es möglich offene Fragen zu stellen und individuell auf die Betroffenen einzugehen (Back et al. 2005).

1.7 Pharmakotherapie in der Krisenintervention

Eine medikamentöse Therapie wird in der Krisenintervention dann eingesetzt, wenn Angststörungen und depressive Syndrome auftreten. Es ist auch möglich, dass durch eine Krise eine psychische Krankheit reaktiviert wird und diese dann pharmakologisch behandelt werden muss. Die Behandlung fokussiert die symptomatischen und vielseitigen Aspekte, da es keine spezifische Therapieform gibt, die für jedes Individuum passt. Medikamente, die häufig zum Einsatz kommen, sind unter anderem Tranquilizer bei Unruhezuständen oder bei Angst, Antidepressiva bei depressiven Verstimmungen und Neuroleptika (Sonneck, Gernot et al. 2016).

1.8 Forschungslücke und Forschungsziel

Wie im Kapitel 1.5.1 beschrieben, betrifft Krisenintervention in einem Allgemeinkrankenhaus immer das gesamte Stationssystem und somit auch das Pflegepersonal. Die akute Umgebung, der Zeitdruck und die Skepsis gegenüber psychotherapeutischen Interventionen haben meist zur Folge, dass die Krise und die nötige Krisenintervention in den Hintergrund gerückt werden. Dadurch steht die somatische Behandlung meist an erster Stelle (Stein, B et al. 2004).

Das Wissen um die Rolle der Pflegepersonen in einer Krisensituation bzw. Krisenintervention ist jedoch wichtig, um die Betroffenen und deren Angehörigen individuell und ganzheitlich auf alle ihre Bedürfnisse hin betreuen zu können.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es herauszufinden, welche Rolle Pflegepersonen in der Krisenintervention bei PatientInnen und deren Angehörigen im stationären Setting haben.

Dadurch ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Welche Rolle hat die Pflege in der Krisenintervention bei PatientInnen und deren Familienmitgliedern im stationären Setting?

2. Methode

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Literaturreview durchgeführt. Ein Literaturreview ist laut (Polit & Beck 2008) eine kritische Zusammenfassung des Forschungsstandes zu einem spezifischen Forschungsproblem.

2.1 Literaturrecherche

Die Literatursuche fand im Oktober und November 2018 statt. Gesucht wurde in folgenden ausgewählten wissenschaftlichen Datenbanken, wie Pub Med (Public Medical Literature On-Line) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing und Allied Health Literature). Außerdem wurde eine Handsuche in Referenzlisten durchgeführt. Die Datenbanksuche fand auf Englisch und Deutsch statt, deshalb wurden die Suchbegriffe „keywords“, in Englisch definiert.

Folgende Begriffe kamen für die Suche zum Einsatz: crisis intervention, crisis management, crisis, psychosocial crisis, hospital, acute setting, inpatient und ward.

Verwendete Suchabfragen

Tabelle 1: Suchabfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL

PubMed	("crisis intervention"[Title] OR "crisis management"[Title] OR crisis[Title] OR "psychosocial crisis"[Title]) AND (hospital[Title] OR "acute setting"[Title] OR inpatient[Title] OR ward[Title])
CINAHL	TI ("crisis intervention" OR "crisis management" OR crisis OR "psychosocial crisis") AND TI (hospital or "acute setting" or inpatient or ward)

Folgende Filter wurden gesetzt:

- Sprache Deutsch/Englisch
- Humans

2.2 Auswahl der Studien

Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden nur Studien eingeschlossen, die Krisenintervention im stationären Setting beschreiben, bei PatientInnen oder deren Angehörigen. Die Betroffenen mussten die Krisenintervention von einem Teil des multidisziplinären Teams erhalten. Studien, die das Krisenteam von externen Einrichtungen bezogen, wurden nicht miteingeschlossen. Meinungen, Beobachtungen bzw. Daten konnten von PatientInnen und Personen des multidisziplinären Teams erhoben worden sein. Studien, die sich nicht mit den Bedürfnissen der Betroffenen befassten, sondern mit denen der Pflegepersonen, wurden ausgeschlossen. Jedoch wurden Studien, die sich mit den Meinungen bzw. Beobachtungen von Pflegepersonen bezüglich der PatientInnen auseinandersetzten berücksichtigt. Außerdem wurden nur Studien mit einer Originaldatenerhebung eingeschlossen, die ein qualitatives oder quantitatives Design hatten. Studien bis zum Jahr 1979 wurden miteingeschlossen

Auswahlprozess

Die gesamten Suchergebnisse wurden in ein Literaturverwaltungsprogramm (Endnote X8, Clarivate Analytics) importiert. Durch die zwei Suchanfragen wurden nach Ausschluss der Duplikate 245 Treffer erzielt. Zusätzlich wurden über eine Handsuche in Google Scholar, mit Hilfe der gleichen Suchbegriffe, zwei weitere Studien gefunden und inkludiert. Auch in einem Literaturverzeichnis, konnten zwei weitere Studien gefunden und inkludiert werden. Zur Vorauswahl erfolgte anschließend ein Titel- und Abstractscreening. Im Prozess der Vorauswahl wurde ein großer Teil der Studien ausgeschlossen, weil sie zur Beantwortung der Forschungsfrage nicht geeignet waren. 22 Abstracts, erschienen als passend und aussagekräftig. Diese Publikationen wurden als Volltext gelesen, um sie auf Eignung zu prüfen und zu kontrollieren, ob sie für die Forschungsfrage relevant sind. Einer kritischen Bewertung wurden schlussendlich vierzehn Studien unterzogen. Allerdings wurde eine Studie aufgrund ihrer nicht ausreichenden Qualität ausgeschlossen. In der Abbildung 1 ist der Auswahlprozess als Flowchart dargestellt.

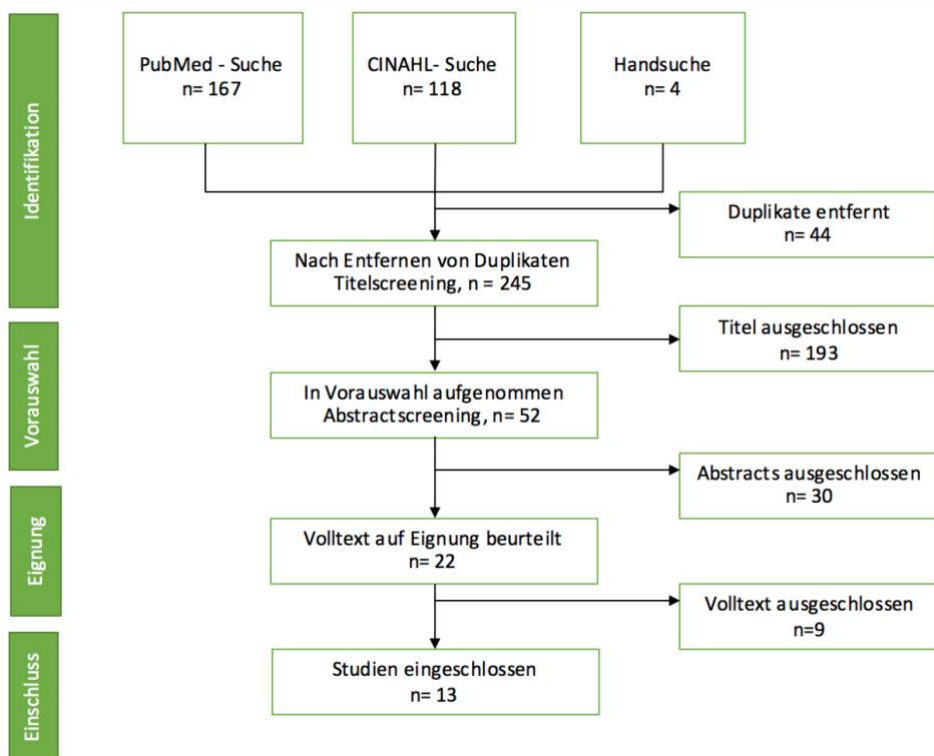


Abbildung 1: Flowchart adaptiert nach (Moher et al. 2011)

2.3 Kritische Bewertung

(Hawker et al. 2002) erstellte einen Bewertungsbogen mit dem die Qualität der 13 Studien kritisch geprüft wurde. Dieses Beurteilungsinstrument kann für die Bewertung von qualitativen und quantitativen Studiendesigns verwendet werden. Bei diesem Instrument wird in neun Kategorien eine wissenschaftliche Arbeit beurteilt. Dieser Bewertungsbogen umfasst die Beurteilung von Titel, Abstract, Einleitung, Forschungsziel, Methode und der Datenerfassung, der Stichprobe, der Datenanalyse, der ethischen Punkte und Limitationen, der Ergebnisse, der Übertragbarkeit auf eine größere Population und der Implikation für Praxis oder Forschung.

Für die Stufen Very Poor, Poor, Fair und Good werden in jeder Kategorie 1 bis 4 Punkte vergeben. Wenn Studien bei dieser Bewertung mehr als 60% der maximalen Punkteanzahl erreichten, wurden diese ins Review eingeschlossen. Alle dreizehn Studien wurden der kritischen Bewertung unterzogen und konnten in die Bachelorarbeit miteinbezogen werden. Diese Bewertung ist im Anhang zu finden.

3. Ergebnisse

Im Ergebnisteil werden die Charakteristika und Ergebnisse der dreizehn ausgewählten Studien präsentiert, kategorisiert und zusammengefasst.

Die Vielfältigkeit des Themas zeigt sich vor allem durch die Auswahl der Studien und den verschiedenen Ergebnissen. In der Tabelle befindet sich eine kurze Beschreibung der Ergebnisse. Im Fließtext sind die Resultate ausführlich dargestellt.

3.1 Charakteristika der ausgewählten Studien

Sechs der ausgewählten Studien wurden in den USA durchgeführt, drei in Australien und je eine in der Schweiz, in Brasilien, in Irland, in Deutschland und in Kanada. Unter den dreizehn ausgewählten Studien haben acht ein qualitatives Design und fünf Studien ein quantitatives Design. Am Häufigsten und somit neunmal wurden semistrukturierte Interviews durchgeführt. Strukturierte Interviews und standardisierte Fragebögen wurden für fünf Studien verwendet. Bei den quantitativen Designs wurde in drei Studien eine Kontroll- und Interventionsgruppe für die Methode ausgewählt. Außerdem wurden auch zwei Pilotstudien eingeschlossen, eine dieser Pilotstudien wurde danach durch eine zweite Studie überprüft. Die qualitativen Studien wurden sehr offen gehalten und meist wurden verschiedene Personengruppe befragt wie beispielsweise Kinder, Familienangehörige, Krankenpflegepersonal oder PatientInnen.

Insgesamt wurden Daten von 1310 Personen erhoben. In den qualitativen Studien erhob man Daten von 469 Individuen und in den quantitativen Studien von 841 Personen. Unter diesen Daten, befinden sich Zahlen von 315 befragten Kindern und Jugendlichen. Dreimal wurde in den Studien eine Nacherfassung der Daten nach der Entlassung gemacht. In zwei Studien wurden Daten in einem Zeitraum von 3 Monaten nacherfasst und in einer Studie wurden die Daten nach zwölf bis fünfzehn Monaten nacherfasst.

Eine Darstellung der Charakteristika findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Charakteristiken der inkludierten Studien

Titel der Studie	Autoren	Forschungsziel	Stichprobe/Setting/Design	Ergebnisse
Sex differences in the psychological reactions of medical and surgical patients to crisis intervention counseling: Sauce for the goose may not be sauce for the gander	Viney, Linda L Benjamin, Yvonne NClarke, Alex M Bunn, Terence A 1985	Ziel dieser Studie war es, herauszufinden welchen Einfluss stationäre Krisenintervention auf internistische und chirurgische PatientInnen hat und ob es einen Unterschied zwischen Männer und Frauen gibt.	398 internistische und chirurgische PatientInnen, 259 Frauen, 130 Männer General Hospital Standardisierte Interviews wurden durchgeführt beim Zugang, bei der Entlassung und bei der Nacherfassung 12-15 Monate später. Verbleibquote nach der Entlassung waren 76% und nach dem follow-up 12-15 Monate später 58%.	Mehrdimensionaler Unterschied zwischen den Geschlechtern.
Crisis intervention: a group-therapy approach for hospitalized breast cancer patients	Youssef, F. A. 1984	Das Ziel dieser Studie war es herauszufinden, welchen Effekt Krisenintervention in der Gruppe, durchgeführt von Krankenschwestern, auf das Selbstwertgefühl und auf depressive Gedanken hat.	18 Frauen mit Brustkrebs Alter: 27- 60 Hospital in Washington DC 10 Frauen in der Kontrollgruppe 8 in der Versuchsgruppe 18 Gruppentherapiesitzungen für die Versuchsgruppe in einer Periode von 6 Wochen	Die Ergebnisse zeigten, ein verbessertes Selbstwertgefühl und ein niedrigeres Level in Bezug auf Depressionen, bei den Frauen in der Versuchsgruppe.

