

# *BACHELORARBEIT*

## **Pflege von suizidgefährdeten Personen und deren Angehörigen – präventive Maßnahmen und deren Umsetzung im Setting Krankenhaus: Ein Literaturreview**

eingereicht von  
Vanessa Fiausch

zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Nursing Science  
(BScN)

Medizinische Universität Graz  
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von  
Dr. med. univ. Christian Vajda, MPH

Graz, 29.03.2019

## **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, 29.03.2019

Vanessa Fiausch, eh

## **Vorwort**

Hat nicht jeder Mensch ein Recht auf Selbsttötung?

Ein Zitat vom Schriftsteller, Widerstandskämpfer gegen den Nationalsozialismus, sowie dessen Opfer und zugleich auch Philosoph Jean Améry: „Leben und Scheitern sind identisch“, spiegelt dieses Recht wider. Es ist eigentlich die humanste und verständlichste Reaktion nach einem Scheitern das Leben selbst zu beenden, als diese Tortur über viele Jahre hinweg mit sich tragen zu müssen (Améry J., 1976). Der Mensch hat die Freiheit und das Recht über sein Leben und seinen Tod selbst zu entscheiden (Schmid O., 2016). Wobei dieses Recht aufgrund der aktiven und passiven Sterbehilfe eingeschränkt ist. Die aktive direkte Sterbehilfe beinhaltet jede Maßnahme die das Ziel hat, einen Menschen zu töten und ist in Österreich rechtlich strikt verboten (Ladstätter M., 2018). In nur drei europäischen Ländern ist die aktive direkte Sterbehilfe rechtlich erlaubt: Belgien, Niederlande und Luxemburg (Bello et al., 2018). Bei der passiven Sterbehilfe hingegen, werden bestimmte Behandlungen auf Wunsch der Patientin oder des Patienten unterlassen, beziehungsweise abgebrochen. Dazu zählt auch das Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen und ist in Österreich erlaubt (Schmitt et al., 2018). Zusätzlich hierzu gibt es noch die aktive indirekte Sterbehilfe, bei dieser der beschleunigte Tod als Nebenwirkung von verabreichenden Medikamenten die zur Schmerzlinderung dienen, herbeigeführt wird (Brany et al., 2019).

Auch der eher rational orientierte Philosoph Sokrates war der Meinung, dass der Mensch durchaus das Recht hat sein Leben selbstbestimmend zu beenden. Im Gegensatz dazu, lehnten die Philosophen Immanuel Kant und Arthur Schopenhauer das Recht auf Selbstmord ab. „Der Mensch müsse sich seiner Verantwortung gegenüber der Gemeinschaft, Gott und dem Leben stellen und dürfe sich nicht mit Selbstenttäuschungen aus dem Leben schleichen.“ (Schmid O., 2016). Erwin Ringel (1978) widerspricht ebenso diesem Recht und formuliert eine Gegenthese: „Leben und Scheitern müssen nicht ident, Dasein muß [sic!] nicht ein Friedhof begrabener Wünsche sein.“ Dabei betont er aber stets, dass sich jeder Mensch hierzu seine eigene Meinung bilden sollte.

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	V
Abbildungsverzeichnis .....	V
Zusammenfassung .....	VI
Abstract .....	VII
1. Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund .....	1
1.1.1. Definitionen .....	1
1.1.2. Risikofaktoren.....	5
1.1.3. Pflegediagnosen.....	9
1.2. Problemdarstellung.....	10
1.3. Pflegerelevanz.....	11
1.4. Forschungslücke, Forschungsziel und Forschungsfrage.....	13
2. Methodik.....	14
2.1. Literaturrecherche .....	14
2.2. Auswahl der Studien.....	15
2.3. Kritische Bewertung der Studien .....	17
3. Ergebnisse.....	18
3.1. Charakteristika der ausgewählten Studien.....	18
3.2. Fortbildungsprogramme.....	24
3.2.1. Haltung und Einstellung.....	24
3.2.2. Erkennung von Risikofaktoren .....	25
3.2.3. Selbstvertrauen .....	26
3.2.4. Wissenserweiterung .....	27
3.3. Assessmentinstrumente und Skalen.....	27
3.4. Interventionen zur Suizidprävention.....	32
3.5. Barrieren der Umsetzung.....	34
4. Diskussion .....	35
5. Schlussfolgerung .....	40
6. Stärken und Limitationen .....	41
7. Praxis- und Forschungsempfehlungen.....	42
8. Literaturverzeichnis.....	44
9. Anhang.....	49
9.1. Bewertung der analysierten Studien .....	49

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Suchanfrage in den Datenbanken PubMed und CINAHL .....14

Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien .....19

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses .....16

## **Zusammenfassung**

*Hintergrund:* Der Suizid ist in diesem Jahrzehnt noch immer ein globales Problem. Die Personen werden nach einem Suizidversuch oft mit den einhergehenden somatischen Beschwerden stationär in einem Krankenhaus aufgenommen. Aber auch Menschen, die beispielsweise eine schwere oder lebensverkürzende Diagnose erhalten, könnten daraufhin suizidal reagieren. Das Pflegefachpersonal ist mit suizidgefährdeten Patientinnen und Patienten meist unvorbereitet und überfordert, vor allem diejenigen, die keine Erfahrung damit aufweisen können. Um die Suizidprävention im Setting Krankenhaus auszuweiten und im Zuge dessen einen stationären Suizid zu verhindern, bedarf es adäquater pflegerischer Maßnahmen und guter interdisziplinärer Zusammenarbeit.

*Ziel:* Das Ziel dieser Arbeit ist es, sämtliche Möglichkeiten der pflegerischen Interventionen zur Unterstützung und Erkennung von suizidgefährdeten Patientinnen und Patienten, die sich in einem Krankenhaus anbieten, aufzuzeigen.

*Methode:* Für dieses Review wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL im Oktober und November 2018 durchgeführt. Aus den letzten 10 Jahren sind 5 quantitative, 2 qualitative sowie 2 Mixed- Method Studien hervorgegangen und diese wurden nach einer kritischen Bewertung analysiert und inkludiert.

*Ergebnisse:* Die Maßnahmen, um einen stationären Suizid zu verhindern, die Suizidprävention zu erweitern und eine optimale Therapie zu gewährleisten, sind sehr vielfältig. Möglichkeiten wie Fortbildungsprogramme für das Pflegefachpersonal, Assessments und Skalen zur Risikoeinschätzung wurden evaluiert. Interventionen die einer Prävention dienen, aber auch Barrieren die eine Umsetzung dieser verhinderten, werden aufgezeigt.

*Schlussfolgerung:* Professionelle Pflegepersonen verbringen sehr viel Zeit mit Patientinnen und Patienten die ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen und sind daher in der interdisziplinären Zusammenarbeit von großer Bedeutung. Dazu sind auch beispielsweise Kommunikations- und Beobachtungsfähigkeiten notwendig, um möglichst schnell eine Veränderung zu erkennen und adäquat zu handeln.

*Schlüsselwörter:* *suicid\*, prevent\*, nurs\*, inpatient care, hospital*

## **Abstract**

*Background:* Suicide is still a global issue in this decade. People after a suicide attempt often associated with somatic symptoms are admitted to the hospital. However, people who are diagnosed with a severe or life- shortening disease may also react suicidal. The nursing staff is usually unprepared and overwhelmed with suicidal patients, especially those, who have no experience. In order to expand suicide prevention and to avoid inpatient suicide in hospitals, adequate nursing measures and interdisciplinary cooperation are required.

*Aim:* The aim of this literature review is, to show the possibilities of nursing interventions to support and recognize patients at risk of suicide offered in a hospital setting.

*Method:* A literature search in the databases PubMed and CINAHL was performed in October and November 2018. From the last 10 years, 5 quantitative, 2 qualitative and 2 mixed- method studies matched the inclusion criteria. Those studies were critically review, analyzed and included.

*Results:* The measures to prevent suicide on the ward, to extend suicide prevention and to ensure ideal therapy have shown to be very diverse. Possibilities such as training programs, that were made available to nursing staff, assessments and scales for risk assessment were evaluated, preventative interventions, but also barriers that prevented their implementation are pointed out.

*Conclusion:* Professional nurses spend a lot of time with patients who have an increased suicidal risk and are therefore of great importance in an interdisciplinary team. This also requires communication, observation skills and competence in order to recognize a change as quickly as possible in order to act appropriately.

*Keywords:* suicid\*, prevent\*, nurs\*, inpatient care, hospital

# 1. Einleitung

## 1.1 Hintergrund

Im folgenden Kapitel wird der theoretische Bezugsrahmen erläutert.

### 1.1.1. Definitionen

#### Suizid

Der Begriff „Suizid“, oder wie im Volksmund bekannt „Selbsttötung“, „Selbstmord“ wird vom lateinischen *suicidium* aus *caedium* und *sui* abgeleitet und bedeutet „Tötung seiner selbst“ (Stangl W., 2018). Carlos Watzka (2008) beschreibt ihn als eine Handlung mit tödlichem Ausgang. Dabei geht der Verstorbene mit Wissen und in Erwartung eines tödlichen Ausgangs einher, die er selbst geplant und ausgeführt hat. Es besteht der Wunsch Veränderungen herbeizuführen. Im Vergleich dazu, beschreibt die WHO (2016) den Suizid kurz und knapp, als: „Der Akt der bewussten Selbsttötung.“

#### Suizidalität

Der Begriff „Suizidalität“ oder auch „suizidales Verhalten“, wird von Wolfersdorf (2008) sehr umfassend beschrieben. Es beinhaltet die Summe aller Denk-, Verhaltens- und Erlebensweisen von Menschen. Dabei kann der angestrebte Tod durch aktives Handeln, durch passives Unterlassen oder durch Handeln lassen herbeigeführt werden. Die Suizidalität wird zwischen akuter und chronischer unterschieden.

*„Das Zusammentreffen mit konkreten Suizidgedanken, unter Umständen in einer aktuellen Krise oder Belastungssituation oder nach einer akuten Traumatisierung, kombiniert mit Hoffnungslosigkeit, Angst-, Erregungs-, Unruhezuständen und Schlafstörungen“ (Aichhorn et al., 2011: 9),*

wird als akute Suizidalität definiert. Im Gegensatz dazu wird die chronische als immer wiederkehrende suizidale Krise in Kombination mit mehreren Suizidversuchen über Jahre hinweg erlebt (Giernalczyk T., 1999). Das suizidale Verhalten wird oft durch Tabuisierung, Stigmatisierung sowie Schuld- und Schamgefühle verschleiert (WHO, 2016).



## **Suizidgedanken**

Einhergehend mit der Suizidalität, verfügt der Kranke über sämtliche Gedanken eines Suizides. Diese nennt man Suizidgedanken und werden zwischen aktiven und passiven Gedankengänge unterteilt. Der aktive Suizidgedanke beinhaltet jene Gedanken, die sich mit dem Ergreifen von Maßnahmen, einschließlich ermitteln einer Methode, Plan und/ oder Handlungsabsicht das Leben zu beenden, beschäftigen. Der passive Suizidgedanke beinhaltet „Gedanken über den Tod oder den Wunsch, mit irgendeinem Plan oder Absicht tot zu sein“ (Turecki and Brent, 2016).

## **Suizididee**

Eine Suizididee kann das Nachdenken über den allgemeinen Tod, oder auch den eigenen Tod beinhalten. Zudem sind auch Todeswünsche und suizidale Ideen inkludiert. Es handelt sich um konkrete Vorstellungen von der suizidalen Handlung (Bronisch T., 2008).

## **Suizidversuch**

Ein Suizidversuch ist laut Salimi et al. (2017) eine: „Suizidale Handlung, bei der die Vollendung im Vordergrund steht. Von einem Suizidversuch spricht man insbesondere nach einem missglückten, eindeutigen Versuch sich das Leben zu nehmen.“ Bei einem Suizidversuch muss es jedoch nicht unbedingt zu körperlichen Verletzungen kommen (Posner et al., 2007). Jüngere Menschen die einen Suizidversuch unternehmen wollen meist Aufmerksamkeit erregen oder wollen Feindseligkeit zum Ausdruck bringen (Turecki and Brent, 2016). Bronisch T. (1999) unterteilt die Suizidversuche nach den Motiven der Betroffenen. Die parasuizidale Pause hebt den Wunsch einer Zäsur in den Vordergrund. Der Kranke will, beispielsweise mit Tabletten, „einfach mal abschalten“. Eine parasuizidale Geste beschreibt einen Appell an die Mitmenschen. Der Suizidversuch findet meist in Anwesenheit von vertrauten Personen statt, oder die Personen sind nach einem Versuch leicht aufzufinden. Ziel dieser Menschen ist es, auf ihre Not aufmerksam zu machen. Eine parasuizidale Handlung wird als eine Autoaggression beschrieben, die im Sinne eines missglückten Suizides steht.