Psychiatric Crisis Management in the Emergency Care Hospital Network	Dimenstein, Magda Diniz Bezerra Gruska, Viktor Leite, Jader Ferreira 2015	Ziel dieser Studie war es die psychiatrischen Krisen und den Umgang mit diesen, in einer Ambulanz zu charakterisieren.	33 PartizipantInnen des interdisziplinären Teams darunter acht Krankenpflegepersonen, die in 4 verschiedenen lokalen Krankenhäusern arbeiten University Hospital Psychiatric Hospital 2 General Hospitals Qualitative Studie	In allen Krankenhäusern fehlten spezielle Protokolle zur Krisenintervention. Es fehlen auch Trainingsmöglichkeiten für eine Krisenintervention.
Family based Crisis Intervention with Suicidal Adolescents in the Emergency Room: A Pilot Study	Wharff, Elizabeth A. Ginnis, Katherine M. Ross, Abigail M. 2012	Das Ziel dieser Studie war es, herauszufinden ob ein einziger Besuch in der Ambulanz einen Jugendlichen mit Suizidgedanken stabilisieren kann.	100 PartizipantInnen in der Interventionsgruppe, 150 in der retrospektiven Vergleichsgruppe Boston Childrens Hospital Qualitative Studie	67 % der 100 PartizipantInnen konnten FBCI erhalten – 65% konnten danach, nach Hause entlassen werden.
The psychosocial needs of patients who have attempted suicide by overdose	Camgan, James T 1994	Ziel dieser Studie war es, die psychosozialen Bedürfnisse von PatientInnen in bzw. nach Krisen aufzuzeigen.	6 PartizipantInnen 3 Frauen 3 Männer Altnagelvin Area Hospital, Northern Ireland Qualitative Studie	Das Gefühl geliebt zu werden, sein eigenes Leben im Griff zu haben, verstanden zu werden und unterstützt zu werden sind die Hauptbedürfnisse der Betroffenen.

Nurse-Coached Intervention for the Families of Patients in Critical Care Units	Appleyard, Mary E Gavaghan, Susan R Gonzalez, Colleen Ananian, Lillian Tyrell, Rosalie Carroll, Diane L 2000	Zweck dieser Studie war es den Effekt von Freiwilligen, die vom diplomierten Krankenpflegepersonal geschult wurden, zu messen.	12 Freiwillige wurden 3h in der Woche eingesetzt entweder am Nachmittag oder am Vormittag 15 bed- CCU in a large academic medical center Qualitative Studie	Nach der Intervention hatten die Familienangehörigen weniger Frustration und Ängste und sie gaben an, besser informiert zu sein.
The Relationship between Therapeutic Alliance and Service User Satisfaction in Mental Health Inpatient Wards and Crisis House Alternatives: A Cross-Sectional Study	Sweeney, Angela Fahmy, Sarah Nolan, Fiona Morant, Nicola Fox, Zoe Lloyd-Evans, Brynmor Osborn, David Burgess, Emma Gilbert, Helen McCabe, Rosemarie 2014	Dieser Studie untersucht die therapeutische Beziehung im stationären Bereich und in Krisenhäusern. Noch dazu ist ein Ziel der Studie herauszufinden, wie viel stärker bzw. besser die therapeutischen Beziehungen in Krisenhäusern sind.	Mixed Methods Quantitativ: 108 PatientInnen von Krisenhäusern und 247 PatientInnen vom stationären Setting beantworteten Fragen zu ausgewählten Kapiteln – Datenerhebung mit strukturierten Interviews, cross-sectional design Qualitativ: semistrukturierte Interviews mit PartizipantInnen und dem Personal – wurden thematisch analysiert Datensammlung von Jänner 2011 bis November 2012	Die therapeutische Beziehung ist in Krisenhäusern besser als in stationären Einrichtungen im Krankenhaus. In den Krankenhäusern ist es aber wiederum zu weniger negativen Vorfällen gekommen.

<p>Our Sunshine place: a collective narrative and reflection on the experiences of a mental health crisis leading to an admission to a psychiatric inpatient unit</p>	<p>Wyder, Marianne Roennfeldt, Helena Rosello, Rise Faith Stewart, Bridie Maher, John Taylor, Rosslyn Pfeffer, Amanda Bell, Peter Barringham, Neil 2018</p>	<p>Ziel dieser Studie war es, zu erforschen, welche Erfahrungen PatientInnen, bei einer Aufnahme in einem stationären psychiatrischen Setting, nach einer Krisensituation machen und wie es sich auf ihre Situation auswirkt.</p>	<p>Die kollektive Erzählung basiert auf den Erfahrungen von 20 Personen. Alle Gruppenmitglieder haben Personen mit psychischen Problemen entweder erlebt oder unterstützt. Setting: stationäres psychiatrisches Setting Datenerhebung durch eine kritische Reflexion, in Form von Gesprächen mit den 20 Gruppenteilnehmern.</p>	<p>Aus den Gesprächen erfuhr man, dass für manche PatientInnen der stationäre Aufenthalt heilend und erfolgreich war. Für andere wiederum war, das stationäre Setting ein Platz der Unsicherheit und Angst.</p>
<p>Psychiatric-Psycho-therapeutic Crisis intervention for Inpatient Adolescents</p>	<p>Günter, Michael Karle, Michael Kleefeld, Hartmut Werning, Andreas Klosinski, Gunther 1999</p>	<p>Ziel dieser Studie, war es, die Familienmuster von Jugendlichen zu erforschen, die eine Krisenintervention in einem stationären Setting benötigen.</p>	<p>Jugendliche 13-19 Studie 75 Personen Studie 65 Personen Erste Studie, um die Familienmuster herauszufinden. Zweite Studie erforschte man ob Familienkonflikte essentielle Faktoren für einen solchen Vorfall sind.</p>	<p>Die Zusammenarbeit vom Krankenpflegepersonal und von SozialarbeiterInnen war ein wichtiger Schritt für eine erfolgreiche Intervention.</p>
<p>An experimental evaluation of crisis intervention</p>	<p>Bordow, Sophy Porritt, Donald 1979</p>	<p>Diese Studie zeigt, was Krisenintervention in 3 Schritten bei PatientInnen in einem stationären Setting nach einem Autounfall bewirkt.</p>	<p>70 Männer Canberra Hospital for treatment of road trauma 30 bekamen keine Intervention 10 hatten ein semistrukturiertes Interview 30 hatten ein Interview und bekamen einen Sozialarbeiter</p>	<p>Die Ergebnisse zeigen, dass Krisenintervention eine erfolgreiche Methode ist, um PatientInnen nach einem Autounfall wieder in ihren normalen Alltag zurück zu bringen.</p>

Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care	Bailey, Joanna J Sabbagh, Melanie Loiselle, Carmen G Boileau, Johanne McVey, Lynne 2010	Ziel dieser Studie ist es, zu zeigen, dass die rechtzeitige Intervention bei Familienangehörigen Stress reduziert und sie so die Betroffenen besser unterstützen können.	29 Familienangehörige Medizinische - chirurgische Intensivstation mit 22 Betten Hospital in Montreal Pilotstudie Datenerhebung mit Fragebögen	Ein signifikantes Ergebnis wurde zwischen Informationsweitergabe und Zufriedenheit mit der Pflege herausgefunden.
The crisis of stroke: Experiences of Patients and Their Family Caregivers	Lutz, Barbara J Ellen Young, Mary Cox, Kim J Martz, Crystal Rae Creasy, Kerry 2011	Ziel dieser Studie war es, die Bedürfnisse von PatientInnen mit einem Schlaganfall und deren Familienangehörigen zu erforschen.	38 PartizipantInnen 19 SchlaganfallpatientInnen 15 Familienangehörige 4 erwachsene Kinder Datenerhebung mit semi-strukturierten Interviews	Ergebnisse wurden in Form eines Zeitverlaufes in drei Schritten beschrieben.
Crisis Intervention at the general hospital: An appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients	Berrino, A. Ohlendorf, P. Duriaux, S. Burnand, Y. Lorillard, S. Andreoli, A. 2011	Ziel dieser Studie ist es, herauszufinden, ob Krisenintervention eine passende Therapiemöglichkeit für PatientInnen mit Borderderline-Persönlichkeitsstörungen darstellt.	200 Pat. mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen Nach der Entlassung bekamen 100 PatientInnen crisis intervention + stationäre Versorgung und 100 bekamen nur die „normale“ stationäre Behandlung. Alter zwischen 18 und 65 Jahren Setting: General Hospital of Geneva	Follow- up nach drei Monaten Gruppe mit Krisenintervention 8% Selbstverletzung 8% Wiederaufnahme Gruppe mit „normaler“ Intervention 17% Selbstverletzung 56% Wiederaufnahme

3.2 Jugendliche und Kinder

Die Pilotstudie von Wharff et al. (2012) zeigt auf, dass während der Studienperiode weniger Jugendliche stationär aufgenommen wurden. Diese Studie wurde in den USA in einer Ambulanz durchgeführt. Das Forschungsziel war herauszufinden, ob die Stabilisierung des Jugendlichen mit Hilfe von Krisenintervention mit der gesamten Familie möglich ist, um so einen stationären Aufenthalt vermeiden zu können. 100 PartizipantInnen wurden bei der Pilotstudie inkludiert und 67 davon bekamen eine Intervention, die anderen 33 bekamen aufgrund der akuten Suizidalität keine Intervention und wurden stationär aufgenommen. 65% der PatientInnen konnten nach der Intervention entlassen werden und nur zwei Betroffene wurden stationär aufgenommen. Außerdem gab es Nacherfassungen zu fünf verschiedenen Zeitpunkten, dabei konnte dargestellt werden, dass sieben PatientInnen der Interventionsgruppe innerhalb von drei Monaten stationär aufgenommen wurden. Zwei der sieben Betroffenen wurden wegen Suizidalität aufgenommen die anderen berichteten über depressive Symptome (Wharff et al. 2012).

Die Vermeidung eines stationären Aufenthalts hat vielseitige Vorteile für die Familie, den Jugendlichen selbst und für das Gesundheitssystem. Krisenintervention, die bereits in der Ambulanz beginnt, zeigt den Familien, dass es eine Möglichkeit gibt, um das Leid ihres Kindes zu verringern. Somit kann das Kind zu Hause bleiben. Familien, die eine solche ambulante Intervention erhalten, sind offener gegenüber anderen Einrichtungen, die Betreuung außerhalb des Krankenhauses anbieten (Wharff et al. 2012).

Die Muster einer Familie und die Vermeidung von langen Krankenhausaufenthalten sind in der Studie von Gunter et al. (1999) , ebenso als wichtige Faktoren beschrieben. Zuerst wurde eine vorläufige Studie gemacht, um Familienmuster zu beschreiben. Danach wurde ein Evaluationsplan erstellt, um ihn in der zweiten Studie, die hier beschrieben wird, zu testen. In dem Evaluationsplan befinden sich drei Muster. Als erstes Muster werden inzestuöse Beziehungen innerhalb einer Familie beschrieben, danach wird der typische Autoritätskonflikt bei Jugendlichen

aufgezeigt und zuletzt gaben die Jugendlichen an, zu wenig Unterstützung von ihrer Familie zu erhalten (Gunter et al. 1999).

Ein Ergebnis dieser Studie ist, dass Jugendliche im Alter von 13-19 die Krise und somit das gesamte Problem auf das stationäre Setting übertragen. Dadurch ist auch die Integration der PatientInnen in die Gruppe schwierig, somit ist es gut, wenn der stationäre Aufenthalt so kurz, wie möglich, gehalten wird. Der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt der Jugendlichen dauerte vier Tage. Unterschiede zwischen Erwachsenen und Jugendlichen fand man beim Missbrauch bestimmter Substanzen. Substanzmissbrauch sowie Erfahrungen mit psychiatrischen Krankheiten waren bei Jugendlichen deutlich geringer, als bei Erwachsenen. Das Fokussieren der Therapie auf den inneren Konflikt des Jugendlichen löste das Problem zwar nicht in ein paar Tagen, gab dem Jugendlichen aber ein Gefühl von neuen Perspektiven. Eine gute Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und Sozialarbeitern war in den meisten Fällen ein wichtiger Punkt im Hinblick auf den Therapieerfolg (Gunter et al. 1999).

Eltern hatten häufig Schuldgefühle und versuchten die Krisensituation abzuschütteln um zurück in ihre tägliche Routine zu finden. Therapien nach dem stationären Aufenthalt wurden nur dann angenommen, wenn die Jugendlichen und die Familie davon überzeugt waren und man im stationären Setting eine Vertrauensbasis schaffen konnte (Gunter et al. 1999).

3.3 Familienangehörige

Bei der Studie von Lutz et al. (2011) wurden semistrukturierte Interviews für die Datenerhebung bei SchlaganfallpatientInnen und Familienangehörigen verwendet. Ziel dieser Studie war es, herauszufinden, welche Bedürfnisse Familienangehörige und PatientInnen im Verlauf des Heilungsprozesses haben. Die Ergebnisse der Studie wurden in Form eines Zeitverlaufes gegliedert. In folgenden Kategorien wurde der Zeitverlauf eingeteilt: Die Diagnose Schlaganfall als Krise, die Erwartungen an das Krankenhaus und an die Heilung und die letzte Phase, in der die Entlassung als reaktivieren der Krise beschrieben wird (Lutz et al. 2011).

Wenn Familienangehörige mit Krisen konfrontiert werden, sind sie in der Aufnahme von neuen Informationen und in ihrer Entscheidungsfindung gehemmt. Außerdem

zeigen die Ergebnisse, dass Familienangehörige sich während dem Zeitverlauf mehrmals erschöpft und überfordert fühlen. Sie realisieren erst nach der Entlassung die enorme Pflegebedürftigkeit der Betroffenen und fühlen sich dann allein gelassen. Viele Angehörige geben ihr eigenes Leben auf und achten kaum mehr auf ihre eigene Gesundheit und auf ihre eigenen Pläne für die Zukunft. Die PatientInnen vergleichen nach der Entlassung meist die aktuelle Situation mit ihrer Situation nach dem Schlaganfall und haben ein Gefühl der Frustration, da die Häufigkeit der Therapiemöglichkeiten im häuslichen Setting stark sinkt. Pflegepersonen die in der Rehabilitation arbeiten, sollten deshalb sensibel für die Bedürfnisse der Angehörigen sein, die sich durch den Schlaganfall in einer überforderten, sich ständig ändernden Lebenssituation befinden. Deshalb brauchen Familienangehörige schon während der Rehabilitation intensive Lern- und Übungsmöglichkeiten durch das Pflegepersonal an den PatientInnen. Außerdem ist die Weiterbetreuung durch eine mobile Pflege zur Entlastung der Angehörigen nach der Entlassung von Vorteil und ein weiteres Ergebnis der Studie von (Lutz et al. 2011).

Informationen über den Gesundheitszustand der PatientInnen und ausreichende Unterstützung von Familienangehörigen reduzieren den psychologischen Stress der Angehörigen und befähigen sie dazu, besser mit der Situation umgehen zu können (Bailey et al. 2010). In der qualitativen Studie von Bailey et al. (2010) wurden Daten von 29 Familienangehörigen mittels eines Fragebogens erhoben. Die Pilotstudie wurde auf einer internistisch- chirurgischen Intensivstation in Montreal durchgeführt. 60% der Familienangehörigen hatten keine Erfahrungen mit einer Intensivstation, mehr als die Hälfte besuchten ihre Angehörigen mehr als fünf Stunden pro Tag. Den Angehörigen war es wichtig, dass sie ehrliche Antworten und Erklärungen, die leicht verständlich sind, vom gesamten Team der Intensivstation bekamen. Außerdem war es ihnen wichtig, zu wissen, welche Therapien bei den PatientInnen durchgeführt wurden (Bailey et al. 2010).

Die Zufriedenheit mit den Pflegepersonen wurde verbessert, wenn das Personal die PatientInnen als Mensch und nicht als Fall behandelten. Andere signifikante Faktoren waren Höflichkeit am Telefon und würdevoller Umgang mit den PatientInnen durch

die Pflegepersonen. Keine speziellen Ergebnisse wurden im Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der Pflege und der korrekten Informationsweitergabe in Verbindung mit der Angst gefunden. Somit scheinen in dieser Studie die Ängste der Angehörigen, in keinem Bezug zu der Pflegequalität zu stehen. Weiters wurde aufgezeigt, dass Angehörige bevorzugt, immer mit der gleichen Pflegeperson sprechen wollten und das Bezugspflege auf dieser Intensivstation noch nicht praktiziert wurde, aber für PatientInnen und Angehörige gut wäre (Bailey et al. 2010).

In der qualitativen Studie von Appleyard et al. (2000) wurden Interviews mit Familienangehörigen, Freiwilligen und dem Pflegepersonal geführt. Die Rekrutierung der Freiwilligen, erfolgte durch das Pflegepersonal mittels einer Liste, die bestimmte Qualitäten enthielt, die man als wichtig empfand. Bei den Freiwilligen wurde darauf geachtet, dass sie Lebenserfahrung hatten, gut zuhören konnten und sensibel für die Bedürfnisse anderer sind. Zweck dieser Studie war, herauszufinden, ob Freiwillige die von Krankenpflegepersonen geschult wurden, in der Betreuung von Familienangehörige auf einer Intensivstation helfen konnten. Außerdem wollte man untersuchen, ob sich die Einstellung von Pflegepersonen gegenüber Familienangehörigen mit Hilfe dieser Intervention verändert. Deshalb wurden 12 Freiwillige drei Stunden in der Woche eingesetzt, um die Angehörigen zu unterstützen entweder vormittags oder nachmittags. Wie die Ergebnisse zeigen, hat sich der Wohlfühlfaktor der Familienangehörigen durch den Einsatz der Freiwilligen deutlich verbessert. Das Gefühl der Akzeptanz wurde erhöht und Angehörige konnten mit einem besseren Gefühl die Station verlassen.

Eine Intensivstation ist für eine Familie mit einem schwer kranken Familienangehörigen ein Platz, der mit Angst und Stress verbunden ist. Das Krankenpflegepersonal sollte sich um die PatientInnen kümmern, aber sollte auch die Bedürfnisse der Familie erkennen, um darauf reagieren zu können (Appleyard et al. 2000).

Durch die Freiwilligen wurde eine Brückenfunktion zwischen Pflegepersonen und Familienangehörigen geschaffen. Die Freiwilligen wurden gut in das Team der Intensivstation integriert und konnten so diese Brückenfunktion ausführen. Außerdem

waren die Freiwilligen erfreut über ihre Fähigkeit, die Bedürfnisse der Familien zu erkennen, um sie so unterstützen zu können. Nur so können Pflegepersonen auch in der Lage sein, die oft langen Besuchszeiten der Familienangehörigen zu verstehen. Trotz der schwierigen Umgebung kam es zu einer beidseitigen Verbesserung der Beziehung zwischen Pflegepersonen und Familienangehörigen. Die Familienangehörigen wurden nach der Implementierung vom Krankenpflegepersonal als Mitglieder der Station angesehen (Appleyard et al. 2000).

3.4 Therapeutische Herausforderungen

Ziel dieser Studie von Dimenstein et al. (2015) war es, die psychosozialen Krisen in Ambulanzen zu charakterisieren. Dazu wurden 33 verschiedene Professionen darunter 8 Krankenpflegepersonen in semistrukturierten Interviews befragt.

Die Ergebnisse wurden in drei Bereiche eingeteilt.

3.4.1 Ambulanzen

Das Management zwischen den einzelnen Ambulanzen und den Krankenhäusern untereinander wurde in der ersten Kategorie beschrieben. Probleme bei der Weiterentwicklung in der Praxis und bei der Qualitätserhaltung in der Pflege waren Teil der Ergebnisse. Man wusste schon lange, dass Ambulanzen überfüllt sind und Mitarbeiter mit der Arbeit überlastet waren. Ein weiteres Problem, das daraus resultierte, waren die langen Wartezeiten in den Ambulanzen und die sinkende Zufriedenheit der PatientInnen mit der Pflege (Dimenstein et al. 2015).

3.4.2 Diagnose

In der zweiten Kategorie wurden diagnostische Kriterien in Bezug auf eine psychosoziale Krise beschrieben. Häufig wurden klinische Kriterien zur Diagnosestellung verwendet, der soziale Hintergrund sowie die tägliche Routine oder Vorlieben bzw. die Lebenseinstellung wurden bei der Anamnese nur wenig hinterfragt.

Viele PatientInnen beschreiben die Krise als eine Ungleichheit der Gefühle oder der mentalen Stärke. Diese Phase müsste mit der besten Therapie, die es gibt, stabilisiert werden, um Krisen, die in der Zukunft folgen könnten, zu vermeiden. Deshalb ist eine

spezifische Diagnosestellung, die den Menschen als Gesamtheit von Psyche und Körper sieht, wichtig, um für die nachfolgenden Behandlungen die richtige Entscheidung treffen zu können (Dimenstein et al. 2015).

3.4.3 Therapeutisches Management

In allen vier Krankenhäusern fehlten Protokolle für eine Krisenintervention. Viele Pflegepersonen gaben an, dass sie gerne mehr Trainingsmöglichkeiten in Bezug auf eine Krisenintervention hätten. Trotzdem fühlten sich die meisten PartizipantInnen dazu verpflichtet, PatientInnen in einer Krise, trotz der mangelnden Ressourcen gut behandeln zu können (Dimenstein et al. 2015).

Die „mixed/method Studie“ von Sweeney et al. (2014) beschäftigte sich auch mit der therapeutischen Beziehung der Zufriedenheit mit der Pflege. Ein weiterer Blickpunkt war der Unterschied zwischen Krisenhäusern und der stationären Pflege in Bezug auf die therapeutische Beziehung. Krisenhäuser haben eine häuslichere Atmosphäre und sind kleiner als psychiatrische stationäre Settings. Sie sind gut in das öffentliche Gesundheitssystem eingebettet und haben dieselben PatientInnen wie ein Krankenhaus. Zur Datenerhebung wurden Interviews mit PatientInnen und dem Pflegepersonal geführt (Sweeney et al. 2014).

Es wurde ein großer Unterschied in Bezug auf die therapeutische Beziehung bei Krankenhäusern und Krisenhäusern gefunden. In Krisenhäusern war die Zufriedenheit mit dem Personal signifikant höher als in den Krankenhäusern. Eine schnellere Erholung und damit eine frühzeitige Entlassung konnte im Krankenhaus durch eine präzise Diagnostik und Therapie erreicht werden (Sweeney et al. 2014).

Die Krankenpflegepersonen beschrieben bestimmte Charakterzüge als Schlüsselement für eine gute therapeutische Beziehung. Humor, Empathie, Respekt, Verständnis, Fairness und Zeit für Gespräche wurden von den Pflegepersonen als wichtige Elemente empfunden. PatientInnen beschrieben Pflegepersonen mit klaren Strukturen und einem guten Wissen als sehr vertrauensvoll, sofern sie die Fähigkeit hatten in individuellen Situationen, ihre Rolle zu verlassen und Empathie sowie, die oben genannte Fähigkeiten zeigen konnten.

Zeigen von Interesse am Wohlbefinden der PatientInnen durch die Pflegepersonen steigerte die Zufriedenheit ebenfalls.

Betroffene hatten in Krisenhäusern ein Gefühl der Freiheit, da Krisenhäuser keine Zwangseinweisungen akzeptierten. Die PatientInnen konnten sich aber selbst einweisen. Außerdem verhandelten PatientInnen teilweise gerne über ihre Freiheit und über ihre Möglichkeiten der Entlassung. Diese Basis der Selbstbestimmtheit in den Krisenhäusern vermittelte den Betroffenen das Gefühl von Sicherheit und Unterstützung. Pflegepersonen müssen bei Betreuung von Personen in Krisen stets auf ein Gleichgewicht von Autonomie, Unterstützung und Sicherheit achten. Außerdem hat die ruhige Atmosphäre in einem Krisenhaus eine positive Auswirkung auf die PatientInnen im Vergleich zur hektischen Umgebung in einem Krankenhaus. Am besten konnte eine therapeutische Beziehung durch viel Zeit mit den PatientInnen aufgebaut werden (Sweeney et al. 2014).