## **Non- Suizid- Vertrag**

In der Praxis werden oft, so genannte „Non- Suizid- Verträge“ vereinbart. Dieser Vertrag wird zwischen der Pflegerin oder dem Pfleger und der Patientin oder dem Patienten schriftlich aufgesetzt. Dieser beinhaltet das Versprechen, dass sich die Patientin oder der Patient während einer gewissen Zeitspanne, die gemeinsam vereinbart wird, unabhängig vom Verlauf der Therapie oder anderen äußeren Einwirkungen, nicht das Leben zu nehmen. Dennoch wird dieser Vertrag von der APA (American Psychiatric Association) sehr kritisiert, da die Wirksamkeit bis dato nicht empirisch bestätigt wurde (Brüderl J., 2017).

## **Suizidale Krise**

Bestimmte Situationen können eine suizidale Krise auslösen. Zu diesen bestimmten Situationen gehören Verluste, dabei kann es sich um den Tod einer nahestehenden Person handeln, aber auch das Scheitern einer Partnerschaft. Zurückweisungen und Kränkungen im beruflichen oder auch im privatem Alltag können derartige Krisen hervorrufen (Eink et al., 2016). Eine Krise entsteht, wenn sich ein Hindernis einem Menschen auf dem Weg zu bedeutenden Lebenszielen in den Weg stellt und dieser es im Moment mit seinen allgegenwärtigen Problemlösungsmethoden nicht beseitigen kann (Caplan G., 1961).

Dabei diskutiert Ringel E. (1978), dass die Krise nichts abnormales und auch nicht krankhaft sei. Sie kommt in jedem Leben mal vor, ohne sie wäre die menschliche Weiterentwicklung nicht möglich.

## **Präsuizidales Syndrom**

Ringel E. (1953) beschreibt, dass die Ursache der Selbstmorde in der Entwicklung der Persönlichkeit und des Lebensweges und nicht in der akuten Situation welche unmittelbar vor der Tat liegt. Diese Entwicklung wird durch Traumatisierungen die im Laufe aller wichtigen Lebensgebiete geschehen verstärkt. Dabei betont Ringel, dass die meisten Traumata in der Kindheit zustande kommen, aber auch Schicksalsschläge werden miteinbezogen.

Infolgedessen kommt es:

1. zu größerer Einengung,
2. zu verstärkter Aggression,
3. zur Flucht in eine Phantasiewelt.

Das Resultat aus diesen Trias ist das „präsuizidale Syndrom“. Dieses Syndrom ist dafür da, eine rechtzeitige Erkenntnis einer künftigen Suizidgefahr zu ermöglichen (Ringel E., 1953, p.103), sprich ein psychischer Zustand, der dem Selbstmord vorausgeht (Ringel E., 1978, p.48).

Die Entwicklung der Einengung erfolgt in drei Phasen. Die erste wird als „Verlust der expansiven Kräfte“ bezeichnet. Diese setzt laut Ringel E. schon in der Kindheit ein. Dabei spielt Angst eine bedeutsame Rolle. Viele Dinge werden dadurch nicht angestrebt und viele Möglichkeiten schon im Vorhinein nicht in Betracht gezogen. Später verstärkt sich diese Haltung und einzelne Lebensgebiete existieren für die Betroffene, für den Betroffenen nicht mehr. Die Hauptgründe dafür sind Angst vor Niederlagen, Verantwortung, sowie das Minderwertigkeitsgefühl. Die zweite Phase ist die „Stagnation“. Der Mensch bewegt sich nach der Einengung immer wieder im selben Kreis und an derselben Stelle. Er hat ständig die gleichen Gedanken und geht mit eintöniger Verhaltensweise an die Dinge heran, die immer dieselben Resultate mit sich bringen. Die Menschen sind nicht fähig aus diesen negativen Ereignissen zu lernen, sie verhalten sich weiterhin passiv und empfinden das Leben kontinuierlich als hoffnungslos. Der Kreis in dem sie sich bewegen, wird immer enger, im Endeffekt wollen sie keine neuen Erfahrungen mehr sammeln und auch keine neuen Menschen mehr kennen lernen. Die dritte und letzte Phase ist die „Regression“. In dieser Phase konzentriert sich der Kranke nicht mehr auf die Zukunft, sondern mehr auf die Vergangenheit. Die Erinnerungen dominieren, auch die Liebesfähigkeit erlischt. Sie sind nicht mehr imstande zu lieben, die einzige Liebe wird dem Ich zugewandt (Ringel E., 1953, p. 117-119).

Der zweite Punkt des „präsuizidalen Syndroms“ ist die Aggression. Wiederrum beginnen die Aggressionstendenzen in der frühesten Kindheit. Diese verstecken sich oft unter vielerlei Masken und werden nicht immer gezeigt. Die Aggression ist für lange Zeit gehemmt und kann nicht entladen werden.

Deshalb wendet sich diese Aggression gegen das eigene Ich und die Suizidgefahr beginnt. Ringel E. hat nach zahlreichen Untersuchungen herausgefunden, dass die Ich-gerichtete Aggression im Grunde genommen andere unerreichbare Objekte sind. Es ergaben sich drei Aggressionsobjekte. Das erste Aggressionsobjekt richtet sich gegen „die Menschen der nächsten Umgebung“. Dabei sind Eltern, Ehepartner, Verwandte und nahestehende Personen gemeint. Das zweite Objekt ist „die Gemeinschaft“. Die Aggression über einzelne Personen breitet sich gegen die gesamte menschliche Gesellschaft aus, im schlimmsten Fall sogar gegen die ganze Welt. Das letzte Aggressionsobjekt bezieht sich auf den „Gott“. Ringel E. beschreibt damit: „Von Gott hat er das Leben empfangen, aber Gott hat es seiner Meinung nach im Leben nicht gut mit ihm gemeint und deswegen lehnt er das empfangene Leben ab.“ (p.127-136).

Der letzte Punkt der Trias des „präsuizidalen Syndroms“, ist die „Flucht in die Irrealität“. Es handelt sich hierbei nur um ein Begleitsymptom. Die Kranken leben hierbei ihre individuelle Phantasie aus, stellen sich ihre schöne Welt vor und durchlaufen stetig ihren Selbstmordplan. Das erste Auftauchen von Selbstmordgedanken ist schon der Beginn der passiven Phantasie. Die Phantasie gaukelt dem Menschen, vor allem den Jugendlichen, in der präsuizidalen Phase oft eine Illusion vor. Eine Illusion die zeigt, der Mensch könne seinen eigenen Tod körperlich überleben und somit sein eigenes Begräbnis betrachten, die Trauer und Reue von Familie und Freunde sehen. Dies alles lässt sich wieder auf das Anstreben von Aufmerksamkeit zurückführen (p.144-153).

### **1.1.2. Risikofaktoren**

Es ist von großer Bedeutung Risikofaktoren zu kennen und vor allem zu erkennen. Die Faktoren können direkt zu suizidalem Verhalten beitragen, aber auch einen psychisch Kranken indirekt beeinflussen. Möglich ist auch, dass sich verschiedene Risikofaktoren gegenseitig beeinflussen und auch gleichzeitig auftreten. Die WHO (2016) unterteilt die Hauptrisikofaktoren für einen Suizid in Gesundheitssysteme, Gesellschaft, Kommune, Beziehungen und Individuum.

## **Gesundheitssysteme**

Eine zusätzliche Begleiterkrankung oder auch Begleiterkrankungen, steigern das Suizidrisiko enorm. In Österreich kann eine gute medizinische Versorgung zwar gewährleistet werden, jedoch können beispielsweise chronische Erkrankungen zu einer massiven Verschlechterung des psychosozialen Gesundheitszustandes beitragen. In Folge dessen kann dies direkt oder indirekt zu einer Depression führen und somit eine mögliche Suizidalität verursachen.

## **Gesellschaft**

Der Hauptrisikofaktor in einer Gesellschaft ist oft der leichte Zugang zu suizidalen Hilfsmitteln, wie Schusswaffen, Medikamente oder auch Pestizide. Aber auch Medien beeinflussen die Menschen sehr stark, vor allem die jüngere Generation ist davon sehr betroffen. Ein unangemessenes Aufzeigen von Suizidmethoden, ausschweifende Berichte von bekannten Persönlichkeiten oder auch das Publizieren von unangebrachten Bildern erhöhen das suizidale Verhalten nachweislich. In der Medienwirkungsforschung und Suizidforschung wird dies als der „Werther- Effekt“ bezeichnet (Stangl W., 2019) und wird als „Suizid durch das Vorbild anderer“ beschrieben (Scherr and Steinleitner, 2015). Im Gegensatz dazu, beschreibt der „Papageno- Effekt“ eine präventive Wirksamkeit medialer Berichterstattung (Stangl W., 2019).

## **Kommune und Beziehungen**

Die soziale Umgebung beeinflusst einen Menschen im suizidalen Verhalten sehr stark. Darunter zählen verschiedene kulturelle, religiöse, rechtliche und geschichtliche Faktoren. Aber auch Katastrophen, Kriege und Konflikte, sowie Diskriminierungen, Traumata, Missbrauch und Verluste müssen beachtet und in die Risikobewertung miteinbezogen werden. Vor allem der Punkt Diskriminierung wird laufend thematisiert. Mobbingopfer, vor allem in Schulen und an Arbeitsplätzen, aber auch Cyber- Mobbing, Flüchtlinge, Asylsuchende und Migranten benötigen Obacht. Dies gilt gleichermaßen auch für Homosexuelle, Transsexuelle oder auch Bisexuelle. Emotionale Belastungen oder schlimmer noch, Depressionen können durch Traumata, Missbrauch oder sonstige individuelle Faktoren ausgelöst werden.

Darunter werden Folter, vor allem von Flüchtlingen oder Asylsuchende, sexueller oder emotionaler Missbrauch, psychische Gewalt, Vernachlässigungen, Misshandlungen, Kinder die in Heimen untergebracht werden, aber auch Trennung oder Scheidung der Eltern das womöglich Leid auslöst, verstanden (Matel-Anderson and Bekhet, 2016).

Ältere und alleinstehende Personen in Kombination mit dem Gefühl der Einsamkeit oder Isolierung sind bekannte Risikofaktoren, die die Suizidalität erheblich erhöhen.

### **Individuum**

Zu den individuellen Risikofaktoren zählen: frühere Suizidversuche, psychische Erkrankungen, Missbrauch von Alkohol und Drogen, Job- oder finanzieller Verlust, Hoffnungslosigkeit, chronische Schmerzen und Krankheiten, genauso wie erfolgter Suizid in der Familiengeschichte und genetische Faktoren. Der größte und vermutlich der bekannteste Risikofaktor, sind psychische Erkrankungen. Laut WHO leiden 90% der Menschen, die in Ländern mit hohem Einkommen leben und zudem einen Suizid begehen, unter mindestens einer psychischen Krankheit. In asiatischen Ländern liegt die Zahl bei etwa 60%. Wenn ein Mensch unter Depression, Substanzmissbrauchserkrankungen leidet oder nicht sozial integriert ist, heißt das nicht gleich, dass dieser suizidgefährdet ist. Die Menschen die einen Suizidversuch, oder sogar vielerlei Suizidversuche bereits unternommen hatten, weisen unter Umständen eine signifikante psychiatrische Komorbidität auf. Depression und Alkoholmissbrauch stehen am häufigsten in Verbindung mit psychiatrischem Verhalten. Je mehr psychische Erkrankungen ein Mensch hat, desto höheres Suizidrisiko besteht. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen zwei- bis dreimal häufiger ein suizidales Verhalten auf. Krebs, Diabetes Mellitus und HIV/ AIDS, aber auch neurologische Entwicklungsstörungen, Körperbehinderungen und seelische Belastungen, erhöhen das Risiko, einen Suizidversuch zu unternehmen. Ein Suizid innerhalb der Familie ist tragisch und steht in Verbindung mit Trauer, Stress, Ängsten, Verzweiflung und auch Schuldgefühlen. Das Familienglück und die Dynamik sind zerstört und Schamgefühle können verhindern, dass die Betroffenen Hilfe suchen.

Deshalb haben auch Suizid- Hinterbliebene ein erhöhtes Risiko an einer psychischen Krankheit zu erkranken und dem Suizid zu verfallen (WHO, 2016).

### **Setting Krankenhaus**

Im stationären Setting gibt es zusätzlich zu den oben genannten Risikofaktoren, noch weitere Warnsignale für einen stationären Suizid. Zu diesen zählen: männliches Geschlecht, ein bereits geschehener Suizidversuch, eine hohe Anzahl an stationären psychiatrischen Behandlungen, affektive Erkrankungen, laut ICD-10 F30 (zum Beispiel manische und depressive Episoden) und sämtliche Formen aus dem schizophrenen Erkrankungsbereich, laut ICD- 10 F20 (beispielsweise anhaltende wahnhafte Störungen).