3.5 Psychosoziale Bedürfnisse

3.5.1 Geschlechtsunterschiede

Ein mehrdimensionaler Unterschied zwischen den Geschlechtern konnte im Hinblick auf die psychosozialen Bedürfnisse herausgefunden werden (Viney et al. 1985). In der quantitativen Studie von Viney et al. (1985) wurden 398 PatientInnen in standardisierten Interviews bei der Aufnahme, der Entlassung und 12 bis 15 Monate später befragt. Mit Hilfe dieser Studie wollte man herausfinden, ob Krisenintervention einen Einfluss auf internistische und chirurgische PatientInnen hat. Außerdem wurde ein spezieller Fokus auf die Geschlechterunterschiede gelegt (Viney et al. 1985).

Die Gruppe, die eine Kriseninterventionssitzung erhielt, zeigte einen schnelleren Rückgang bei den negativen Gefühlen, hatte einen besseren Genesungsprozess und konnte somit schneller entlassen werden (Viney et al. 1985).

Im Allgemeinen zeigten in dieser Studie Frauen mehr Angst als Männer, sie nahmen medizinische Eingriffe ernster und brauchten auch mehr soziale Interaktion. Nach der Entlassung hatten es die Männer zu Hause schwerer als die Frauen, weil manche Männer plötzlich über ihre Gefühle sprachen und ihr Umfeld damit nicht umgehen

konnte und negativ darauf reagierte. Bei der Nacherfassung nach zwölf Monaten war die Verbleibquote, der Studienteilnehmer bei 58%. Die Ergebnisse zeigten auch, dass Männer im Jahr vor ihrem medizinischen Eingriff nicht so häufig beim Arzt oder bei anderen Gesundheitseinrichtungen waren wie Frauen (Viney et al. 1985).

In der Studie von Bordow & Porritt (1979) wurden nur Männer eingeschlossen. Ein Teil der Männer bekam nach der stationären Aufnahme durch einen Autounfall Hilfe in 3 Bereichen. 30 der 70 Männer bekamen eine Krisenintervention durch einen der drei Sozialarbeiter, die für die Studie beschäftigt wurden. Die Männer bekamen soziale und emotionale Unterstützung. Außerdem wurden sie bei praktischen Tätigkeiten, wie der Jobsuche oder in finanziellen Angelegenheiten, beraten (Bordow et al. 1979). Gleich wie in der oben genannten Studie von Viney et al. (1985) konnten, die PatientInnen mit der Krisenintervention schneller entlassen werden. Durch die frühzeitige Entlassung und Beratung bereits im stationären Setting war es ihnen möglich, wieder schnell in ihren normalen Alltag zu finden (Bordow et al. 1979).

3.5.2 Sicherheit und Autonomie

Sicherheit, Autonomie, Beziehungen und Kontrolle sind die Faktoren, die in der Studie von Wyder et al. (2018) entscheidend für den Heilungsprozess waren. Die qualitative Studie wurde mit Workshops aufgebaut, in denen Betroffene sich in Form von Geschichten, die von ihnen selbst aufgeschrieben wurden, austauschen konnten. In der Studie von Wyder et al. (2018), war der stationäre Aufenthalt, für viele PatientInnen ein heilender Prozess, für manch andere war es ein außerirdischer Platz, vor dem sie sich fürchteten. Die Betroffenen hatten das Bedürfnis, nach einem Platz der Sicherheit mit Sonnenlicht und frischer Luft. Sie wollten wissen, was auf der Station passiert, warum manche PatientInnen laut schrien und danach mit Medikamenten sediert wurden. Diese Vorgänge wollten sie mit Pflegepersonen besprechen, um die eigene Angst reduzieren zu können. Außerdem wollten die Betroffenen trotz des stationären Aufenthalts mit der Außenwelt in Verbindung bleiben. Pflegepersonen wurden dabei als wichtige Brückenbauer zwischen Außenwelt und Krankenhaus beschrieben. „Es gab einzigartige Momente, die Pflegepersonen für ihre PatientInnen mit Hilfe eines einfachen Gesprächs oder einem

Spaziergang in den Park schaffen konnten“(Wyder et al. 2018:1240). Auch die Gruppentherapien wurden als positiv beschrieben, da Betroffene sich dort austauschen konnten und ihre Hoffnungen und Ängste mit Anderen geteilt wurden. Zuletzt wurden Autonomie und Kontrolle in den Ergebnissen hervorgehoben. Vielen PatientInnen war ein Mitspracherecht bei ihrer Therapie sehr wichtig, da es ihnen Autonomie vermittelte. Bei unfreiwilligen Behandlungen gingen die Meinungen auseinander. Manche PatientInnen empfanden diese Behandlungen als beruhigend und sinnvoll in einer akuten Situation. Andere PatientInnen wiederum beschrieben solche Therapien als traumatisierend und entwürdigend, sie vermittelten ihnen das Gefühl von Machtlosigkeit über ihren eigenen Körper (Wyder et al. 2018).

Eine Verbesserung des Selbstwertgefühls in Bezug auf die Sicherheit ,sowie der Autonomie konnte auch in der Studie von Youssef (1984) festgestellt werden. Die Datenerhebung erfolgte in der quantitativen Studie mit Hilfe von Interviews. Es gab eine Interventionsgruppe mit acht BrustkrebspatientInnen und eine Kontrollgruppe mit 10 Betroffenen. In dieser Studie wollte man herausfinden, welchen Effekt Krisenintervention auf die psychosozialen Bedürfnisse von Frauen mit Brustkrebs, hat. Die Krisenintervention wurde in Form einer Gruppentherapie dreimal wöchentlich von einer Krankenpflegeperson durchgeführt. In den Gruppensitzungen hat man das Wissen der PatientInnen bezüglich ihrer Krankheit fokussiert. Dadurch konnte man die Therapie an die Bedürfnisse der Krebskranken anpassen. Die Betroffenen wurden ermutigt, Fragen zu stellen, um sich aktiv an der Problemlösung und dem Heilungsprozess zu beteiligen.

In der Interventionsgruppe konnte eine Steigerung des Selbstwertgefühls und eine Senkung der depressiven Gedanken erreicht werden. Der Autor schloss, dass die Ergebnisse nicht nur etwas mit der Bearbeitung der Krise zu tun haben, sondern auch den Erfolg der Gruppentherapie widerspiegeln. So bekamen die PatientInnen in der Gruppentherapie durch die Unterstützung der Pflegepersonen, eine realistische und verständnisvolle Sichtweise für ihre Situation, was ein wichtiger Faktor in der Krisenintervention ist (Youssef 1984).

3.5.3 Psychische Erkrankungen und Suizid

In der quantitativen Studie von Berrino et al. (2011) versuchte man herauszufinden, ob Krisenintervention im Gegensatz zur gängigen Therapie bei suizidgefährdeten Borderline PatientInnen eine gute Alternative darstellt. Die Krisenintervention wurde vom diplomierten Krankenpflegepersonal durchgeführt. Nach drei Monaten wurden die Daten nacherfasst und es zeigte sich, dass trotz Krisenintervention 8% der Interventionsgruppe und 17% der Kontrollgruppe abermals wegen Selbstverletzung eine stationäre Behandlung benötigten.

Dennoch war die Wiederaufnahme in der Interventionsgruppe geringer als in der Vergleichsgruppe. Weitere Betreuung durch externe Einrichtungen wurden eher von der Interventionsgruppe angenommen (Berrino et al. 2011).

Die Studie von Camgan (1994) untersuchte ebenfalls PatientInnen mit Suizidgedanken bzw. mit Suizidversuchen durch eine Selbstvergiftung. Alle PartizipantInnen dieser Studie hatten Beziehungsprobleme oder keinerlei sozialen Rückhalt. Sie gaben an, kein Selbstbewusstsein zu haben. Krankenpflegepersonen sollten daher als erste Ansprechperson die PatientInnen unterstützen, um sie in ihrem Selbstbewusstsein zu stärken. Außerdem vermissten die PatientInnen, das Gefühl geliebt zu werden und ihr Leben unter Kontrolle zu haben. Durch diese negativen Aspekte wollten alle PartizipantInnen aus ihrer ausweglosen Lebenssituation ausbrechen und versuchten dies mit einem Suizid. In den Ergebnissen stellten alle PartizipantInnen die Kommunikation mit dem Personal im stationären Setting als Problem dar.

Viele wünschten sich regelmäßige Gespräche mit Pflegepersonen, da diese oft nur der allgemeinen Therapien nachgingen und nicht individuell auf die PatientInnen reagierten. Außerdem gaben die Betroffenen an, dass sie gerne nach der stationären Betreuung, eine Weiterbetreuung durch eine Pflegeperson hätten, die sie bereits kannten. Bedürfnisorientiertes Handeln und individuelle Pflege wurden in den Ergebnissen als Schlüsselemente für eine erfolgreiche Therapie dargestellt (Camgan 1994).

4. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, herauszufinden, welche Rolle die Pflege in der Krisenintervention bei PatientInnen und deren Angehörigen im stationären Setting hat. Im Folgenden Teil dieser Arbeit werden die Ergebnisse der dreizehn Studien nochmals zusammengefasst und diskutiert. Außerdem werden die Ergebnisse von weiteren Studien und der Einleitung miteingeschlossen und verglichen.

4.1 Familienmuster und lange Krankenhausaufenthalte

In der Studie von Wharff et al. (2012) sowie in der Studie von Gunter et al. (1999), zeigt sich, dass eine frühzeitige Intervention bereits in der Ambulanz einen Vorteil für die gesamte Familie darstellt. Familien, die eine Krisenintervention bekommen, sind nach der ambulanten Behandlung offener gegenüber Therapieangebote außerhalb des Krankenhauses. Außerdem zeigt sich, dass die Eltern ein besseres Verständnis für die Erkrankung ihrer Kinder aufbringen und somit die Probleme nicht ignorieren (Wharff et al. 2012). Denn die Eltern der PatientInnen hatten häufig Schuldgefühle und versuchten die Probleme durch ihre tägliche Routine abzuschütteln. Im Allgemeinen sah man bei den Ergebnissen bezüglich der Jugendlichen einen geringeren Substanzmissbrauch und weniger Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen (Gunter et al. 1999). Jugendliche, die stationär aufgenommen wurden, übertrugen laut der Studie von Gunter et al. (1999) das Problem auf die gesamte Station. Die gute Zusammenarbeit der Pflege mit den Sozialarbeitern und den ÄrztInnen wird in beiden Studien als wichtiger Faktor für eine erfolgreiche Therapie beschrieben. Das Pflegepersonal stellt somit eine Schnittstelle zwischen Eltern, SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen dar. In einer Vergleichsstudie von Rotheram-Borus et al. (2000) wird ein besonderes Augenmerk auf die Mütter gelegt. Denn auch bei Müttern kann es im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen bei Jugendlichen ebenfalls zu psychischen Erkrankungen kommen.

Dies ist ein weiterer wichtiger Grund für eine ambulante Krisenintervention und die Betreuung der gesamten Familie durch das ambulante Pflegepersonal.

4.2 Entlastung und Unterstützung

Familienangehörige, welche mit Entscheidungen konfrontiert werden, sind in ihrer Informationsaufnahme und Entscheidungsfindung gehemmt (Lutz et al. 2011). So kommt es bei einigen Familienmitgliedern zu einem Gefühl der Überforderung und Erschöpfung. Pflegepersonen sollten Familienangehörige bereits auf der Station in die Pflege miteinbeziehen, um ihnen grundlegende Fertigkeiten wie die Körper- oder Mundpflege beizubringen. Wenn der Bezug zur Pflege nicht hergestellt werden kann, realisieren Angehörige meist erst nach der Entlassung den großen Pflegeaufwand der PatientInnen. Sobald die PatientInnen im häuslichen Setting sind, geben ihre Liebsten meist ihr eigenes Leben auf und achten so kaum mehr auf ihre Gesundheit. Durch dieses Verhaltensmuster kann es zu psychischen und physischen Erkrankungen bei den Beteiligten, im Familienkreis kommen (Lutz et al. 2011).

Nach der Entlassung aus dem stationären Setting kann es zur Entstehung einer Versorgungslücke kommen. Deshalb sollten Pflegepersonen sensibel für die Angehörigen sein und bereits im stationären Setting Schulungen anbieten oder die weitere Versorgung durch das Einschalten von Sozialarbeitern sichern. Eine frühzeitige Organisation der poststationären Betreuung durch das Pflegepersonal und die SozialarbeiterInnen, bringt Entlastung und Unterstützung für die Angehörigen (Lutz et al. 2011). Bei der poststationären Betreuung haben die Pflegepersonen abermals eine Brückenfunktion in der Hauskrankenpflege durch die Zusammenarbeit mit den HausärztInnen, dem stationären Setting und den Angehörigen (Lutz et al. 2011).