Höhere Gefährdung für einen stationären Suizidversuch sind Personen weiblichen Geschlechts mit einer emotionalen instabilen Persönlichkeitsstörung, laut ICD-10 F60.3 (wie impulsiver Typus oder Störungen des Selbstbildes), kürzerer Erkrankungsdauer und einem Erkrankungsbeginn in jüngeren Jahren. Auch Personen mit bereits psychiatrischen Behandlungen und früheren Suizidversuchen gelten als gefährdet (Lieb et al., 2014; ICD-10-GM, 2018).

### **Warnsignale**

Einhergehend mit den bereits vielen genannten Risikofaktoren sollten Pflegende für regelmäßige und engmaschige Kontrollen sorgen und die Patientinnen und Patienten direkt auf Suizidalität ansprechen. Dabei ist es essentiell neben dem Wissen von Risikofaktoren, auch die Warnsignale für einen drohenden Suizid zu erkennen.

Folgende Warnsignale sind zu beachten:

- schreiben eines Testaments,
- verschenken von Sachen,
- Aussagen über Sinnlosigkeit des Lebens und Impulse sich das Leben zu nehmen,
- bei bestehender depressiven Verstimmung, Antriebssteigerung durch Arzneimittel,
- plötzlich auftretende, unerklärliche Ruhe und Freude,
- sammeln und bunkern von Arzneimitteln,
- Angaben von befehlenden Stimmen, die einen Suizid befürworten,
- reden über den Tod und Suizid, insbesondere konkrete Angaben von Vorstellungen und Plänen (Menche et al., 2014, p.1340).

Das Pflegefachpersonal könnte aufgrund von inadäquatem Wissen gegenüber den Risikofaktoren und den Warnsignalen eine suizidgefährdete Patientin oder einen Patienten übersehen und eine notwendige Behandlung nicht gewährleisten. Dies gilt gleichermaßen, wenn der Fokus hauptsächlich auf physische Beschwerden gerichtet ist (Valente, 2010).

### **1.1.3. Pflegediagnosen**

Das Buch „NANDA International Pflegediagnosen“ ist im Rahmen der Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich nicht mehr wegzudenken. NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association) beschreibt Pflegesituationen und macht sich zur Aufgabe, eine standardisierte Taxonomie basierend auf Pflegediagnosen weltweit zu erstellen (NANDA-I, 2017).

Die deutsche Übersetzung von 2012 bis 2014 beinhaltet die Pflegediagnosen: „Gefahr einer fremd-/ selbstgefährdeten Gewalttätigkeit“, „Selbstverletzung“, „Selbstverletzungsgefahr“ und „Suizidgefahr“. Alle Diagnosen befinden sich in der „Domäne 11: Sicherheit/ Schutz“ unter der Klasse 3: Gewalt und sind alle von großer Bedeutung für psychiatrische Patientinnen und Patienten (Mosebach et al., 2013).



In Kontakt mit den Kranken zu bleiben und eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen ist ein wichtiges Prozessziel. Allerdings gilt als primäres Ziel, einen Suizid zu verhindern, besser gesagt einen Suizidversuch zu erkennen. Sekundär ist wichtig, die sich ständig um den Suizid drehenden Gedanken der Patientinnen und Patienten zu verändern (Sauter et al., 2006).

## **1.2. Problemdarstellung**

Im Jahr 2017 verloren in Österreich, gemäß Statistik Austria, insgesamt 83.270 Menschen das Leben. Davon entschieden sich 1224 das Leben durch Selbstmord und Selbstbeschädigung zu nehmen. Die höchste Anzahl wies mit 235 Personen Niederösterreich auf, dicht gefolgt von der Steiermark mit 229 Personen. Die Zahl der Suizidtoten war fast dreimal so hoch, wie jene der Verkehrstoten (418 Personen). Die Statistik zeigt deutlich, dass Männer (964) öfter betroffen waren als Frauen (260) (Statistik Austria, 2018). Unter anderem verdoppelt sich das Suizidrisiko ab dem 75. Lebensjahr und verdreifacht sich sogar ab dem 85. Seit den 1980er Jahren ist jedoch ein deutlicher Rückgang der Suizidtoten ersichtlich, dennoch ist seit 2008 keine fortführende Reduktion mehr beobachtbar. Eine offiziell bestätigte Zahl von durchgeführten Suizidversuchen gibt es nicht, da es entweder nicht als Suizidversuch erkennbar war, es nicht als einen solchen gesehen oder nicht dokumentiert wurde. Internationale Studien schätzen, dass diese Zahl das 10 bis 30- fache der tatsächlich erfolgten Suizide übertrifft (Grabenhofer-Eggerth et al., 2016, p. 5-13).

In den Vereinigten Staaten von Amerika gibt es die sogenannte „The Joint Commission (TJC)“. Dies ist eine unabhängige, gemeinnützige Organisation und akkreditiert, sowie zertifiziert fast 21.000 Gesundheitsorganisationen und Gesundheitsprogramme. Die Akkreditierungen und Zertifizierungen werden als ein gemeinsames Symbol für Qualität anerkannt und gelten als Verpflichtung zur Einhaltung bestimmter Leistungsstandards. Seit 1995 gibt die „Joint Commission“ den Auftrag, alle überprüfbare „Sentinel- Ereignisse“ zu melden damit die Krankenhäuser ihre Akkreditierung aufrecht erhalten können. 2004 wurde der stationäre Suizid von der Kommission zum ersten Mal als ein „National Patient Safety Goal (NPSG)“ erwähnt und ist das viert häufigste „Sentinel- Ereignis“ (Manister et al., 2017).

Es wurden in den Jahren von 2012 bis 2016 rund 85 stationäre Suizide der Kommission gemeldet (TJC, 2017). Dies entspricht ungefähr 5 bis 6% von den 30.000 Suiziden, die jährlich in den USA vollendet werden (Lynch et al., 2008).

Genauere Zahlen von Österreich konnten im Rahmen dieser Arbeit nicht recherchiert werden, da keinerlei Zahlen hinsichtlich stationärer Suizide publiziert wurden. In Großbritannien ist die Prozentzahl etwas höher als in den USA, dort passieren bis zu 12% aller Suizide auf psychiatrischen Stationen (McPherson, 2005). Die Zahl an Suiziden in diesem Bereich ist noch immer höher als auf chirurgischen oder internistischen Stationen. Dennoch wurden, beispielsweise in Hong Kong, China, in den Jahren von 2000 bis 2002, insgesamt 166 Suizidversuche in Allgemeinkrankenhäusern unternommen, 34 Fälle gingen tödlich aus (Chan et al., 2009).

### **1.3. Pflegerelevanz**

In der Regel werden Personen nach einem erfolglosen Suizid, sprich nach einem Suizidversuch, auf eine nicht- psychiatrische Station überliefert damit die somatischen Beschwerden behandelt werden. Dies stellt für das Pflegefachpersonal oft eine große Herausforderung dar, denn diese sind nicht explizit auf psychiatrische Patientinnen und Patienten geschult. Diese sind des Öfteren der Meinung, dass dies nicht ihrem Tätigkeitsbereich obliegt und wollen sich mit dem Grund des Suizidversuchs meist nicht auseinandersetzen (Wolfersdorf M., 2008, Chan et al., 2009).

Dennoch ist suizidales Verhalten nicht nur in einem bestimmten Setting vorzufinden, sondern in allen Versorgungsbereichen. Die Verantwortung und die Tätigkeitsbereiche sind stetig am Wachsen, so wird vom Pflegefachpersonal beispielsweise eine eigenständige und informierte Entscheidung abverlangt, welche wiederum eine größere Verantwortung nach sich zieht. Daraus resultiert oft eine Überforderung von Pflegerinnen und Pflegern und diese können den Anforderungen häufig nicht mehr gerecht werden (Schulz et al., 2016).

Um die Zahl der stationären Suizide zu senken, spielt die Pflege eine wichtige Rolle. Diese Rolle bezieht sich auf Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionen, sowie auf vorhandene oder potenzielle Gesundheitsprobleme. Eine der wichtigsten Aufgaben hat die Bezugspflegerperson, denn diese pflegt den regelmäßigen und persönlichen Kontakt mit den zugewiesenen Patientinnen und Patienten und ist besonders geeignet für eine therapeutische Beziehung (Abderhalden et al., 2016).

Zuvor wurde schon kurz erwähnt, dass die Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege stetig wachsen und sich steigern. Seit dem neuen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 2016 ist das Pflegefachpersonal dafür zuständig, die Persönlichkeit, beziehungsweise Identität des Kranken zu fördern, wobei die Pflegenden einzubinden und in ihrer Betreuungskompetenz zu stärken sind. Dies umfasst insbesondere das Erkennen und Vermindern von Risiken und Problembereichen, die Informationssammlung zum Lebensweg und zu den Lebenserfahrungen als Teil des Pflegeassessments, psychosoziale Interventionen, sowie den Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung und Progressionsverzögerung (Bundesministerium, 2018).

Nicht nur die suizidgefährdeten Personen benötigen Unterstützung, sondern auch deren Angehörige. Diese neigen sehr leicht dazu, zu viel Verantwortung zu übernehmen. Viele haben sogar Schuldgefühle und erleiden danach eine Überforderung (BMASGK, 2018). Auch die gesellschaftliche Auswirkung eines Suizides kann hier ein Faktor sein. So zeigt beispielsweise eine Studie von Sun et al. (2008) dass in Taiwan, Familien nach einem Selbstmord oder nach einem Selbstmordversuch von der Gesellschaft geächtet und von dieser isoliert werden.

Das allerwichtigste ist dennoch, jeden Suizidgedanken und jede Äußerung darüber, ernst zu nehmen. Gleichgültig ob von Angehörigen, Pflegerinnen oder Pflegern, Ärztinnen oder Ärzten, et cetera (Grabenhofer-Eggerth et al., 2016).

Denn es leiden nicht nur Familie, Freunde und engste Anvertraute unter diesem Ereignis, sondern auch das zuständige Pflegepersonal ist nach einem erfolgten Suizid auf einer Station oft traumatisiert. Sie fühlen sich schuldig und sind sich erst im Nachhinein den Anzeichen auf einen Suizid im Klaren. Auch bewerten sie als Folge andere Risikopatientinnen und Patienten vorsichtiger, sowie statten ihnen des Öfteren, mehr als notwendig, einen Kontrollbesuch ab (Chan et al., 2009).

#### **1.4. Forschungslücke, Forschungsziel und Forschungsfrage**

Die Anzahl der durchgeführten Suizide ist zwar gering, es gilt jedoch als vermeidbares „Sentinel- Ereignis“.

Die Pflege wird immer ein enorm wichtiger Bestandteil sein, um die Zahl der stationären Suizide zu senken und die Suizidprävention zu fördern. Es ist gleichgestellt, ob im chirurgischen-, konservativen- oder psychiatrischen Bereich. Denn suizidales Verhalten ist nicht nur in einem bestimmten Setting vorzufinden, wie schon im Kapitel 1.3 ausgeführt (Schulz et al., 2016). Es konnte in der Literatursuche kein Literaturreview gefunden werden, das speziell rein pflegerische Maßnahmen untersucht, die zur Suizidprävention dienen und stationäre Suizide verhindern.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, die pflegerisch präventiven Maßnahmen und deren Umsetzung, zur Unterstützung von suizidgefährdeten Personen im Krankenhaus, aufzuzeigen.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Welche pflegerisch präventiven Maßnahmen gibt es zur Unterstützung von suizidgefährdeten Personen im Krankenhaus?

## 2. Methodik

Damit die Forschungsfrage dieser Arbeit beantwortet werden kann, wurde ein Literaturreview durchgeführt. Ein Literaturreview ist eine kritische Zusammenfassung eines Themengebietes, die bei der Beantwortung spezifischer Forschungsfragen Unterstützung bietet (Rowley J., 2004).

### 2.1. Literaturrecherche

Die Literatursuche fand im Oktober und November 2018 statt. Es wurde in zwei ausgewählten wissenschaftlichen Datenbanken, PubMed (Public Medical Literature Online) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) recherchiert.

Es erfolgte die Verwendung englischsprachiger Keywords: „suicid\*“, „prevent\*“, „prevention“, „inpatient care“, „hospital“ und „nurs\*“.

Wenn verfügbar, wurden auch sogenannte MeSH- Terms (Medical Subject Heading) eingesetzt und mit dem booleschen Operator „AND“ verbunden.

MeSH- Terms sind Schlagwörter, die zur Beschreibung des Inhalts eines Textes in MEDLINE verwendet werden und von Fachanalysten systematisch zugeordnet werden. Der Stern nennt sich Trunkierung und dient, die Treffermenge zu erweitern und ersetzt eine beliebige Zeichenfolge (NCBI, 2018).

### Verwendete Suchabfragen

*Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL*

PubMed	((suicid*/prevention) AND inpatient care) AND hospital
CINAHL	suicid* AND prevent* AND nurs* AND hospital

Zusätzlich zur Datenbanksuche wurde eine Handsuche in Google Scholar sowie Referenzlisten anderer Literaturen durchgeführt.