Ein wichtiges Ergebnis in der Studie von Bailey et al. (2010) war, dass ehrliche Antworten und eine gute Informationsweitergabe an die Angehörigen, den psychologischen Stress der betroffenen Familienmitglieder reduziert. Pflegepersonen sollten den Menschen als Mensch und nicht als Fall behandeln. Angehörigen war es wichtig, immer mit der gleichen Pflegeperson zu sprechen und auch am Telefon immer aktuelle Auskunft in Bezug auf die PatientInnen erhalten zu können. Bei der Betreuung von schwerkranken PatientInnen wäre eine Bezugspflege für alle Beteiligten meist von Vorteil (Bailey et al. 2010).

Durch diese Form der Pflege steigt die Zufriedenheit bei den Angehörigen und dem Pflegepersonal. Die Akzeptanz der Pflegepersonen gegenüber den Angehörigen ist oftmals ein Problem. Die Angehörigen verbinden das stationäre Setting meist mit Angst oder Stress und wollen jede freie Minute bei den PatientInnen sein (Bailey et al. 2010).

Im Gegenteil dazu haben Pflegepersonen oft keine Akzeptanz gegenüber den Besuchszeiten der Familienangehörigen (Appleyard et al. 2000). Durch freiwillige SozialarbeiterInnen können Verbindungen zwischen den PatientInnen und dem Personal hergestellt werden, zeigt ein Ergebnis der Studie von (Appleyard et al. 2000). Die Freiwilligen können gut in das Team der Station integriert werden und dadurch den gesamten Therapieverlauf mitverfolgen. Trotz der schwierigen Umgebung einer Intensivstation kann es zu einer Besserung der therapeutischen Beziehung zwischen Pflegepersonen und Angehörigen kommen. Am Ende dieser Studie von Appleyard et al. (2000) wurden die Familienmitglieder durch den Einsatz von Sozialarbeitern als Teil der Station akzeptiert. Die Angehörigen waren dadurch sehr zufrieden mit der Pflege und konnten durch diese Intervention entlastet und unterstützt werden (Appleyard et al. 2000).

4.3 Therapeutische Beziehung

Laut Dimenstein et al. (2015), haben Pflegepersonen Probleme mit der Qualitätserhaltung in den Ambulanzen und mit der Weiterentwicklung von Krisenintervention in der Praxis. Auch für Menschen in Krisensituationen gibt es oft lange Wartezeiten in den ambulanten Bereichen somit sinkt die Zufriedenheit mit der Pflege. Die langen Wartezeiten entstehen oft aufgrund falscher Diagnosestellungen. Die Diagnosen werden in einem Großteil der Krankenhäuser mit internistischen und chirurgischen Abteilungen, meist nach den somatischen Beschwerden gestellt. Psychosoziale Bedürfnisse werden oft nicht berücksichtigt. Der Mensch sollte als Gesamtheit von Psyche und Körper gesehen werden. Hierbei spielt die Pflege in der Krisenintervention eine wichtige Rolle, da sie die meiste Zeit am Krankenbett verbringt (Dimenstein et al. 2015).

Das Fehlen von Schulungen für Krisenmanagement und Protokollen erschwert die Krisenintervention teilweise. Viele Pflegepersonen wünschen sich Weiterbildungen zum Thema Krisenintervention, da sie sich in der Pflicht fühlen Menschen in Krisensituationen gut betreuen zu können (Dimenstein et al. 2015).

Bereits in der Einleitung wurde erwähnt, dass Krisen zu einer innerpsychischen Labilisierung führen und einen bedrohlichen Charakter für die PatientInnen bekommen können (Stein, C 2009). Umso wichtiger ist es, dass Pflegepersonen im Stande sind, richtige Interventionen in einer Krise zu setzen, um somit die Situation für die PatientInnen und das gesamte stationäre Setting zu entschärfen.

Ein anderes wichtiges Ergebnis in Bezug auf die therapeutische Beziehung findet man in der Studie von Sweeney et al. (2014). Hierbei wurde der Unterschied zwischen Krisenhäusern und Krankenhäusern untersucht. Das Gefühl von Freiheit und Selbstbestimmtheit steigerte die Zufriedenheit der Betroffenen in den Krisenhäusern. Jedoch hatten sie in den Krankenhäusern eine präzisere Diagnostik und konnten somit schneller entlassen werden. Sehr wichtig war es, den PatientInnen eine ruhige Atmosphäre zu verspüren, diese Atmosphäre fanden sie eher in Krisenhäusern vor.

Das stationäre Setting in Krankenhäusern wurde oft als hektisch beschrieben. Bereits in der Einleitung dieser Arbeit wurde das stationäre Setting mit Problemen, wie die unruhige Umgebung, Hektik und den hauptsächlichlichen Blick auf die somatischen Symptome beschrieben (Stein, B et al. 2004).

Alle PatientInnen definierten eine gute therapeutische Beziehung mit Pflegepersonen über den Faktor Zeit. Pflegepersonen sollten klare Strukturen haben und ein gutes Wissen, so wirken sie kompetent und vertrauensvoll. Außerdem sollten sie im Stande sein, in gewissen Situationen ihre professionelle Rolle zu verlassen und Empathie sowie Einfühlungsvermögen zu zeigen. Nur so kann eine gute therapeutische Beziehung zwischen der Pflege und den Betroffenen entstehen. Um auf das Gleichgewicht von Autonomie und Sicherheit achten zu können, benötigen Pflegepersonen vor allem zeitliche Ressourcen und einen gewissen Qualitätsstandard der Pflegeausbildung (Sweeney et al. 2014).

4.4 Aktive Problemlösung durch Krisenintervention

Wie die Ergebnisse der Studie von Youssef (1984) zeigen, ist Krisenintervention durchgeführt von Pflegeperson eine passende Methode, um das Selbstwertgefühl zu steigern und um aktiv eine Problemlösung in Gang zu setzen. In dieser Studie wurde es Brustkrebspatientinnen ermöglicht durch Gruppentherapien, eine realistische und verständnisvolle Sichtweise für ihre Krankheit zu bekommen. Durch die Gruppentherapie veränderte sich die gesamte Lebenssituation der Patientinnen. Sie hatten ein gestärktes Selbstwertgefühl und konnten besser mit Rückschlägen umgehen beziehungsweise waren sie im Stande dazu, neue Bewältigungsmechanismen und Copingstrategien zu entwickeln (Youssef 1984).

Probleme oder aufkommende Krisen konnten in der Studie von Wyder et al. (2018) durch Gespräche und Spaziergänge mit den Pflegepersonen entschärft oder gelöst werden. PatientInnen hatten häufig das Bedürfnis nach frischer Luft und Sonnenlicht. Außerdem wollten sie nicht von der Außenwelt isoliert werden (Wyder et al. 2018).

Um diesen Bedürfnissen gerecht zu werden, braucht es empathische Pflege, die sich auf die Gesamtheit des Menschen konzentriert und nicht nur die somatischen Symptome behandelt. Die Betroffenen wollten über eine mögliche Sedierung oder Gabe von Psychopharmaka in einer Krisensituation aufgeklärt werden, um diese Maßnahmen besser verstehen zu können und um Ängste bereits im Vorhinein zu vermeiden. Unfreiwillige Behandlungen wurden von den Betroffenen sehr differenziert angesehen, manche empfanden es als beruhigend, andere hingegen als traumatisierend (Wyder et al. 2018).

Hierbei hat eine Aufklärung durch Ärzte und Pflegepersonen höchste Priorität, um die Zufriedenheit mit dem stationären Setting erhalten oder steigern zu können. Um eine solche Aufklärung, beziehungsweise um Beratungsgespräche zu erleichtern, können Pflegepersonen das NURSE Schema von Back et al. (2005) verwenden, das bereits in der Einleitung beschrieben wurde.

Das Krisenmanagement bei psychischen Erkrankungen oder suizidgefährdeten Menschen ist meist noch komplexer. In der Studie von Berrino et al. (2011) zeigten die Ergebnisse, dass Krisenintervention durchgeführt von Krankenpflegepersonen einen positiven Einfluss auf suizidgefährdete Borderline PatientInnen hat. Im

Vergleich zu Betroffenen, die nach einem Autounfall eine Krisenintervention bekamen, waren die Wiederaufnahmeraten bei den suizidgefährdeten BorderlinepatientInnen um 17% höher. Dieses Ergebnis kann sich aber auf die Chronizität der Belastungen, bei Borderline Persönlichkeitsstörungen zurückführen lassen. Wichtig war es, eine therapeutische Beziehung aufzubauen und den PatientInnen externe Betreuungseinrichtungen zu empfehlen, so konnten mögliche Krisensituationen frühzeitig abgefangen werden (Berrino et al. 2011).

Eine weitere wichtige Rolle spielte bei Suizidgedanken abermals der soziale Rückhalt und die familiären Strukturen. In der Studie von Camgan (1994) hatten alle inkludierten PartizipantInnen mit Suizidgedanken keinerlei sozialen Rückhalt oder Beziehungsprobleme. Als die PatientInnen, dann aufgrund ihrer suizidalen Problematik, stationär aufgenommen wurden, stellten alle die Kommunikation mit dem Personal als Problem dar. Die Betroffenen sehnten sich nach Gesprächen und nach einer poststationären Betreuung durch Pflegepersonen, zu denen sie bereits im stationären Setting eine Beziehung aufbauen konnten (Camgan 1994).

Bedürfnisorientiertes Handeln sowie individuelle Pflege wurden in der Studie von Camgan (1994) aber auch in den anderen zwölf Studien als Schlüsselemente für eine erfolgreiche Therapie dargestellt.

5. Schlussfolgerung

In Bezug auf die Forschungsfrage sowie im Rahmen der durchgeführten Literaturrecherche haben die Ergebnisse gezeigt, dass Krisenintervention und der Umgang mit Krisen eine Herausforderung für das stationäre Setting ist. Es wurde gezeigt, dass Krisen aus verschiedenen Situationen heraus entstehen können. Durch die Dynamik von Krisengeschehen fühlen sich viele Pflegepersonen und Ärzte dazu verpflichtet, PatientInnen ausreichend unterstützen zu können. Aufgrund der stationären Umgebung sowie der zeitlichen und personellen Ressourcen ist dies jedoch nicht immer möglich.

Familie, die soziale Umgebung und Beziehungen stellen eine wichtige Rolle in der Krisenintervention dar. Für eine erfolgreiche Intervention muss der Mensch als Gesamtheit mit allen seinen sozialen Strukturen und seinen bisherigen Bewältigungsmechanismen gesehen werden. Das soziale Umfeld im Speziellen kann eine Krise positiv sowie negativ beeinflussen. Die Pflegepersonen sollten hierbei Brückenbauer zwischen dem stationären Setting und der Außenwelt sein. Um diese Funktion ausführen zu können, ist der Aufbau einer therapeutischen Beziehung unumgänglich. Nur so schafft man Vertrauen und Akzeptanz bei PatientInnen und deren Angehörigen. Viele PatientInnen wünschen sich Gespräche und Spaziergänge mit den Pflegepersonen. Auch der Wunsch nach einer poststationären Weiterbetreuung durch die selbe Pflegeperson wurde mehrmals beschrieben. Externe Betreuungseinrichtungen werden nur von wenigen PatientInnen nach der stationären Betreuung genutzt, da ihnen oft das Vertrauen und die nötige Kraft fehlt, um solche Einrichtungen aufzusuchen. Ein nahtloser Übergang von der stationären Pflege in das häusliche Setting ist essentiell und es sollte bereits bei der Aufnahme, die Organisation der poststationären Betreuung durch eine Hauskrankenpflege oder andere mobile Dienste beginnen.

Das Stärken des Selbstbewusstseins sowie das Wissen über die eigene Krankheit ist ebenfalls wichtig, um Krisen präventiv vermeiden oder entschärfen zu können.

In allen Punkten betreffend Krisenintervention im stationären Setting, kann der Pflege eine besondere Bedeutung zugemessen werden. Denn Pflegepersonen stehen in einem ständigen Kontakt zu den Betroffenen von der Aufnahme bis zur Entlassung. Eine große Herausforderung ist sicherlich, jede Person im oft hektischen stationären Setting, als Individuum anzusehen. Jede/r hat eigene körperliche, soziale und emotionale Bedürfnisse, die speziell in Krisensituationen zu beachten sind.