Es wurden folgende Filter gesetzt:

- Publikationen in den letzten 10 Jahren (2008- 2018)
- Sprachen: Deutsch und Englisch

## **2.2. Auswahl der Studien**

### **Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien**

Es wurden nur Studien eingeschlossen, die sich auf die Prävention und pflegerischen Maßnahmen in Bezug auf Suizid im Krankenhaus beziehen. Wenn im Sample die Pflege nicht explizit genannt wurde, musste daraus geschlossen werden, dass ein anderer Gesundheitsberuf die Tätigkeiten durchgeführt hatte. Die suizidgefährdeten Personen mussten sich einer ambulanten oder stationären Behandlung unterziehen. Die Daten konnten sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten als auch aus der, der Pflegeperson erhoben worden sein. Es wurden auch Studien eingeschlossen, die sich mit der Kompetenz und dem Wohlbefinden des Pflegepersonals beschäftigen. Das Alter wurde in den Ein- und Ausschlusskriterien nicht definiert. Die Patientinnen und Patienten konnten sowohl Kinder und Jugendliche, als auch geriatrische Patientinnen und Patienten sein. Es wurden unter anderem sowohl qualitative als auch quantitative Studien inkludiert aber nur jene, die über eine Originaldatenerhebung berichteten. Ausgeschlossen wurden die Studien bei denen sich herausstellte, dass sich die Patientin oder der Patient das Leben durch eine suizidale Handlung nach der Entlassung eines Krankenhausaufenthaltes nahm.

### **Auswahlprozess**

Ein Literaturverwaltungsprogramm (EndNote X8, Clarivate Analytics) wurde verwendet, in welches alle Suchergebnisse importiert wurden. Mit den Suchanfragen von PubMed und CINAHL wurden nach Ausschluss der Duplikate 416 Treffer erzielt. Zusätzlich zu den beiden Suchanfragen wurde eine Handsuche in Google Scholar durchgeführt, aus dieser resultierten zwei Suchergebnisse. Anschließend erfolgten ein Titel- und danach ein Abstractscreening, wo sich die Studienanzahl deutlich minimierte.

Der Grund dieser Minimierung ist, dass der Großteil der Studien für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht geeignet war. 44 Abstracts erschienen aussagekräftig und von diesen wurde der Volltext gelesen. Schlussendlich wurden neun Studien in diese Arbeit inkludiert und unterzogen sich einer kritischen Bewertung. Der gesamte Auswahlprozess ist in Abbildung 1 als Flowchart dargestellt.

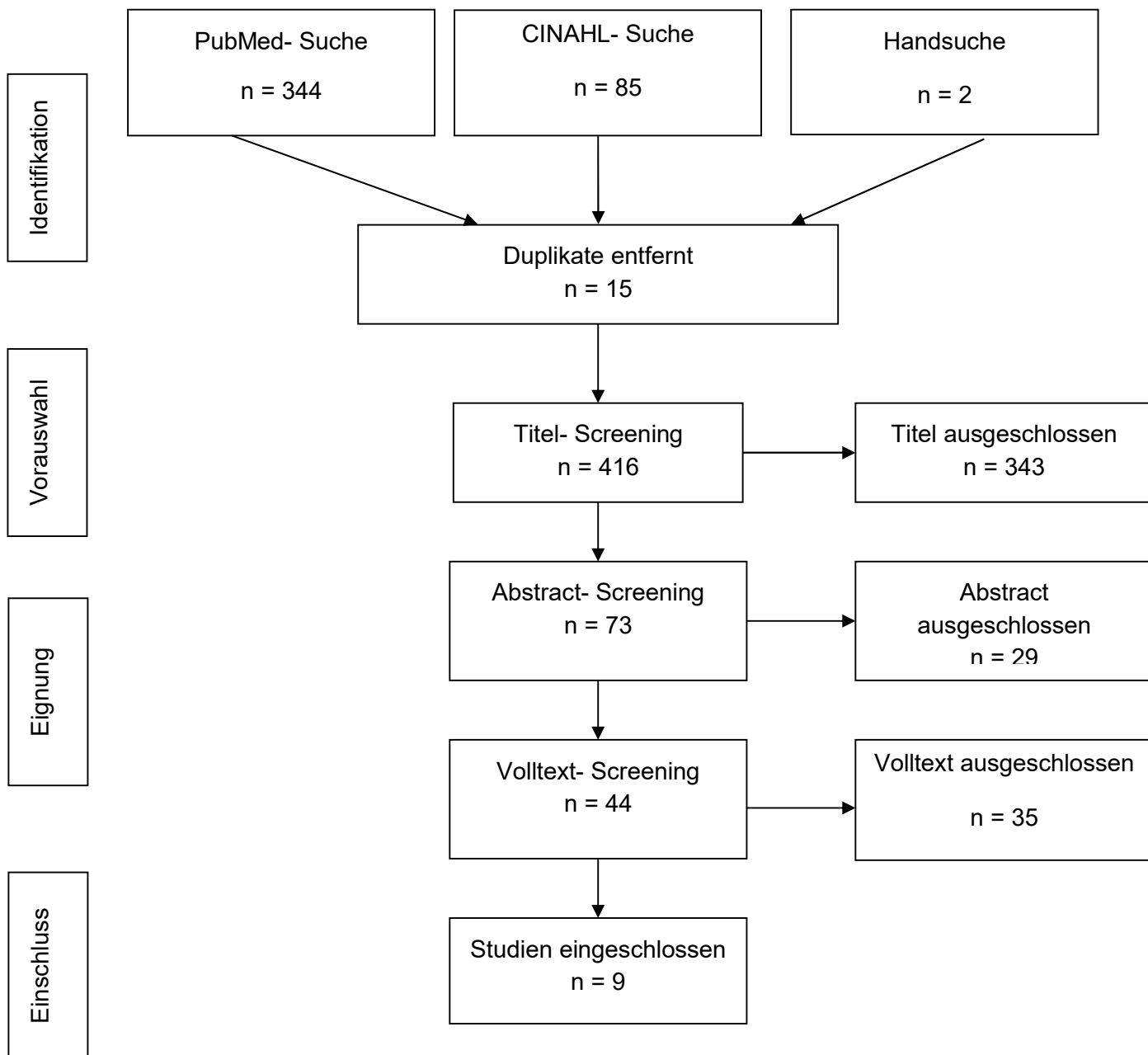


Abbildung 1: From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

### **2.3. Kritische Bewertung der Studien**

Die Qualität der neun Studien wurden anhand eines Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002) kritisch geprüft. Es wurde dieses Bewertungsinstrument gewählt, da es für qualitative als auch für quantitative Studiendesigns verwendet werden kann. Es werden insgesamt neun verschiedene Kategorien beurteilt, die im Wesentlichen den Abschnitten einer wissenschaftlichen Publikation entsprechen.

Das Bewertungsinstrument beinhaltet die Beurteilung von Titel und Abstract, der Einleitung und des Ziels, der Methoden und Datenerfassung, des Samplings, der Datenanalyse, der ethischen Gesichtspunkte und Limitationen, der Ergebnisse, der Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit, sowie der Implikationen für Praxis und Forschung.

In jeder der 9 Kategorien werden Punkte von eins bis vier vergeben, je nachdem ob die Arbeit mit *Very Poor*, *Poor*, *Fair* oder *Good* bewertet wurde. Daraus ergibt sich ein summarischer Qualitätsscore für jede Studie. Studien die bei dieser Bewertung mehr als 60% von der maximalen Punkteanzahl erreichten, wurden in dieses Review inkludiert. Alle neun Studien die mit diesem Bewertungsbogen beurteilt wurden, konnten in dieses Literaturreview eingeschlossen werden. Die Bewertungen der neun Studien sind im Anhang zu finden.



### **3. Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die Charakteristika und die Ergebnisse der neun inkludierten Studien präsentiert. Die in den einzelnen Studien dargestellten pflegerischen Maßnahmen, welche suizidgefährdeten Patientinnen und Patienten unterstützen werden verglichen und nach übergeordneten Themen kategorisiert. Die Ergebnisse werden in die Bereiche Fortbildungsprogramme, Assessmentinstrumente und Skalen, Interventionen zur Suizidprävention, sowie Barrieren der Umsetzung unterteilt.

#### **3.1. Charakteristika der ausgewählten Studien**

Von den neun Studien waren sechs in den USA, zwei in China und eine in Taiwan durchgeführt worden. Am häufigsten, fünfmal, ist eine quantitative Studie vertreten (Valente, 2010; Taur et al., 2012; Watts et al., 2012; Watts et al., 2017; Madan et al., 2015) und je zweimal eine Mixed- Method- Studie (Chan et al., 2008; Chan et al., 2009) sowie qualitative Studie (Jayaram et al., 2010; Manister et al., 2017)

Eine Übersicht über die Charakteristika der ausgewählten Studien ist in der Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien

Autor, Jahr, Land	Titel	Forschungsziel	Studien-design	Setting, Stichprobe	Erhebung	Hauptergebnisse
Sharon M. Valente  2010  USA	Oncology Nurses' Knowledge of Suicide Evaluation and Prevention	Ziel dieser Studie war es, ob Krankenschwestern anhand eines Fallbeispiels: Risikofaktoren von Suizid erkennen, eine korrekte Suizidbewertung durchführen, sowie das Wissen und Prävention von Suizid, zu überprüfen.	Quantitative Studie	Setting: onkologische Stationen  Stichprobe: 454 Krankenschwestern	Fragebogen per E-Mail	Die Krankenschwestern erkennen zu wenige Risikofaktoren und interpretieren diese oft falsch. Das Wissen von Suizidprävention und die Risikofaktoren gehören nochmals geschult.
Taur F., Chai S., Chen M., Hou J., Lin S., Tsai S.  2011  Taiwan	Evaluating the suicide risk-screening scale used by general nurses on patients with chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: a questionnaire survey	Ziel war es, eine klinische Screeningskala für Allgemeinkrankenschwestern zu entwickeln die hilft, Risikofaktoren für einen Suizid bei Patientinnen und Patienten mit COPD und Lungenkrebs, zu erkennen.	Quantitative Studie	Setting: medizinisches Center  Stichprobe: 205 Patienten (76 mit COPD, 129 mit Lungenkrebs) und 54 Krankenschwestern	2- stündiges Trainingsprogramm und Patienten-screening mittels SRS-Skala. Das Screening wurde von den Trainern überprüft und danach wurden diese mit den Selbsteinschätzungen der Patienten verglichen.	Das Training hilft, um mit den Patientinnen und Patienten ein gutes Gespräch über Suizidgedanken aufzubauen und Risikofaktoren schneller zu erkennen. Das Screening von Krankenschwestern sollte routinemäßig eingeführt werden, um eine suizidgefährdete Person frühzeitig zu erkennen. Zudem weisen Patientinnen und Patienten mit COPD eine höhere Suizidalität auf, als jene mit Lungenkrebs ( $\chi^2=4,840$ entspricht $p<0,05$ ).

Autor, Jahr, Land	Titel	Forschungsziel	Studien- design	Setting, Stichprobe	Erhebung	Hauptergebnisse
Chan S., Chien W., Tso S.  2008  China	The qualitative evaluation of a suicide prevention and management programme by general nurses	Ziel dieser Studie war es, ein Ausbildungsprogramm zur Suizidprävention und Management für Krankenschwestern auf einer Allgemeinstation, zu bewerten.	Mixed-Method-Studie	Setting: 2 regionale Lehrkrankenhäusern  Stichprobe: 54 Krankenschwestern von medizinischen und chirurgischen Abteilungen	Quantitativ: Durchführung eines Test vor und nach einem 18h Ausbildungsprogramms mit einer Einzelgruppe  Qualitativ: Interviews mit einer Fokusgruppe 6 Monate nach dem Programm	Das Ausbildungsprogramm hilft ihnen enorm, vor allem beim Erkennen von Risikofaktoren, gesteigertes Selbstvertrauen, sowie mit dem Umgang von suizidalen Personen. Es werden aber auch Verbesserungsvorschläge gegeben.  <b>=Qualitative Ergebnisse der Studie</b>
Chan S., Chien W., Tso S.  2009  China	Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention	Das Forschungsziel ist dasselbe wie in der Studie von Chan et al. (2008), da es sich hier um eine Folgestudie handelt.	Mixed-Method-Studie	Setting und Stichprobe sind gleichbleibend, wie in der Studie von Chan et al. (2008)	Die Erhebung erfolgt wie in der Studie von Chan et al (2008)	Die Resultate von dem Test davor und danach, zeigen einen sichtbar signifikanten Anstieg einer positiveren Haltung gegenüber suizidalen Personen ( $p=0,029$ ), sowie gesteigerte Kompetenzen in Suizidprävention ( $p=0,006$ ). Eine Wissenserweiterung zu diesem Thema kann nicht festgestellt werden ( $p=0,108$ ).  <b>=Quantitative Ergebnisse der Studie</b>

<b>Autor, Jahr, Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Forschungsziel</b>	<b>Studien- design</b>	<b>Setting, Stichprobe</b>	<b>Erhebung</b>	<b>Hauptergebnisse</b>
Watts B., Young-Xu Y., Mills P., DeRosier J., Kemp J., Shiner B., Duncan W.  2012  USA	Examination of the Effectiveness of the Mental Environment of Care Checklist in Reducing Suicide on Inpatient Mental Health Units	Ziel war es, den Effekt der „Mental Health Environment of Care Checklist“ (MHEOCC) zu überprüfen und die Suizidraten auf den psychiatrischen Stationen zu senken.	Quantitative Studie	Setting:1056 Veterans Health Administration (VHA)  Stichprobe: alle psychiatrischen Abteilungen	Jede Abteilung musste alle 3 Monate (von 2008-2011) über die gefundenen Gefahren berichten, sowie die Checklisten übermitteln.	Diese Studie zeigt einen deutlichen Rückgang durch Implementierung dieser Checkliste ( $p=0,02$ ). Auch Änderungen der Umgebung/ Räumlichkeiten können stationäre Suizide verringern.
Watts B., Shiner B., Young-Xu Y., Mills P.  2017  USA	Sustained Effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist to Decrease Inpatient Suicide	Ziel dieser Studie war es, ob die Reduzierung der stationären Suizide mit der Implementierung des MHEOCC nach mehr als 7 Jahren, aufrechterhalten werden kann.	Quantitative Studie	Siehe oben	Alle Suizidberichte während der Implementierungsphase und danach wurden ausgewertet und analysiert.	Die Suizidraten nach der Implementierung waren geringer als davor, zwischendurch aber auch gleichbleibend.

<b>Autor, Jahr, Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Forschungsziel</b>	<b>Studien- design</b>	<b>Setting, Stichprobe</b>	<b>Erhebung</b>	<b>Hauptergebnisse</b>
Jayaram G., Sporney H., Perticone P.  2010  USA	The Utility and Effectiveness of 15- minute Checks in Inpatient Settings	Ziel dieser Studie war es herauszufinden, ob die Patienten- überwachungen die alle 15 Minuten durchgeführt werden, sinnvoll sind und ob diese die Suizidrate in Krankenhäusern verringern.	Qualitative Studie	Setting:USA  Stichprobe: 3 akademische Zentren und 3 Gemeinde- krankenhäuser	Formelle Auswertungen der Beobachtungs- protokolle, wurden monatlich vom Team durchgeführt. Telefonische Interviews wurden ebenso gemacht.	Die Studie empfiehlt, die 15- Minuten- Kontrollen bei suizidgefährdeten Personen nicht anzuwenden, da Suizide häufiger vorkommen. Gründe dafür sind, nicht sachgemäße Durchführung der Kontrollen wegen dem enormen Zeitaufwand, sowie ungeschultes Personal.
Manister N., Murray S., Burke J., Finegan M., McKiernan M.  2017  USA	Effectiveness of Nursing Education to Prevent Inpatient Suicide	Ziel war es, die Effektivität eines Ausbildungs- programms für Krankenschwestern zu bewerten. Unter anderem das Vertrauen der Patienten zu sichern, die Kommunikation mit den Kranken, sowie die Interventionen bei identifizierten Suizidgedanken zu verbessern.	Qualitative Studie	Setting: Gemeinde- krankenhaus in Connecticut  Stichprobe:472 Kranken- schwestern	Ein anonymer Test wurde vor und nach dem Ausbildungs- programm durchgeführt.	Das Programm erhöhte das Selbstvertrauen des Personals, um die Patienten nach ihren Selbstmordgedanken, etc. zu fragen bzw. eine bessere und vertraute Beziehung zum Patienten aufzubauen.

Autor, Jahr, Land	Titel	Forschungsziel	Studien- design	Setting, Stichprobe	Erhebung	Hauptergebnisse
Madan A., Mahoney J., Allen J., Ellis T., Hardesty S., Oldham J., Fowler C.  2015  USA	Utility of an Integrated Electronic Suicide Alert System in a Psychiatric Hospital	Ziel war es, durch Implementierung eines elektronischen Suizidrisiko- Warnsystems die Einschätzung von Risikopatienten zu verbessern.	Quantitative Studie	Setting: "The Menninger Clinic" mit 120 Betten  Stichprobe: Alle Personen (insgesamt 505 Patienten in 1,5 Jahren) die eine Behandlung aufgrund von schweren psychischen Erkrankungen, erhielten.	Alle 2 Wochen absolvierten die Patienten am Computer (zusätzlich zur „Columbia Suicide Severity Rating Scale) ein Assessment, bei dem das Suizidrisiko eingeschätzt wird.	Die Implementierung stellt sich als sehr hilfreich heraus. Es ist eine zusätzliche Suizidrisikobewertung, es verringert Abweichungen durch standardisierte Prozesse. Zudem sind seit der Implementierung mehr suizidgefährdete Personen identifiziert worden (p=0,007).

## **3.2. Fortbildungsprogramme**

### **3.2.1. Haltung und Einstellung**

In der Mixed- Method- Studie von Chan et al. (2008) wurde speziell für diese Studie ein 18- stündiges Ausbildungsprogramm für Pflegerinnen und Pfleger von zwei Allgemeinkrankenhäusern in China entwickelt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden in kleine Fokusgruppen eingeteilt. Jeder von ihnen bekam für den theoretischen Input Lektüren ausgehändigt, ebenso wurden Rollenspiele, Fallbeispiele und auch Diskussionen durchgeführt. Das Ziel des Ausbildungsprogramms inkludierte das Wissen und die Kompetenzen des Pflegefachpersonals in Bezug auf Suizidprävention zu verbessern, eine positivere Haltung und Einstellung gegenüber suizidalen Personen und deren Angehörigen zu entwickeln, Fakten und Mythen zu beseitigen, Risikofaktoren und Schutzfaktoren zu erkennen und Messinstrumente sachgemäß durchzuführen. Die qualitativen Ergebnisse zeigen, dass sich die Einstellung und Haltung der 54 Teilnehmerinnen und Teilnehmer gegenüber suizidale Patientinnen und Patienten deutlich besserte. Vor allem die Beseitigung von Mythen und eine Aufklärung der Fakten machten diesen Punkt aus und gaben ihnen mehr Selbstvertrauen. Nicht nur gegenüber den Patientinnen und Patienten sah man eine Verbesserung, sondern auch gegenüber den Angehörigen. Das Pflegefachpersonal nahm nach dem Fortbildungsprogramm die Familie und Freunde der Kranken mehr wahr und merkte, dass diese ebenso psychologische Unterstützung, praktische Hilfe, sowie Informationen und Gespräche benötigen. Ebenso wurde ihnen bewusst, dass Pflegerinnen und Pfleger eine wichtige Rolle in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Therapeutinnen und Therapeuten, sowie Ärztinnen und Ärzten einnehmen, um eine adäquate Therapie und Behandlung zu gewährleisten.

Ein quantitatives Ergebnis von Chan et al. (2009) ist, dass sich die Haltung und Einstellung der Pflegerinnen und Pfleger gegenüber suizidale Patientinnen und Patienten nach dem Ausbildungsprogramm signifikant positiv ( $p= 0,029$ ) verändert hatte. Um dies zu messen, wurde der Test „Suicide opinion Questionnaire (SOQ)“ verwendet. Dieser Test wurde gleich im Anschluss vom Programm durchgeführt, sowie 3 und 6 Monate danach und besteht aus 52 Kriterien.

Jedes Kriterium kann mit bis zu 5 Punkten bewertet werden. Je höher die Punkteanzahl ist, desto bessere und positivere Einstellung hat die Teilnehmerin oder der Teilnehmer. Die größte Veränderung konnte man bei dem ersten Test, der gleich im Anschluss nach dem Ausbildungsprogramm durchgeführt wurde sehen. 3 und 6 Monate später, konnte man eine kleine Abnahme in allen getesteten Punkten erkennen.

### **3.2.2. Erkennung von Risikofaktoren**

Die quantitative Studie von Valente (2010) hebt hervor, dass die Erkennung von Risikofaktoren ein sehr wichtiger Schritt ist. Vor allem ist es der erste Schritt um ein erhöhtes Suizidrisiko feststellen zu können. In dieser Studie wurden Fragebögen, inkludiert mit einem Fallbeispiel, an 454 Pflegefachpersonen einer onkologischen Station in den USA elektronisch verschickt, um das Wissen der Risikofaktoren, richtige Durchführung der Messinstrumente für Suizidrisiko und angemessene Interventionen bei festgestelltem Risiko, sowie eine Selbsteinschätzung ihrer Fertigkeiten herauszufinden und zu überprüfen. Das Pflegefachpersonal erkannte von insgesamt neun Risikofaktoren, im Durchschnitt nur fünf davon. Der von den meisten erkannte Faktor waren die Todeswünsche, gefolgt von dem Verschenken wertvoller Gegenständen und die Tatsache der alleinstehenden Person. Nur wenige wussten, dass auch spezielle Kulturen, das Alter oder Geschlecht Faktoren sind, die eine erhöhte Suizidalität aufweisen können. Valente S. fand in Bezug auf die Risikofaktoren zusätzlich noch heraus, dass Faktoren wie beispielsweise Ängste, Sorgen, Trauer, eine Tumordiagnose oder Motivationslosigkeit falsch interpretiert wurden und als Risikofaktoren für einen Suizid angesehen wurden. Viele Pflegerinnen und Pfleger erkannten selbst, dass sie Schwierigkeiten damit haben und wünschen eine Fortbildung um ihre Kompetenzen im Erkennen von diesen wichtigen Risikofaktoren, zu verbessern.

Das Ausbildungsprogramm in der Mixed- Method- Studie von Chan et al. (2008), half dem Personal vor allem hinsichtlich Erkennung von Risikofaktoren, die im qualitativen Kapitel präsentiert wurden. Folge dessen wurde dem Pflegefachpersonal bewusst, dass diese Erkennung und die Verantwortung von großer Bedeutung und Wichtigkeit sind und verbesserte ihr Bewusstsein gegenüber Patientinnen und Patienten mit suizidalen Absichten.



### **3.2.3. Selbstvertrauen**

Ein gesteigertes Selbstvertrauen wurde in der qualitativen Studie von Manister et al. (2017) festgestellt. Hierbei wurde eine einstündige Schulung zum Thema Prävention eines stationären Suizides veranstaltet. Dabei nahmen Krankenschwestern und Krankenpfleger aus verschiedenen Abteilungen von einem Krankenhaus in Connecticut, USA, teil die vor und 4 Wochen nach der Schulung einen anonymen und freiwilligen Test elektronisch absolvierten. Der Inhalt dieser Schulung bestand darin, suizidale Patientinnen und Patienten zu erkennen und offen mit ihnen über Selbstmord und den Tod zu sprechen und dazu angemessene Präventionen und Interventionen zum Schutz der Personen zu setzen. Den Test vor der Schulung absolvierten gesamt 355 Krankenpflegerinnen und -pfleger, den zweiten nur mehr 117. Teilnahme an der Schulung, sowie keine Erfahrungen in Bezug auf Verhaltensveränderungen waren Voraussetzungen, um an dieser Studie teilzunehmen. Die Tests beinhalten 4 Fragen, die das Selbstvertrauen der Krankenschwestern und Krankenpflegern beurteilen. Jede Frage kann von 1 bis 6 beantwortet werden, wobei die Höhe der Zahl die Höhe des Selbstvertrauens ergibt. Von den 4 Fragen, konnte man bei drei einen minimalen Anstieg von Selbstvertrauen erkennen. Keinen Unterschied beim Selbstvertrauen konnte man bei der Nachfrage nach starken Gefühlen der Patientin oder dem Patienten, wie Depression oder Hoffnungslosigkeit sehen. Bei einer weiteren Nachfrage, bei Zorn oder Unruhe konnte man eine kleine signifikante Verbesserung des Selbstwertgefühls herauslesen. Hervorzuheben ist, dass das Pflegepersonal im Durchschnitt mit mehr als 15 Jahren Erfahrung weniger Selbstvertrauen hatte, als jene Beschäftigten mit weniger Berufserfahrung.

Wie bereits zuvor erwähnt, war ebenso bei der Studie von Chan et al. (2008) ein gesteigertes Selbstvertrauen bei den Pflegerinnen und Pflegern erkennbar. Das Fortbildungsprogramm gab ihnen so viel Selbstvertrauen, dass sie danach ohne Beschämung die Patientinnen und Patienten direkt nach suizidalen Absichten oder Plänen fragen konnten.