6. Limitationen

Eine Stärke dieses Reviews sind die internationalen Studien sowie die Miteinbeziehung von qualitativen Erhebungen. Die Vielfalt der Krisenintervention im stationären Setting, konnte mit den vielseitigen Krankheitsbildern und den verschiedenen Altersgruppen in den Studien, gut dargestellt werden.

Als Limitation kann gesehen werden, dass es nur sehr wenig Literatur gab. Aufgrund der geringen Literatur in den letzten Jahren, mussten auch Studien von 1980 für dieses Review verwendet werden. Eine weitere Einschränkung der Arbeit ist es, dass das Review nur durch eine Person erstellt wurde.

Außerdem wurde nur deutsch- und englischsprachige Literatur durchsucht – möglicherweise wäre mit der Möglichkeit anderssprachige Literatur miteinzubeziehen auch mehr relevante und aktuelle Literatur gefunden worden.

7. Praxis- und Forschungsempfehlungen

Praxisempfehlung – Um KrankenpflegerInnen auf den Umgang mit Personen in Krisen vorbereiten zu können, sollte man Krisenmanagement bereits in die Grundausbildung implementieren. Außerdem sollte die erste Hilfes Schulung nicht nur für körperliche Notfälle, sondern auch für psychosoziale Notfälle ausgelegt werden und einmal im Jahr gezielt geübt werden.

Protokolle oder stationsspezifische Abläufe bei psychosozialen Krisen sollten bei Teambesprechungen durchgegangen werden. Bezugspflege für einen guten

therapeutischen Beziehungsaufbau ist speziell bei Kinder und Jugendlichen sowie bei Personen mit psychischen Erkrankungen empfehlenswert.

Ebenfalls sollten schon frühzeitig SozialarbeiterInnen oder externe ambulante Betreuungseinrichtungen für die poststationäre Betreuung organisiert werden. Das leitende Personal sollte durch strukturierte Abläufe dafür Sorge tragen, dass die zeitlichen und personellen Ressourcen im stationären Setting ausreichend sind.

Eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und das rechtzeitige Hinzuziehen von ÄrztInnen oder TherapeutInnen sind, bezüglich einer erfolgreichen Krisenintervention, unumgänglich.

Forschungsempfehlung – Das Thema Krisenintervention im stationären Setting in Bezug auf Pflegepersonen wurde bisher nur sehr wenig erforscht. Um die organisatorischen und pflegerischen Herausforderungen bezüglich einer Krisenintervention im stationären Setting darstellen zu können, bedarf es noch vermehrter quantitativer und qualitativer Forschung. Der Forschungsbedarf ist enorm groß, da sich die Pflege in einem Wandel befindet und in den letzten zehn Jahren nur sehr wenig zu diesem präsenten Thema geforscht wurde.

Die Auswirkungen von jährlichen Schulungen, stationsspezifischen Abläufen und Protokollen sollten untersucht werden. Außerdem sollte untersucht werden, inwiefern das stationäre Setting mit seiner räumlichen Umgebung, Ängste oder Krisen bei PatientInnen hervorruft oder präventiv vermeidet.

Ein interessanter Punkt könnten auch Krisen von PatientInnen und deren Auswirkungen auf Pflegepersonen selbst sein. Es ist gut möglich, dass der Umgang mit Krisen und Krisenintervention belastend und fordernd für Pflegepersonen ist. Inwieweit sie aber das Privatleben oder die berufliche Entwicklung von Pflegepersonen beeinflussen, wurde bis jetzt kaum erforscht.

8. Literaturangabe

Alzheimer, C 2013, *Nichtambulante Krisenintervention und Notfallpsychiatrie: Versuch einer Bestandsaufnahme der Lage in Westeuropa*, Springer-Verlag.

Appleyard, ME, Gavaghan, SR, Gonzalez, C, Ananian, L, Tyrell, R & Carroll, DL 2000, 'Nurse-coached intervention for the families of patients in critical care units', *Critical Care Nurse*, vol. 20, no. 3, pp. 40-8

Back, AL, Arnold, RM, Baile, WF, Tulskey, JA & Fryer-Edwards, K 2005, 'Approaching difficult communication tasks in oncology 1', *CA: a cancer journal for clinicians*, vol. 55, no. 3, pp. 164-77

Baer, L & Weinstein, E 2013, 'Improving oncology nurses' communication skills for difficult conversations', *Clin J Oncol Nurs*, vol. 17, no. 3, pp. E45-51, doi:10.1188/13.Cjon.E45-e51

Baile, WF, Buckman, R, Lenzi, R, Glober, G, Beale, EA & Kudelka, AP 2000, 'SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer', *The oncologist*, vol. 5, no. 4, pp. 302-11

Bailey, JJ, Sabbagh, M, Loiselle, CG, Boileau, J & McVey, L 2010, 'Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care', *Intensive and critical care nursing*, vol. 26, no. 2, pp. 114-22

Berrino, A, Ohlendorf, P, Duriaux, S, Burnand, Y, Lorillard, S & Andreoli, A 2011, 'Crisis intervention at the general hospital: an appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients', *Psychiatry Res*, vol. 186, no. 2-3, pp. 287-92, doi:10.1016/j.psychres.2010.06.018

Bordow, S & Porritt, D 1979, 'An experimental evaluation of crisis intervention', *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, vol. 13, pp. 251-6

Brauchle, M & Brauchle, G 2014, 'Krisenintervention auf Intensivstationen', *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, vol. 109, no. 8, pp. 604-8

Camgan, JT 1994, 'The psychosocial needs of patients who have attempted suicide by overdose', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 20, no. 4, pp. 635-42

Caplan, G 1964, *Principles of Preventive Psychiatry* Basic Books New York.

Cocoman, A 2005, 'Evaluation of a specialist crisis nursing service for deliberate self-harm/parasuicide/[prepared by Angela Cocoman]', -2239,

Cullberg, J 2008, *Krise als Entwicklungschance*, 5 edn, Psychosozialer Verlag Giesen

Dimenstein, MDB, Gruska, V & Leite, JF 2015, 'Psychiatric Crisis Management in the Emergency Care Hospital Network', *Paideia (0103863X)*, vol. 25, no. 60, pp. 95-103, doi:10.1590/1982-43272560201512

Dross, M 2001, *Krisenintervention*, Hogrefe Verlag.

Flannery, RB, Jr. & Everly, GS, Jr. 2000, 'Crisis intervention: a review', *Int J Emerg Ment Health*, vol. 2, no. 2, pp. 119-25

Gunter, M, Karle, M, Kleefeld, H, Werning, A & Klosinski, G 1999, 'Psychiatric-psychotherapeutic crisis intervention for inpatient adolescents', *Crisis*, vol. 20, no. 2, pp. 71-7, doi:10.1027//0227-5910.20.2.71

Hawker, S, Payne, S, Kerr, C, Hardey, M & Powell, J 2002, 'Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically', *Qualitative health research*, vol. 12, no. 9, pp. 1284-99

Ihle, J 2008, 'Pflegerische Krisenintervention', *Forschungsergebnisse-Unterrichtskonzept-Bearbeitung von Fallbeispielen*, *Facultas, Wien*,

Landesregierung, AdS 2018, *Die Krisenintervention des Landes Steiermark*, viewed 19.11.2018, <http://www.katastrophenschutz.steiermark.at/cms/ziel/1242112/DE/>

Lutz, BJ, Ellen Young, M, Cox, KJ, Martz, C & Rae Creasy, K 2011, 'The crisis of stroke: experiences of patients and their family caregivers', *Topics in stroke rehabilitation*, vol. 18, no. 6, pp. 786-97

Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J & Altman, D 2011, 'Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement', *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, vol. 136, no. 08, pp. e9-e15

Parker, SM, Clayton, JM, Hancock, K, Walder, S, Butow, PN, Carrick, S, Currow, D, Ghersi, D, Glare, P & Hagerty, R 2007, 'A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information', *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 34, no. 1, pp. 81-93

Polit, DF & Beck, CT 2008, *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, Lippincott Williams & Wilkins.

Rotheram-Borus, MJ, Piacentini, J, Cantwell, C, Belin, TR & Song, J 2000, 'The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters', *Journal of consulting and clinical psychology*, vol. 68, no. 6, p. 1081

Schleuning, G & Menzel, S 2007, 'Stationäre Krisenintervention- Inpatient crisis intervention ', *Psychotherapie*, no. 2, pp. 314-24

Sonneck, G 2000, *Krisenintervention und Suizidverhütung* 5edn, Facultas Universitätsverlag Wien.

Sonneck, G, Kapusta, N, Tomandl, G & Voracek, M 2016, *Krisenintervention und Suizidverhütung*, vol. 2123, UTB.

Stein, B, Fritzsche, K & Kochinski, N 2004, '24 Kriseninterventionen in der Onkologie', *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention: Grundlagen, Techniken und Anwendungsgebiete*, p. 300

Stein, C 2009, *Spannungsfelder der Krisenintervention: ein Handbuch für die psychosoziale Praxis*, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Sweeney, A, Fahmy, S, Nolan, F, Morant, N, Fox, Z, Lloyd-Evans, B, Osborn, D, Burgess, E, Gilbert, H & McCabe, R 2014, 'The relationship between therapeutic alliance and service user satisfaction in mental health inpatient wards and crisis house alternatives: a cross-sectional study', *PLoS One*, vol. 9, no. 7, p. e100153

Trivedi, S, Petera, J, Phillip, S & Hrstka, Z 2007, 'Methods of intervention in reducing the psychosocial impact while dealing with cancer as a disease: A clinician's point of view', *Journal of cancer research and therapeutics*, vol. 3, no. 4, p. 193

Viney, LL, Benjamin, YN, Clarke, AM & Bunn, TA 1985, 'Sex differences in the psychological reactions of medical and surgical patients to crisis intervention counseling: Sauce for the goose may not be sauce for the gander', *Social Science & Medicine*, vol. 20, no. 11, pp. 1199-205

Wharff, EA, Ginnis, KM & Ross, AM 2012, 'Family-based Crisis Intervention with Suicidal Adolescents in the Emergency Room: A Pilot Study', *Social Work*, vol. 57, no. 2, pp. 133-43, doi:sw/sws017

Wyder, M, Roennfeldt, H, Rosello, RF, Stewart, B, Maher, J, Taylor, R, Pfeffer, A, Bell, P, Barringham, N & names, wptwt 2018, 'Our Sunshine place: A collective narrative and reflection on the experiences of a mental health crisis leading to an admission to a psychiatric inpatient unit', *International Journal of Mental Health Nursing*,

Youssef, FA 1984, 'Crisis intervention: a group-therapy approach for hospitalized breast cancer patients', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 9, no. 3, pp. 307-13, doi:10.1111/j.1365-2648.1984.tb00375.x

9. Anhang

9.1 Bewertungsbögen

Lutz, BJ, Ellen Young, M, Cox, KJ, Martz, C & Rae Creasy, K 2011, 'The crisis of stroke: experiences of patients and their family caregivers', Topics in stroke rehabilitation, vol. 18, no. 6, pp. 786-97

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält die Population und das genaue Thema, das Design und das Setting fehlen. Im Abstract werden Methode, Stichprobengröße, Datenerhebungsmethode, Ergebnisse, Background sowie eine Schlussfolgerung ausgeführt, nur die Praxis- und Forschungsempfehlung ist nicht enthalten. Der Abstract ist gut gegliedert und als Fließtext konzipiert.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Forschungshintergrund ist ausführlich beschrieben. Die Zielgruppe klar definiert. Probleme und Forschungslücken werden beschrieben und das Ziel ist klar zu erkennen.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die zwei Interviews sind genau beschrieben und auch warum manche Betroffene das erste oder zweite Interview nicht führen konnten obwohl sie an der Studie teilnehmen wollten. Es ist genau beschrieben wie die Datenanalyse gemacht wurde und warum sie so gemacht wurde. Weiters ist die Stichprobengröße angeführt und welche Ein- bzw. Ausschlusskriterien es gegeben hat. Im Allgemeinen ist der Methodenteil gut strukturiert und die Methode ist passend für die Forschungsfrage.	Fair 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	