### **3.2.4. Wissenserweiterung**

Von den 454 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Studie von Valente (2010), schätzten nur ein Prozent ihre Fähigkeiten mit suizidalen Patientinnen und Patienten als sehr gut ein. Im Gegensatz dazu 20% als „ein wenig“ und mehr als die Hälfte hatte „etwas“ Wissen über das Thema Suizid. Bei Durchführung eines Assessmentinstruments fragte nur etwas mehr als die Hälfte nach der sozialen und familiären Unterstützung nach und nur 28% nach konkreten suizidalen Absichten. Am häufigsten wurden Schmerzen, Depressionen und Gefühle eruiert. Nur ein kleiner Prozentsatz hinterfragte suizidale Pläne oder Absichten und konsultierte eine medizinische Fachkraft, die sich speziell mit psychiatrische Patientinnen und Patienten beschäftigt.

Chan et al. (2009) zog einen Multiple- Choice- Test heran, um das Wissen der Studienteilnehmerinnen und –teilnehmer vor und nach der Schulung über das erforschte Thema Suizid zu überprüfen. Der verwendete Test inkludierte 12 Fragen. Bei jeder richtigen Antwort bekam die Teilnehmerin oder der Teilnehmer je 1%. Wiederrum gilt, je höher die Prozentanzahl, desto besser war der Wissensstand. Kurz nach der Schulung konnte ein breitgefächertes Wissen festgestellt werden, welches aber im Laufe der Zeit wieder etwas abnahm.

### **3.3. Assessmentinstrumente und Skalen**

Ein zentrales Ergebnis der Studie von Taur et al. (2012) ist, dass Patientinnen und Patienten mit COPD („chronic obstructive pulmonary disease“) ein höheres suizidales Verhalten und mehr suizidale Tendenzen aufweisen, als jene mit Lungenkrebs ( $X^2= 4,840$  entspricht  $p < 0,05$ ). Diese Studie legte den Fokus auf Patientinnen und Patienten mit pulmonalen Erkrankungen. Insgesamt wurden 205 Patientinnen und Patienten, 76 mit COPD und 129 mit Lungenkrebs, von 54 Pflegerinnen und Pflegern gescreent. In dieser Studie wurden 3 Skalen verwendet. Die „suicide risc scale“ (SRS- Skala) wurde zur Einschätzung für ein Suizidrisiko verwendet. Diese Skala wurde von Experten für diese Studie neu überarbeitet und besteht aus insgesamt 10 Punkten. Die neue Skala beinhaltet Fragen wie beispielsweise suizidale Absichten, Suizidpläne, negative Gedankengänge, aber auch Alkohol oder Drogenabhängigkeit.

Jede Frage wird mit 0 bis 2 Punkten bewertet, je niedriger die Punkteanzahl ist, desto geringeres Suizidrisiko besteht. Die zweite Skala, die „Multi-attitude Suicide Tendency Scale (MAST)“ wurde verwendet, um eine Neigung zu suizidalen Absichten auszuschließen, oder aber auch ein Suizidrisiko vorherzusagen. Diese umfasst 4 Domänen, Anziehung und Abstoßung zum Leben, sowie zum Tod mit je 7 Fragen und dient zur Selbsteinschätzung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer können von 1 bis 5 Punkten auswählen, wobei 1 Punkt für sichere Ablehnung und 5 für eine Zustimmung einer Frage steht. Auch hier gilt: je höher die Punktzahl, desto höher besteht eine suizidale Tendenz und möglicherweise ein Suizidrisiko. Ebenso wurde noch die „symptom distress scale (SD- Skala)“ bei den Patientinnen und Patienten angewandt. Genauso wie die SRS- Skala wurde auch diese neu überarbeitet und besteht im Endeffekt aus 25 Symptomen. Inkludiert werden beispielsweise Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen und Schlaflosigkeit. Jedes Symptom wird von 0 bis 10 Punkten bewertet. Je höher das Symptom bewertet wird, desto stärker ist es vorhanden. Die Studie wurde so aufgebaut, dass die Pflegerinnen und Pfleger ein zweistündiges Trainingsprogramm erhielten und danach die Patientinnen und Patienten mittels der oben genannten Skalen bewertet und eingeschätzt wurden. Dieses Screening wurde von den Trainern ebenso durchgeführt und mit denen der Pflegerinnen und Pflegern verglichen. Zum Schluss wurde die MAST- Skala die zur Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten dient, mit der Einschätzung der Pflegerinnen und Pflegern verglichen. 20 Patientinnen und Patienten mit COPD und 18 mit Lungenkrebs wiesen ein erhöhtes Suizidrisiko auf ( $X^2= 4,840$  entspricht  $p < 0,05$ ). Die gesamte Untersuchungsgruppe wurde genauer analysiert und es wurde entdeckt, dass mehr Patientinnen und Patienten mit COPD genaue Suizidpläne hatten und manche von diesen sogar schon Suizidversuche unternommen hatten ( $X^2= 8,304$  entspricht  $p < 0,01$ ). Mehr als die Hälfte beider Gruppen hatten ungenügenden sozialen Rückhalt ( $X^2= 4,489$  entspricht  $p < 0,05$ ) und bei mehr als 70% war die Bewältigungsstrategie insuffizient ( $X^2= 2,119$  entspricht  $p > 0,05$ ). Welche Strategie angewandt wurde, wurde in der Studie nicht näher beschrieben. Die Selbsteinschätzung beider Patientengruppen unterschied sich kaum.

Der einzige Unterschied bestand darin, dass die Pflegerinnen und Pfleger die Patientinnen und Patienten beider Krankheiten immer höher einschätzten, als diese sich selbst. Schlussendlich wurde noch die SD- Skala durchgeführt, auch hier hatten die Patientinnen und Patienten mit COPD eine höher Punktezahl und somit ein höheres suizidales Risiko.

Die meist verbreitenden Symptome beider Krankheiten waren Kurzatmigkeit, sowie Schlaflosigkeit. Die Studie hebt hervor, dass eine signifikante Korrelation zwischen der Schwere der Symptome und des Suizidrisikos besteht.

Chan et al. (2009) verwendeten für den quantitativen Ergebnisteil deren Mixed-Method- Studie, die „Stress and Coping Scale“ um die Stressresistenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, gegenüber suizidale Patientinnen und Patienten zu veranschaulichen. Jedes Item der Skala kann mit bis zu 5 Punkten bewertet werden. Je niedriger die Punkteanzahl, desto besser können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Stresssituationen umgehen. Nach einem 18- stündigen Schulungsprogramm waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie gegen Stress resistenter als zuvor.

Watts et al. (2012) hatten sich die Aufgabe gestellt, in allen „Veterans Health Administration (VHA)“ der USA, die Implementierung des Messinstrumentes „Mental Health Environment of Care Checklist (MHEOCC)“ in der Praxis zu überprüfen. Als Ziel setzten sie sich die Suizidraten auf stationärem Setting zu reduzieren. Das Messinstrument ist speziell für strukturelle Veränderungen, wie beispielsweise potenzielle Gefahren im Badezimmer, entwickelt worden. 3 Jahre lang bekamen alle 1056 VHA die eine psychiatrische Abteilung führten die Anweisung, alle 3 Monate die Checkliste an das Forschungsteam zu retournieren, sowie einen Bericht der gefundenen Gefahren zu verfassen. Aus dieser Studie wurden Personen unter 18 Jahren ausgeschlossen und nur Patientinnen und Patienten die primär eine psychiatrische Diagnose hatten inkludiert. Um einen Vergleich der stationären Suizide zu präsentieren, wurden alle Suizide seit 1999 untersucht und analysiert. Vor der Implementierung vom MHEOCC, sprich von 1999 bis 2007 wurden 22 vollendete Stationssuizide gezählt. Nach der Implementierung, von 2008 bis 2011, wurden nur mehr 3 Suizide durchgeführt und gesamt wurden es auch weniger stationäre Aufnahmen.

Die Suizidrate war vor der Implementierung bei 2,64 auf 100.000 stationäre Aufnahmen gelegen, danach nur mehr bei 0,87. Alle 11,5 Jahre (1999 bis 2011) eingeschlossen, konnte eine Minimierung der Suizidraten von 62% mit Hilfe vom MHEOCC erreicht werden. Zusätzlich wurde eine Fluktuationsrate zwischen 28 und 45 stationären Suiziden geschätzt, die im gleichen Zeitraum in nicht- VHA Krankenhäusern durchgeführt wurden. Verglichen mit den VHA, konnte dort eine Reduzierung von 21% festgestellt werden. Auf lange Sicht hin gesehen stellten Watts et al. nur eine relativ flache Kurve der Verringerung fest. Die deutliche Reduzierung konnte lediglich direkt im Anschluss der Implementierung festgestellt werden. Haken in Badezimmern und Kleiderschränken stellten bei Durchführung des MHEOCC die größte Gefahr für einen stationären Suizides dar. Zudem konnte beschrieben werden, dass die 3 Suizide welche nach der Implementierung stattfanden, mit dem MHEOCC identifiziert und verhindert hätten werden können. Warum diese dennoch vollzogen wurden, wurde nicht beschrieben.

Zwei Jahre später führte der gleiche Erstautor Watts B. (2017) eine quantitative Studie durch um herauszufinden, ob die Reduktion der stationären Suizide mit Hilfe des MHEOCC aufrechterhalten werden konnte. 2001 wurde mit dem Einsatz des MHEOCC begonnen, aber in den ersten zwei Jahren konnte anfänglich nur eine abgeflachte Reduzierung festgestellt werden. 2008 wurde die Checkliste in allen VHA implementiert und bis auf 2012 geschah kein stationärer Suizid mehr.

In der quantitativen Studie von Madan et al. (2015) wurde auf einer 120 große Bettenstation einer psychiatrischen Einrichtung in den USA, ein elektronisches Warnsystem eingerichtet und installiert. Dies diente dazu, das Assessment von stark suizidgefährdeten Patientinnen und Patienten zu verbessern, sowie die Daten der Patientin oder des Patienten jederzeit abrufen zu können. Mit Hilfe eines Assessment- Koordinators wurden die Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme, danach alle 2 Wochen und kurz vor der Entlassung auf suizidale Haltungen gescreent. Zusätzlich zu diesem elektronisch gesteuertem Assessment, wurde die „Columbia Suicide Severity Rating Scale (CSSR- S)“ verwendet. Diese Skala basiert auf Interviews und misst vergangene, sowie aktuelle suizidale Vorstellungen und Verhaltensweisen. Das elektronische Warnsystem besteht aus 6 kritischen Items.

Das erste Item beinhaltet Fragen von der „Patient Health Questionnaire-Depression (PHQ- 9)“ und bewertet die Fortschreitung einer Depression innerhalb der 2 Wochen. Im zweiten Item wird ein Alarm ausgelöst, wenn die Patientin oder der Patient eine positive Rückmeldung auf suizidale Absichten ohne konkrete Pläne gibt. Das dritte Item beinhaltet den gleichen Inhalt wie das Zweite, nur mit konkreten Plänen. Im vierten kritischen Item wird ein Warnsignal ausgesendet, wenn die Patientin oder der Patient öfter als 2-mal in der Woche eine suizidale Vorstellung in der CSSR- Skala angibt. Im Vorletzten Item schlagen die Alarmglocken, wenn die Patientin oder der Patient mehr als 4 Stunden ihre, beziehungsweise seine Gedanken mit einem Suizid verbringt. Dies wird wiederum mit der CSSR- Skala ermittelt. Im 6. und letztem Item wird ein Alarm ausgelöst, wenn die Patientin oder der Patient Schwierigkeiten hat ihre, beziehungsweise seine Gedanken über einen Selbstmord zu kontrollieren oder nicht mehr in der Lage ist, an etwas anderes zu denken. Wenn die Patientin oder der Patient bei einem von den 6 kritischen Items aus 2 Messungen der PHQ- 9, sowie CSSR- S befürwortet, wird eine Warnung per E- Mail sofort an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Station, der Stationsleitung sowie dem Assessment- Koordinator geschickt. Der Koordinator begleitet dann die Hochrisiko Patientin oder Patient zu einer Pflegefachkraft und gibt dieser einen ausführlichen Bericht und dokumentiert diese. Mit diesem computerisiertem Programm wurden in eineinhalb Jahren 505 Patientinnen und Patienten bewertet. Bei der Aufnahme befürworteten mehr als die Hälfte mindestens einen kritischen Punkt. Das erste Item löste am öftesten einen Alarm aus. Nur 5% gaben auf alle kritischen Items eine positive Antwort. Über 90% der Patientinnen und Patienten hatten schon einmal Suizidgedanken und 45% unternahmen bereits einen Suizidversuch. Das Sample bestand aus überwiegend jungen und weiblichen Personen (53,3%). Die Statistik zeigt, dass in der Anfangsphase der Implementierung des Programmes die Alarme öfter ausgelöst wurden, als in der Phase der Stabilisierung.

### **3.4. Interventionen zur Suizidprävention**

Die häufigsten Interventionen der Pflegerinnen und Pflegern, die in der Studie von Valente (2010) durchgeführt worden wären, wäre der suizidgefährdeten Patientin oder Patienten erstmals zuzuhören. Im Anschluss würden die Schmerzen behandelt werden, den Komfort auf der Station wenn möglich zu verbessern und sämtliche Möglichkeiten die einen Suizid auf der Station ermöglichen, wie zum Beispiel Handtuchhalterungen, zu entfernen. Die Interventionen wurden mittels elektronischem Fragebogen und einem Fallbeispiel theoretisch erhoben und wurden in die Praxis nicht umgesetzt.

Das Hauptergebnis der qualitativen Studie von Jayaram et al. (2010) ist, dass Patientenkontrollen die alle 15 Minuten auf psychiatrischen Stationen von 3 großen Gesundheitszentren und 3 kleinen Krankenhäusern in den USA durchgeführt wurden, inadäquat waren und nicht mehr durchgeführt werden sollten. Dabei wurden die Häuser gebeten, die Kopien ihrer 15- Minuten-Überprüfungsrichtlinien auszuhändigen. Zusätzlich wurde das Pflegepersonal telefonisch, hinsichtlich des Personalspiegels, befragt. Der Einsatz von Beobachtern und Betreuern, die Verantwortung der 15- Minuten- Kontrollen vorzuschreiben, abzubrechen und anderer Beobachtungsmethoden oder Rücktrittsverfahren für die Patientensicherheit wurden ebenso eruiert. Obwohl die Beobachtung psychiatrischer stationärer Patientinnen und Patienten eine grundlegende pflegerische Tätigkeit ist, wurde diese Aufgabe oft an ausgebildete Beobachter oder an Hilfspersonal delegiert. Die Ergebnisse sind, dass Ärzte zwar die Kontrollen anordneten, aber die Abbruchlinien waren nicht einheitlich und oft vage. In einigen Krankenhäusern konnte jedoch das Pflegepersonal eine Empfehlung für eine Kontrolle aussprechen. In einigen Formularen der Krankenhäuser waren zwar Kontrollkästchen für Hinweise auf Zurückhaltung und Abgeschiedenheit angeführt, die wichtig für die Suizidrisikoeinschätzung sind, diese wurden aber nicht sachgemäß ausgefüllt oder überprüft. Einige hatten keine klaren Formulierungen, jedoch kurze Erläuterungen zu den Beobachtungsniveaus. Die Dokumentationen variierten von detaillierten Beschreibungen die tatsächlich alle 15 Minuten durchgeführt wurden, bis hin zu Beobachtungen durch einen Betreuer der diese für alle Patientinnen und Patienten abwickeln musste.

Dadurch konnten keine adäquaten und vollständigen Dokumentationen gewährleistet werden. Zusätzlich mussten die Forscherinnen und Forscher davon ausgehen, dass diese Beobachtungen ein abweichendes Verhalten aufwiesen, welches die Patientensicherheit beeinträchtigte. Viele Formulare waren sehr langwierig, schwer verständlich und schwierig zu verwenden. In einem teilnehmenden Krankenhaus war es untersagt, Familienmitglieder für die Beobachtung heranzuziehen. Die Bedeutung der Kontrollen variierte von der direkten Beobachtung der Patientin oder dem Patienten bis hin zu denjenigen, die sich alle 15 Minuten beim Pflegepersonal melden mussten. Nur ein Krankenhaus hob den Informationsaustausch zwischen Pflegepersonal und Ärzten hervor und gab genaue Anweisungen wie oft diese stattfinden sollte. Telefonisch bestätigten die Pflegepersonen zusätzlich, dass diese nicht standardisiert mit Beobachtern kommunizierten, dass die Beobachter unterschiedliche Fähigkeiten hatten und zu oft abgelenkt wurden. Auch die Anzahl an engagierten Beobachtern war begrenzt, Zeitmangel war ein großes Thema in Bezug auf Dienstübergabe und ebenso hatten die Beobachter keine Mittel, ihre Beobachtung mitzuteilen die aber für das gesamte Team von enormer Bedeutung waren. Skalen, Erfahrungen und eine gründliche klinische Bewertung hatten ein großes Potential um ein Suizidrisiko vorherzusagen. Die Beobachtung sollte dabei der letzte Weg sein, um Patientinnen und Patienten zu managen. Falls doch der Entschluss auf die 15-Minuten- Beobachtungen fallen sollte, sind Teamführung, nationale Standardisierungen der Protokolle, ein angemessener Personalspiegel und eine interdisziplinäre Kommunikation notwendig.

Die Interventionen die in der Studie von Manister et al. (2017) von dem Pflegefachpersonal vor einem Fortbildungsprogramm am öftesten gesetzt wurden, waren eine Psychiaterin oder einen Psychiater zu konsultieren. Gefolgt von kontinuierlicher Beobachtung, ein Messinstrument zur Einschätzung des Patienten verwenden und mögliche Gefahrenquellen beseitigen. Nach der Schulung waren die Planungen sehr ähnlich, der einzige Unterschied bestand darin, dass die oben genannten Interventionen häufiger von den Teilnehmerinnen und Teilnehmer priorisiert wurden. Die akzeptablen Vorsichtsmaßnahmen basierten auf „Suicide Precaution Guidelines for the Primary Registered Nurses“ und beschreiben mögliche Interventionen, die bei suizidalen Personen zu setzen sind.



### **3.5. Barrieren der Umsetzung**

In der Studie von Chan et al. (2008) sind nicht nur positive Ergebnisse Teil des Inhalts. Die Pflegerinnen und Pfleger hatten nicht die Möglichkeit, das neue Wissen und die neuen Kompetenzen, die in einem Schulungsprogramm gelehrt wurden, adäquat umzusetzen. Obwohl das Personal wusste, dass die neuen Erkenntnisse von enormer Bedeutung wären, konnten diese aufgrund Zeit- und Personalmangels nicht genutzt werden.

Das Resultat daraus: Frustration. Viele gaben auch ein Feedback, dass eventuell ein Protokoll nützlich wäre um die Pflege zu leiten. Ebenso benötigten sie mehr Unterstützung und Rückhalt von der Stationsleitung, beziehungsweise von der Pflegeleitung, denn diese priorisierte die Suizidprävention kaum bis gar nicht. Eine weitere Barriere war, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht funktionierte. Diagnosen und Behandlungsstrategien kamen viel zu spät, vor allem über das Wochenende. Gleichermäßen machte es die Aufteilung der Stationen auch nicht vorteilhafter, denn dadurch war es sehr schwierig die Patientinnen und Patienten zu observieren. Zu dem waren die Stationen auch sehr überfüllt.

## 4. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, welche pflegerisch präventiven Maßnahmen wissenschaftlich beschrieben wurden, die zur Unterstützung von suizidgefährdeten Personen im Krankenhaus dienen. Die in den untersuchten Studien aufgefundenen Ergebnisse konnten in die Bereiche Fortbildungsprogramme, Assessmentinstrumente und Skalen, Interventionen zur Suizidprävention und Barrieren der Umsetzung unterteilt werden.

In nur zwei der neun Studien mit demselben Erstautor Chan (2008, 2009) wurden unter den Fortbildungs- und Schulungsprogrammen die Haltung und Einstellung der Pflegerinnen und Pfleger gegenüber suizidgefährdeten Personen erwähnt. Dabei reagierten oft viele Pflegerinnen und Pfleger, vor allem jene der älteren Generation, inadäquat und negativ auf eine solche Patientengruppe (McCarthy and Gijbels, 2010). In der Primärversorgung ist es aber das A und O suizidalen Patientinnen und Patienten mit einer positiven Haltung gegenüber zu treten. Das Verhalten des Pflegefachpersonals hat große Auswirkungen auf die Art und Qualität der Pflege, der Behandlung und im weiteren Fall auf die Entwicklung der Selbstbeschädigung (Rayner et al., 2005). In der Mixed- Method- Studie hoben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer qualitativ hervor, dass durch den theoretischen Input des Fortbildungsprogrammes sich die Einstellung ins Positive veränderte und sie nun mit mehr Achtung und Respekt den Patientinnen und Patienten gegenüber traten. Dies wurde ein Jahr später im quantitativen Ergebnisteil der Studie bestätigt.

„Die Erkennung von Risikofaktoren sei ein sehr wichtiger Schritt, denn es ist vor allem der erste Schritt um ein erhöhtes Suizidrisiko feststellen zu können.“, dies sagt Valente S. (2010) in ihrer quantitativen Studie aus. Dabei wurden nur fünf von neun Risikofaktoren von den Pflegerinnen und Pflegern erkannt und interpretierten Risikofaktoren als solche, die in Wirklichkeit als keine gewertet werden würden. Die Forscherin empfiehlt dringend ein Fortbildungsprogramm für onkologisches Pflegefachpersonal.

Denn diese haben Tag täglich mit schmerz erfüllten Patientinnen und Patienten zu tun (Dobrina et al., 2016) und starker Schmerz, beziehungsweise tödliche Krankheiten erhöhen das Suizidrisiko (WHO, 2016).

Ein schon stattgefundenes Ausbildungsprogramm hat die Kompetenzen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, in Bezug auf Erkennung von Risikofaktoren bekanntlich erhöht (Chan et al., 2008). Es besteht dennoch nicht nur auf den generalisierten Stationen der Bedarf an einer besseren Selbstmordeinschätzung, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen. Es müssten klare Richtlinien für Pflegemaßnahmen definiert werden, wenn ein Jugendlicher suizidales Verhalten aufweist (Matel-Anderson and Bekhet, 2016). Im Gegensatz dazu wird erwähnt, dass nur ein kleiner Teil der Hochrisiko- Patientinnen und Patienten sich Selbstschäden zufügen, vor allem welche, die schwerwiegende Folgen mit sich bringen (Szmukler, 2003). Unter anderem wird auch oft eine Behandlung verweigert, oder die Personen sind nicht in der Lage einer Therapie zuzustimmen. Die Gründe hierfür, sind meist psychiatrische Erkrankungen (Large et al., 2011).

Ein gutes Selbstvertrauen ist im Gesundheitsberuf wichtig, um einen seriösen und positiven Eindruck bei der Patientin oder bei dem Patienten zu hinterlassen, vor allem bei denen eine Suizidgefahr bekannt ist. Aber um dies erst einmal herausfinden zu können, sollten die Pflegerinnen und Pfleger kompetent genug sein, um die Patientinnen und Patienten direkt nach suizidalen Plänen oder Handlungen fragen zu können. Nach dem Schulungsprogramm in der Studie von Chan et al. (2008) wurde dies erreicht. Im Vergleich dazu, konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie Manister (2017) einen Fortschritt nicht aufweisen. Trotz Seminars, konnte keine Steigerung des Selbstvertrauens hinsichtlich „Nachfrage von starken Gefühlen, wie beispielsweise Depression oder Hoffnungslosigkeit“ festgestellt werden. Bei der Nachfrage wie Zorn oder Unruhe, hatten die Pflegerinnen und Pfleger keine Scheu.

Eine Bereitschaft das Wissen zu erweitern, sollte bei jedem Menschen vorhanden sein. Denn ein deutsches Sprichwort sagt: „Man hat nie ausgelernt.“ Das Pflegefachpersonal in der Studie von Valente (2010) erkannte selbst, dass das Wissen über das Thema Suizid auf deren onkologischen Station zu gering war und das hierzu eine Schulung oder ein Seminar nützlich wäre.

Nur ein Prozent der Studienteilnehmerinnen und –Teilnehmer schätzten ihr Wissen selbst als sehr gut ein und etwa ein Viertel als genügend. Das Wissen zum Thema Suizidprävention konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie von Chan et al. (2009) erweitern, dies wurde mit einem Multiple- Choice-Test ausgewertet.

Es gibt mehr als 20 Assessmentinstrumente zur Einschätzung eines Suizidrisikos (Range and Knott, 1997). Die „Mental Health Environment of Care Checklist (MHEOCC)“ von Watts et al. (2012) ist aber die einzige Checkliste der untersuchten Studien, die Gefahren, die sich in der Umgebung befinden, für jede Patientin oder Patienten individuell erheben kann. Umweltschutzmaßnahmen umfassen die Beseitigung oder Umstrukturierung von Merkmalen, die von stationären Patientinnen und Patienten verwendet werden können, um sich selbst zu verletzen (Cardell et al., 2009). Mit Hilfe dieser Checkliste konnten in den ersten zwei Jahren nach der Implementierung, gesamt 8298 Umweltgefahren in den „Veterans Health Administration (VHA)“, USA, beseitigt werden. Tatsächlich konnte direkt nach der Implementierung eine deutliche Reduzierung der Suizide festgestellt werden. Bis zum Ende der Erhebung (2015) blieb die Anzahl der verübten Suizide konstant (Watts et al., 2017).

Taur et al. (2012) nahmen Gebrauch von der „suicide risc scale (SRS- Skala)“ die zur Einschätzung eines Suizidrisikos verwendet wird. Ebenso nützten sie die „symptom distress scale (SD- Skala)“, die zur Schmerzerfassung der Patientinnen und Patienten dient. Es gibt nicht nur Skalen die ein Suizidrisiko einschätzen sondern auch jene, die die Stressresistenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bewerten. Für so eine Skala entschieden sich Chan et al. (2009) in ihrer Mixed-Method- Studie.