Die Samplingmethode und die wichtigsten Charakteristika des Samplings sind beschrieben. Die Datensättigung ist nicht angeführt.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Daten wurden kodiert und mit der „Strauss und Strauss und Corbin“ Methode bearbeitet. Es wurde eine konstante Technik des Vergleichens verwendet. Erzählungen von SchlaganfallpatientInnen, Familienmitgliedern und Fall-Managern wurden mit derzeitiger Literatur verglichen.	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Das Forscherteam kontaktierte und informierte die PatientInnen oder die primären Pflegepersonen über die Studie. Das Einholen eines Votums, einer Ethikkommission ist beschrieben. Limitationen und der informed consent sind nicht beschrieben.	Poor 2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate sind übersichtlich und logisch strukturiert. Alle Kategorien und Unterkategorien werden aufgezeigt, es gibt auch eine Übersichtstabelle.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Eine Generalisierbarkeit auf eine größere Population ist möglich. Trotzdem sind, durch die Stichprobenziehung und durch die Individualität des Schlaganfalls, die Ergebnisse etwas eingeschränkt zu betrachten.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Eine Praxis- und Forschungsempfehlung ist gegeben, die Ergebnisse sind relevant	Good 4
Total: Ergebnis von 36 Punkten	32 (89%)

Bailey, JJ, Sabbagh, M, Loielle, CG, Boileau, J & McVey, L 2010, 'Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care', Intensive and critical care nursing, vol. 26, no. 2, pp. 114-22

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist klar strukturiert und enthält Population, Setting, Design und das Thema. Der Abstract hat eine klare Struktur er enthält: Background, Methode, Setting, Design, Ergebnisse und die Datenerhebungsmethode. Eine Forschungs- bzw. Praxisempfehlung fehlt.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung hat einen guten Aufbau mit Haupt- und Subkategorien, sie beinhaltet auch Ergebnisse der bisherigen Literatur. Das Forschungsziel und die Forschungslücke sind beschrieben und das Forschungsproblem befindet sich am Anfang der Einleitung.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist kurz beschrieben und enthält die Beschreibung des Designs, des Settings und der Stichprobe. Eine genaue Beschreibung der Datensammlung und der ethischen Hintergründe ist auch zu finden. Diese Methode ist passend um die Forschungsfrage zu beantworten.	Fair 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Ein convenience sample wurde durchgeführt. Ein- und Ausschlusskriterien, sowie der Rekrutierungsprozess sind ausführlich beschrieben. Somit ist die Samplingstrategie passend, um das Forschungsziel zu erreichen.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	

Die Datenanalyse und die Datensammlung sind sehr detailliert und nachvollziehbar beschrieben. Das Phänomen der Angst und die Zufriedenheit mit der Pflege wurden mit eigenen Messinstrumenten gemessen und danach kodiert und verglichen.	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Studie wurde von der Ethikkommission und dem spitalseigenen Ethikkomitee überprüft. Zwischen den PatientInnen und dem Pflegepersonal wurde eine vertrauenswürdige Beziehung aufgebaut. Informed consent wurde von allen PartizipantInnen eingeholt und ihnen als Kopie mitgegeben. Limitationen und Stärken sind nicht beschrieben.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Der Ergebnisteil ist gut gegliedert und mit zusätzlichen Tabellen leicht verständlich. Die Ergebnisse sind in einem Fließtext kurz beschrieben, durch die Tabellen klar verständlich und beantworten die Forschungsfrage	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da die Stichprobe eher klein ist, ist die Übertragbarkeit auf eine größere Population schwierig, aber die Ergebnisse dienen der Wissenserweiterung und geben einen Anstoß für weitere Forschung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Es ist eine ausführliche Praxis- und Forschungsempfehlung gegeben. Weiters ist die Studie hilfreich für das Pflegepersonal und es wird angegeben auf was man bei einer erneuten Studie achten sollte.	Fair 3
Total: Ergebnis von 36 Punkten	30 (83%)

Bordow, S & Porritt, D 1979, 'An experimental evaluation of crisis intervention', Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology, vol. 13, pp. 251-6

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält weder ein Setting, noch Population noch ein Design. Der Abstract ist als Fließtext verfasst und relativ kurz und unstrukturiert. Enthalten sind Background, Design, Methode, Ergebnisse eine Schlussfolgerung und ein Hinweis auf eine Praxis- und Forschungsempfehlung im Text.	Poor 2
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist ausführlich und beschreibt die wichtigsten Punkte einer Krise und der Krisenintervention. Es wird ausführlich auf Literatur eingegangen, die es bereits gibt und das Forschungsziel wird klar benannt. Weiters wird beschrieben, dass die Studie einer vieler Schritte ist um dieses Thema zu bearbeiten bzw. zu beantworten.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist mit Zwischenüberschriften gegliedert. Die Population, das Setting und das Design sind beschrieben und passend. Datenerhebung und Datensammlung sowie die Messinstrumente sind genau erklärt. Die Interventionen sind gut gegliedert und verständlich beschrieben.	Fair 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sample wurde mit Ein- bzw. Ausschlusskriterien gut charakterisiert. Warum Frauen im Allgemeinen und zu kranken PatientInnen nicht teilnehmen durften wurde auch beschrieben.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Datenanalyse ist kaum beschrieben und daher nicht nachvollziehbar.	Poor 2

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Informed consent wurde sowie ethische Fragen und bias nicht erwähnt. Es wurde nur erwähnt, dass die Sozialarbeiter die teilweise die Interventionen setzen, überprüft wurden ob sie Erfahrungen mit Krisenintervention haben.	Poor 2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate werden kurz in Form von Fließtext und Tabellen präsentiert. Sie sind eher unstrukturiert und schwer verständlich.	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Eine Übertragbarkeit ist aufgrund der fehlenden ethischen Aspekte und des Designs nicht gegeben, allerdings dienen die Ergebnisse der Wissenserweiterung.	Poor 2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Praxis- und Forschungsempfehlung sind gegeben. Die Studie liefert klare Forschungsergebnisse und regt zur weiteren Forschung an.	Fair 3
Total: Ergebnis von 36 Punkten	23 (64%)

Appleyard, ME, Gavaghan, SR, Gonzalez, C, Ananian, L, Tyrell, R & Carroll, DL 2000, 'Nurse-coached intervention for the families of patients in critical care units', Critical Care Nurse, vol. 20, no. 3, pp. 40-8

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Im Titel befindet sich Population, Setting und das Thema der Studie. Der Abstract ist sehr kurz und unstrukturiert und beinhaltet: Methode, Design, Ziel.	Poor 2
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist ausführlich beschrieben, sie beinhaltet bereits vorhandene Literatur und ist vom Allgemeinen zum Spezifischen aufgebaut. In der Einleitung werden das Problem und die Forschungslücke sichtbar.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist sehr gut erklärt und passend für die Forschungsfrage. Sie enthält die Stichprobengröße, das Design und die genaue Prozedur der Interviews bzw. welche PartizipantInnen ein- und ausgeschlossen wurden. Sowohl die Datensammlung als auch die Datenanalyse sind präzise beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Um das Forschungsziel zu erreichen, ist die Samplingstrategie passend. Der Rekrutierungsprozess ist genau beschrieben und Ein- bzw. Ausschlusskriterien sind angeführt.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Datensammelungsprozess und der Datenanalyseprozess sind sehr genau beschrieben. Wenn bei einem Fragebogen mehr als 20% fehlten wurde dieser ausgeschlossen und nicht in die Datenanalyse mit einbezogen.	Good 4

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Intervention ist sehr genau beschrieben, dabei wird auf die Beziehung zwischen Freiwilligen, Krankenpflegepersonal und PatientInnen geachtet. Ein informed consent oder Ethikkomitee wird nicht erwähnt.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden gut gegliedert und durch Tabellen und Diagramme veranschaulicht. Somit beantworten die Ergebnisse die Forschungsfrage.	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Teilweise sind die Ergebnisse gut auf eine größere Population übertragbar. Auf jeden Fall dienen die Ergebnisse, der Wissenserweiterung und sind praxisrelevant.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Praxis- und Forschungsempfehlungen sind gegeben.	Fair 3
Total: Ergebnis von 36 Punkten	28 (78%)

Camgan, JT 1994, 'The psychosocial needs of patients who have attempted suicide by overdose', Journal of Advanced Nursing, vol. 20, no. 4, pp. 635-42

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Thema, Problem und Population sind beschrieben. Alle wichtigen Keywords kommen im Titel vor. Der Abstract ist als Fließtext verfasst und enthält: Design, Stichprobengröße, Methode, Datenerhebung, Ergebnisse, Setting und eine Schlussfolgerung. Die Forschungs- und Praxisempfehlung fehlen im Abstract.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist sehr gut mit Subkategorien gegliedert und enthält auch einen Literaturüberblick. Sie fängt mit dem Allgemeinen an und endet mit dem spezifischen Teil und der Forschungsfrage.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist übersichtlich gegliedert und enthält die Datenerhebungsmethode und das Setting. Sehr genau ist die Vorgehensweise in den Interviews beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Um das Forschungsziel zu erreichen ist die Samplingstrategie passend. Ein- und Ausschlusskriterien sind auch angeführt.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse und Datensammlung wurde gut beschrieben. Daten wurden analysiert und danach in 3 Hauptkategorien unterteilt.	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	

Die Erlaubnis für die Interviews wurde bei einem Ethikkomitee und bei den StationsärztInnen- bzw. Stationspflegepersonal eingeholt. Es wurde den TeilnehmerInnen auch erklärt wie die Forscher, sie ausgewählt haben und warum.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Der Ergebnissteil ist gut strukturiert und leicht verständlich. Die Diskussion und der Ergebnissteil sind in diesem Punkt miteinander vermischt.	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der kleinen Stichprobengröße ist die Übertragbarkeit auf eine größere Population nicht möglich. Das Wissen ist aber auf jedenfall relevant für die Praxis.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Praxis- und Forschungsempfehlung sind gegeben und dieses Thema ist für die Gesundheitspolitik sicher auch von großer Bedeutung.	Fair 3
Total: Ergebnis von 36 Punkten	29 (81%)

Sweeney, A, Fahmy, S, Nolan, F, Morant, N, Fox, Z, Lloyd-Evans, B, Osborn, D, Burgess, E, Gilbert, H & McCabe, R 2014, 'The relationship between therapeutic alliance and service user satisfaction in mental health inpatient wards and crisis house alternatives: a cross-sectional study', PLoS One, vol. 9, no. 7, p. e100153

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist klar strukturiert und enthält alle wichtigen Keywords. Weiters enthält der Titel: Population, Setting und Design. Gegliedert in Punkten, ist der Abstract strukturiert, er enthält alle wichtigen Punkte und ist sehr einfach zu verstehen	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Hintergrund und Einleitung sind genau beschrieben, es wird auch auf bisherige Literatur eingegangen. Zum Schluss findet man das Forschungsziel bzw. die Forschungsfrage und eine Beschreibung des Forschungsteams.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Methode ist sehr detailliert erklärt und es wird beschrieben wie die Datenerhebung quantitativ und qualitativ verläuft. Die quantitative und qualitative Methode wird in den Punkten: Messinstrumente, Datenerhebung, Stichprobengröße und Ethik, getrennt voneinander beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingmethode ist für die Forschungsfrage passend gewählt. Ein- und Ausschlusskriterien werden beschrieben	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Datenerhebung und Datensammlung wurden ausreichend beschrieben.	Fair 3

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ethische Prinzipien wurden berücksichtigt und ein Ethikvotum wurde eingeholt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate sind als Fließtext und in Form von Tabellen dargestellt. Es werden auch Beispiele von Fragen und Antworten gezeigt. Somit sind die Resultate äußerst genau beschrieben und leicht verständlich.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der großen Anzahl der PartizipantInnen ist die Studie generalisierbar und auf eine größere Population gut übertragbar.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind relevant für die Gesundheitspolitik und es wird in der Studie eine Forschungs- und Praxisempfehlung gegeben.	Good 4
Total: Ergebnis von 36 Punkten	35(97%)

Wyder, M, Roennfeldt, H, Rosello, RF, Stewart, B, Maher, J, Taylor, R, Pfeffer, A, Bell, P, Barringham, N & names, wptwt 2018, 'Our Sunshine place: A collective narrative and reflection on the experiences of a mental health crisis leading to an admission to a psychiatric inpatient unit', International Journal of Mental Health Nursing,

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält: Design, Setting aber keine Population. Im Abstract sind die Keywords angegeben und er ist als Fließtext verfasst. Der Abstract enthält: Methode, Design, Hintergrund, Ergebnisse und die Stichprobengröße. Nicht zu finden sind eine Praxis- und Forschungsempfehlung.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Genau Beschreibung der Einleitung und des Hintergrunds. Weiters wurde die bisherige Literatur genau beschrieben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist vollständig aber ein wenig unübersichtlich beschrieben.	Fair 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sample ist nicht ausreichend beschrieben. Es werden keine demographischen Daten beschrieben und die Rekrutierung wird auch nicht aufgezeigt.	Poor 2
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse ist gut beschrieben.	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between	

researchers and participants been adequately considered?	
Ethische Prinzipien wurden nicht beschrieben.	Poor 2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate sind mit Unterüberschriften gut gegliedert. Es gibt einen Diskussionsteil der sehr ausführlich als Fließtext beschrieben ist.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der kleinen Population sind die Ergebnisse, schwer auf eine große Population zu übertragen. Die Ergebnisse dienen jedoch zu einer Wissenserweiterung und regen zur weiteren Forschung an.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Forschungs- und Praxisempfehlung sind gegeben. Die Ergebnisse sind für die Gesundheitspolitik relevant.	Fair 3
Total: Ergebnis von 36 Punkten	27 (75%)

Günter, M, Karle, M, Kleefeld, H, Werning, A & Klosinski, G 1999, 'Psychiatric-psychotherapeutic crisis intervention for inpatient adolescents', Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, vol. 20, no. 2, p. 71

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält: Population und Thema, Design und Setting fehlt. Den Abstract findet man als Fließtext verfasst mit: Stichprobengröße, Methode, Ergebnisse und Datenerhebungsmethode. Weiters sind die Keywords im Text beschrieben, im Titel fehlt ein Keyword.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Forschungsfrage und Forschungsziel fehlen, ein Literaturüberblick ist gegeben.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist kurz und verständlich erklärt, die Datenerhebung und Datensammlung sind ebenfalls beschrieben. Eine Beschreibung der Vorstudie ist auch gegeben. In dieser Vorstudie wurden bereits 3 Muster aufgestellt, die zeigen sollen warum Jugendliche, durch ihr soziales Umfeld in eine Krise geraten.	Fair 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die demographischen Daten und die Rekrutierung des Samples sind beschrieben und auch warum man genau 65 PartizipantInnen einschließt.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Datenerhebung wird nur kurz beschrieben.	Poor 2
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between	

researchers and participants been adequately considered?	
Ethische Prinzipien bzw. das Einholen eines Ethikvotums werden nicht erwähnt.	Very Poor 1
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate sind sehr ausführlich und genau beschrieben. Sie werden in folgende 5 Kategorien eingeteilt: Familienkonflikte als Situationen für eine Krise, Diagnosen und Unterschiede zu den Erwachsenen und therapeutische Herangehensweise und Befolgung der PatientInnen, Evaluation des therapeutischen Erfolgs und als letzte Kategorie Zusammenarbeit mit der sozialen Umgebung.	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Ergebnisse dieser Studie sind generalisierbar und gut auf eine größere Gruppe übertragbar.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Zum Schluss wird eine Forschungsempfehlung gegeben.	Fair 3
Total: Ergebnis von 36 Punkten	25 (69%)

Berrino, A, Ohlendorf, P, Duriaux, S, Burnand, Y, Lorillard, S & Andreoli, A 2011, 'Crisis intervention at the general hospital: an appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients', *Psychiatry Res*, vol. 186, no. 2-3, pp. 287-92, doi:10.1016/j.psychres.2010.06.018

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält alle wichtigen Keywords, sowie Setting, Population und das Thema nur das Design fehlt im Titel. Der Abstract ist als Fließtext verfasst und beinhaltet: Stichprobengröße, Methode, Datenerhebungsmethode, Ergebnisse und eine Schlussfolgerung.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist verständlich und ausführlich geschrieben, sie beinhaltet auch eine Literaturreview und sie geht vom Allgemeinen zum Spezifischen.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist mit Unterüberschriften verständlich gegliedert. Es sind Details von der Datenerhebung und der Datensammlung enthalten.	Fair 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie war passend um das Ziel zu erreichen. Es wurden die Charakteristika der Stationen in einer Tabelle aufgezeigt, aus denen sie die PartizipantInnen rekrutierten. Weiters wurden die Ein- und Ausschlusskriterien und die demographischen Daten beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Datenerhebung und Datensammlung sind sehr genau beschrieben.	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	

Das Ethikvotum wurde von einem Ethikkomitee eingeholt und es gab einen informed consent.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate sind mit Hilfe von Diagrammen und Tabellen veranschaulicht und übersichtlich dargestellt. Die Diskussion ist in Limitationen und Diskussion der Resultate unterteilt.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Ergebnisse sind generalisierbar.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Forschungs- und Praxisempfehlung sind vorhanden.	Good 4
Total: Ergebnis von 36 Punkten	31 (86%)

Wharff, EA, Ginnis, KM & Ross, AM 2012, 'Family-based Crisis Intervention with Suicidal Adolescents in the Emergency Room: A Pilot Study', Social Work, vol. 57, no. 2, pp. 133-43, doi:sw/sws017

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält alle wichtige Keywords und das Design der Studie, er ist leicht verständlich und kurzgehalten. Den Abstract findet man als Fließtext verfasst mit allen wichtigen Informationen und Teilen. Schlussfolgerung sowie Ergebnisse sind gegeben nur die Forschungs- und Praxisempfehlung fehlen.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist übersichtlich aufgebaut und geht vom Allgemeinen zum Speziellen. Zum Schluss wird eine Hypothese über die Intervention aufgestellt. Weiters in der Einleitung zu finden ist die bisherige Literatur.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist für die Forschungsfrage passend und wird sehr genau beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien sowie die statistische Analyse sind beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie ist passend für die Forschungsfrage. Das Rekrutieren des Samples ist genau beschrieben und mit Hilfe einer Grafik dargestellt.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Datenanalyse wurde mit standardisierten Methoden durchgeführt und ebenfalls in einer Tabelle dargestellt.	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between	

researchers and participants been adequately considered?	
Informed consent wurde von allen PatientInnen und Familienangehörigen eingeholt. Das Einholen eines Ethikvotums ist nicht beschrieben.	Poor 2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Resultate wurden gut dargestellt und sie sind klar verständlich.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Ergebnisse sind gut auf eine größere Population generalisierbar, da 2 Studien durchgeführt wurden.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse dienen einer Wissenserweiterung auf eine Forschungs- bzw. Praxisempfehlung wurde verzichtet.	Fair 3
Total: Ergebnis von 36 Punkten	29 (81%)

Viney, LL, Benjamin, YN, Clarke, AM & Bunn, TA 1985, 'Sex differences in the psychological reactions of medical and surgical patients to crisis intervention counseling: Sauce for the goose may not be sauce for the gander', Social Science & Medicine, vol. 20, no. 11, pp. 1199-205

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Die Keywords sind im Titel enthalten, das Design fehlt jedoch. Der Abstract wurde als Fließtext verfasst und ist ein wenig unübersichtlich. Praxis- und Forschungsempfehlung fehlen.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung enthält ein Literaturreview. Es wird auch bereits in der Einleitung beschrieben, dass Forschungsdesign und die Hypothesen, die aufgestellt wurden, im Text nicht genauer erklärt werden. Am Ende der Einleitung findet man eine Forschungsfrage und Erwartungen der Forscher werden genannt.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil wurde mit Subkategorien gegliedert und ist sehr ausführlich aufgezeigt. Die verwendeten Skalen und die Prozedur beim Interview sind ausführlich und verständlich geschrieben. Design, Stichprobengröße, Datensammlungsmethode und Setting ist ebenfalls enthalten.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sample sowie die demographischen Daten sind genannt.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Datenanalyse und Datenerhebung sind kurz dargestellt.	Poor 2
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	

Das Einholen eines Ethikvotums ist dargestellt und auch der informed consent wurde von den PartizipantInnen eingeholt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate findet man in einem kurzen Fließtext und mit Tabellen dargestellt.	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der großen Population sind die Ergebnisse gut übertragbar bzw. generalisierbar. In der Studie wird auch genannt, dass die Population repräsentativ für die PatientInnen des Krankenhauses sind.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind für die weitere Forschung brauchbar und es gibt einen Hinweis für eine Forschungsempfehlung im Text.	Fair 3
Total: Ergebnis von 36 Punkten	28 (78%)

Youssef, FA 1984, 'Crisis intervention: a group-therapy approach for hospitalized breast cancer patients', Journal of Advanced Nursing, vol. 9, no. 3, pp. 307-13, doi:10.1111/j.1365-2648.1984.tb00375.x

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält alle wichtigen Keywords, Studiendesign ist jedoch nicht enthalten. In Form eines Fließtextes ist der Abstract verfasst und somit ein wenig unübersichtlich zu lesen. Im Abstract sind Forschungsziel, Background, Stichprobengröße, Datenerhebungsmethode, Ergebnisse und eine Schlussfolgerung zu finden. Eine Praxis- bzw. Forschungsempfehlung fehlt.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist mit Unterüberschriften übersichtlich gegliedert und sehr genau beschrieben. Ein Literaturüberblick sowie ein theoretischer Rahmen ist gegeben. Das Forschungsziel fehlt am Ende der Einleitung.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Im Methodenteil befindet sich das Setting, und die genaue Beschreibung der Datenerhebung bzw. der Interviews. Weiters wird das Instrument zur Datenerhebung das Sample sehr genau beschrieben. Auch die Intervention des Pflegepersonals ist ausreichend dargestellt.	Fair 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sample und die Rekrutierung ist genau bezeichnet, die Ein- und Ausschlusskriterien sind festgelegt und es wird beschrieben warum manche PatientInnen nicht teilgenommen haben bzw. abgebrochen haben. Die Samplemethode bzw. das Sample ist für die Forschungsfrage passend. Demographische Daten wurden mit Hilfe einer Tabelle dargestellt.	Fair 3

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse ist kurz beschrieben.	Poor 2
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Auf eine gute Beziehung zwischen PatientInnen und Personal wurde geachtet. Ein Ethikvotum oder der informed consent ist jedoch nicht beschrieben.	Poor 2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Resultate sind als Fließtext mit Subkategorien sowie als Tabellen übersichtlich dargestellt. Mit den Ergebnissen ist es möglich die Forschungsfrage gut zu beantworten.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der kleinen Population in der Interventionsgruppe ist die Übertragbarkeit auf eine größere Gruppe nur schwer möglich, dennoch dienen die Ergebnisse der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Forschungs- sowie Praxisempfehlung sind gegeben.	Good 4
Total: Ergebnis von 36 Punkten	27 (75%)

Dimenstein, MDB, Gruska, V & Leite, JF 2015, 'Psychiatric Crisis Management in the Emergency Care Hospital Network', Paideia (0103863X), vol. 25, no. 60, pp. 95-103, doi:10.1590/1982-43272560201512

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Setting und das Thema sind im Titel enthalten, Population und Studiendesign fehlen. Der Abstract ist als Fließtext verfasst und enthält: Hintergrund, Datenerhebung, Stichprobengröße, Ergebnisse und Schlussfolgerung. Praxis und Forschungsempfehlung sind nicht enthalten.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung enthält einen Literaturüberblick über die aktuelle Forschung und ist als Fließtext verfasst. Sie fängt mit dem allgemeinen Teil an und endet dann mit dem spezifischen Teil. Am Ende der Einleitung ist das Forschungsziel beschrieben.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist übersichtlich gegliedert und gut beschrieben. Das Sample, die Datenanalyse, die Ethik und die Instrumente der Datenerhebung werden in einer eigenen Kategorie beschrieben. Für die Fragestellung ist die Methode passend gewählt.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die verschiedenen Arbeitsplätze des Samples sind genau beschrieben. Es wird auch genau dargestellt welche unterschiedlichen Berufsgruppen teilnehmen. Rekrutierung bzw. Ein- und Ausschlusskriterien sind nicht beschrieben.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Datenanalyse wurde genau beschrieben, die Daten wurden	Fair 3

transkribiert und dann in verschiedenen Blöcken bearbeitet.	
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ein Ethikvotum wurde von der Universität und einem Krankenhaus eingeholt und von allen PartizipantInnen wurden der informed consent eingeholt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate sind ausführlich in einem Fließtext dargestellt und werden in 3 Kategorien unterteilt. Tabellen und Diagramme fehlen würden aber vielleicht das Verstehen, der Ergebnisse erleichtern.	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ergebnisse könnten auf eine größere Population übertragen werden.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Eine Praxis- und Forschungsempfehlung ist gegeben.	Fair 3
Total: Ergebnis von 36 Punkten	29 (81%)