Eine ganz andere Art und zu gleich spannende Weise wurde in der Studie von Madan et al. (2015) ausprobiert, um die Bewertung von suizidalen Patientinnen und Patienten, wiederum auf einer psychiatrischen Einheit in den USA, zu verbessern. Ein elektronisches Warnsystem inkludiert mit der „Columbia Suicide Severity Rating Scale (CSSR- S)“ wurde implementiert, welche eine Warnung per E- Mail an sämtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Station sendet, sobald eine Patientin oder ein Patient ein erhöhtes suizidales Verhalten aufweist.

Es wurde nur erhoben welches Item, wie oft dieses und wie oft gesamt der Alarm ausgelöst wurde. Ob es tatsächlich zu einer Reduzierung der stationären Suizide beiträgt wird nicht erwähnt. Hervorgehoben wird nur, dass es für einen Ersatz von Protokollen und für eine schnelle Patienteneinschätzung nicht geeignet ist und eine klinische Bewertung weiterhin von großer Bedeutung ist, um die Patientinnen und Patienten kontinuierlich zu schützen und die Suizidprävention auszuweiten.

Bevor der Entschluss auf ein Instrument fällt, ist es wichtig zu wissen was bewertet, was gemessen werden und was es bewirken sollte. Denn ein Messinstrument alleine kann nicht alle Bereiche abdecken (Taur et al., 2012).

Die richtigen, korrekten und adäquaten Interventionen zur Suizidprävention zu setzen ist wichtig um einen stationären Suizid zu verhindern. Dennoch fehlt es dem Personal oft an Ressourcen oder die Beschäftigten sind nicht adäquat ausgebildet. Nur ein kleiner Prozentsatz (17%) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Studie von Valente (2010), in welcher die Interventionen theoretisch erhoben wurden, würden die suizidgefährdeten Personen explizit nach deren Plänen und Absichten fragen. Noch weniger (13%) würden ein psychiatrisches Konsil anfordern. In der qualitativen Studie von Manister et al. (2017) wurde ein Schulungsprogramm zum Thema Suizidprävention veranstaltet. Dabei konnte nur ein minimaler Unterschied vor und nach dem Programm festgestellt werden. Nur die Interventionen wie 1:1 Beobachtung, Verwendung eines Assessmentinstruments oder auch die Anforderung eines psychiatrischen Konsils wurden danach öfter priorisiert als zuvor. Jayaram et al. (2010) raten dringend von 15- Minuten- Kontrollen der Patientinnen und Patienten ab, da die Beobachtungen in dieser Studie inadäquat aufgrund von Zeit- und/ oder Personalmangel, sowie Delegationen an andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchgeführt wurden.

Diese Erkenntnis wird im systematischen Literaturreview, das von Janofsky J. im Jahr 2009 durchgeführt wurde, bestätigt. Der Autor argumentiert das Versagen der Beobachtungen aufgrund von fehlerhafter Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten, Pflegerinnen und Pflegern, sowie Beobachterinnen und Beobachtern. Ein Ergebnis aus dieser Arbeit ist auch, dass eine beträchtliche Anzahl an stationären Suiziden auftritt, während die Patientinnen und Patienten sich in einem bestimmten Beobachtungsintervall befinden.

In einem weiteren systematischen Literaturreview von Manna (2010), das ebenso eine Abschaffung empfiehlt, wird weiters noch erwähnt, dass eine Beobachtung die pflegerischen Ressourcen unnötig verschwendet.

Die Pflegerinnen und Pfleger konnten die Theorie, die sie im Ausbildungsprogramm gelehrt bekamen in die Praxis nur teilweise umsetzen. Zeit- sowie Personalmangel oder auch falsche Prioritäten der Pflegeleitung sind nur wenige Beispiele von Barrieren, die eine Umsetzung zur Suizidprävention verhindern (Chan et al., 2008).

## 5. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieses Reviews haben gezeigt, dass es viele pflegerische Maßnahmen zur Suizidprävention im Krankenhaus gibt und dass die Anwendung dieser sehr vielfältig ist. Es wurde offensichtlich, dass bei den Pflegerinnen und Pflegern sowohl die Haltung und Einstellung, die Erkennung von Risikofaktoren, als auch das Selbstvertrauen und die Wissenserweiterung gesteigert wurden. Darüber hinaus wurde das Pflegepersonal im Rahmen von Fortbildungsprogrammen speziell auf suizidale Patientinnen und Patienten geschult.

Aber nicht nur Fortbildungsprogramme wurden entwickelt, sondern auch Assessments und Skalen zur Risikoeinschätzung überarbeitet und evaluiert, Interventionen zur Suizidprävention wurden aufgezeigt, sowie Barrieren installiert, die eine Umsetzung verhindern.

Fortbildungsprogramme wurden am öftesten verwendet, um das Personal in sämtlichen Bereichen gut auf suizidgefährdete Patientinnen und Patienten zu schulen, dessen Wissen aufzufrischen oder neue Erkenntnisse zu erwerben.

Vor allem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie von Chan et al. (2008) hoben hervor, dass das Programm dazu diene, die Pflege wieder als ganzheitlich zu sehen und dass die Pflegekonzepte bei allen Patientinnen und Patienten gleich umgesetzt werden, gleichgültig ob Suizidgefährdete oder nicht.

Assessmentinstrumente und Skalen finden alltäglichen Gebrauch zur Risikoeinschätzung und Bewertung, überwiegend auf psychiatrischen Stationen. In diesem Review wurden verschiedene Messinstrumente und Skalen aufgezeigt, die zudem suizidales Verhalten, Tendenzen oder Neigungen einschätzen. Auch Schmerzerfassungen und Umweltgefahren werden bewertet. Eine Studie evaluierte darüber hinaus die Implementierung eines elektronischen Warnsystems (Madan et al., 2015).

Es wurden ebenso zahlreiche Interventionen zur Suizidprävention gezeigt und beschrieben. Die wichtigste Intervention nach Identifizierung eines erhöhten Risikos ist jedoch, die Patientin oder den Patienten nicht alleine zu lassen. Die Kommunikation ist dabei der Schlüssel zum Erfolg.

Echte menschliche Präsenz sollte dabei im Vordergrund stehen, denn mit banalem Trost, leeren Ermahnungen oder Ermutigungen ist keinem geholfen (Ringel E., 1978).

Nicht nur in China, wo sich die Studienteilnehmerinnen und Teilnehmer auf zu wenig Unterstützung von den Führungskräften und falsche Prioritätensetzung beklagten (Chan et al., 2008), sondern auch im europäischen Raum scheint in Anbetracht der fehlenden Studien – keine konnte in diesem Review aus Europa gefunden werden - dem Thema Suizid zu wenig Beachtung zu zukommen

## **6. Stärken und Limitationen**

Als Stärke dieses Literaturreviews kann gesehen werden, dass trotz der geringen Anzahl an Studien eine hohe Vielfalt und Differenzierung an pflegerischen Maßnahmen, die zu einer Suizidprävention beitragen, identifiziert werden konnten und somit die Forschungsfrage extensiv beantwortet wurde. Zudem konnten verschiedene Studiendesigns eingeschlossen werden. Diese spiegeln wiederum die Vielfalt und die Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den qualitativen Studien wider und wurden bestätigt. Als eine weitere Stärke kann angesehen werden, dass sich die Ergebnisse auf aktuellem Wissensstand befinden, da nur Arbeiten der letzten 10 Jahren inkludiert wurden.

Als Limitation kann angesehen werden, dass nur zwei Datenbanken (PubMed und CINAHL) nach englisch-, sowie deutschsprachiger Literatur durchsucht wurden. Eine weitere Einschränkung ist auch, dass das Review nur von einer Person durchgeführt wurde und somit etwaig wichtige Studien vielleicht nicht gefunden wurden.



Unter anderem konnten nur Studien im amerikanischen und asiatischen Bereich gefunden werden, daher sind die Ergebnisse auf nur zwei Kontinente beziehbar und begrenzt. Auch die Generalisierbarkeit der Resultate ist eingeschränkt, weil viele Studien nur auf psychiatrische Stationen durchgeführt wurden und sich viele auf bestimmte Erkrankungen beziehen.

## **7. Praxis- und Forschungsempfehlungen**

### **Praxisempfehlung**

Um das Vertrauen der suizidgefährdeten Patientinnen und Patienten zu gewinnen, bedarf es viel an Einfühlungsvermögen, Kommunikations- und Beobachtungsfähigkeiten. Unter kommunikativen Fähigkeiten wird verstanden, dass die Pflegeperson auf ihre Wortwahl achten sollte, sowie welche Fragen wann, wo, wie und warum verwendet werden. Beobachtungsfähigkeiten deshalb, damit die Pflegeperson mehr auf den Ausdruck, sowie auf die Mimik und Gestik des Patienten achtet. Aus diesen Punkten kann die Pflegerin oder der Pfleger im Idealfall schon eine adäquate Einschätzung und Bewertung des Suizidrisikos durchführen. Um diese Fähigkeiten und Kompetenzen zu festigen, werden regelmäßige Fortbildungsprogramme inkludiert mit theoretischem und praktischem Input empfohlen. Aus den untersuchten Studien konnte hervorgehen, dass auch Rollenspiele und Rückblicke auf bereits geschehene Szenarien, sowie Fallbeispiele für das Pflegepersonal sehr hilfreich waren. Zusätzlich zu diesem, wird auch die korrekte Anwendung, Durchführung und Dokumentation des auserwählten Assessmentinstruments oder der Skala empfohlen. Vor allem die Dokumentation konnte öfter als ungenügend beurteilt werden.

## **Forschungsempfehlung**

Die Ergebnisse dieses Literaturreviews scheinen daraufhin zuweisen, dass zu diesem Thema in Österreich, beziehungsweise generell im europäischen Raum zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Einzig seit 2013 wird jährlich im Rahmen des Bundesministeriums ein Bericht über „Suizid und Suizidprävention in Österreich“ erstellt. Inhalt dieses Berichts sind aktuelle Daten zu Suizidzahlen und Suizidmethoden, Webportale, sowie Suizidpräventionen (Grabenhofer- Eggerth et al., 2017). Empfohlen werden mehr epidemiologische Studien, um die Häufigkeit von stationären Suiziden zu erheben und eventuell aus etwaigen Fehlern von Personal zu lernen.

Damit es erst zu keinem stationären Suizid kommt, müssen zusätzlich mehr Interventionen erforscht werden, die jede Berufsgruppe im Gesundheitswesen ausüben und anwenden kann. Der Fokus sollte dabei auf Wissensvermittlung, Einstellung zu Suizidgefährdeten und kommunikativen Kompetenzen gelegt werden. Dadurch die Pflege aber die meiste Zeit bei den Patientinnen und Patienten verbringt, sollten die Interventionen speziell für diese Berufsgruppe gelten. Erwin Ringel sagte schon im Jahr 1953:“ [...] es wird noch viele Jahre dauern, bis die Umgebung oder gar der Betreffende selbst die Frühdiagnose der Suicidgefährdung [sic!] stellen wird können und bis der wirklich Gefährdete rechtzeitig den Nervenarzt aufsucht.“.

## 8. Literaturverzeichnis

- ABDERHALDEN ET AL. 2016. „*Depressivität und Suizidalität: Prävention - Früherkennung - Pflegeinterventionen– Selbsthilfe*“ [Online]. Available: [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband\\_10\\_100918.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband_10_100918.pdf) [Accessed 16.10.2018].
- AICHHORN ET AL. 2011. *Suizidalität* [Online]. CliniCum neuropsychy. Available: [https://medizin-akademie.at/wp-content/uploads/2014/06/Kons\\_Suizid\\_2011\\_low.pdf](https://medizin-akademie.at/wp-content/uploads/2014/06/Kons_Suizid_2011_low.pdf) [Accessed 16.10.2018].
- AMÉRY J. 1976. *Hand an sich legen - Diskurs über den Freitod*, Klett-Cotta.
- BELLO ET AL. 2018. *Wo in Europa ist Sterbehilfe legal?* [Online]. euronews 2019. Available: <https://de.euronews.com/2018/05/01/sterbehilfe-in-europa> [Accessed 20.03.2019].
- BMASGK. 2018. *Erste Hilfe für Angehörige von Suizidgefährdeten* [Online]. Available: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/angehoerige/erste-hilfe-leisten> [Accessed 16.10.2018].
- BRANY ET AL. 2019. *Sterbehilfe* [Online]. Benu.: Benu GmbH. Available: <https://www.benu.at/ratgeber/bestattungsvorsorge/sterbehilfe/> [Accessed 20.03.2019].
- BRONISCH T. 1999. *Erkennen von Suizidalität* [Online]. CIP- Medien. Available: <https://sbt-in-berlin.de/cip-medien/1999-2-04-Bronisch.pdf> [Accessed 10.12.2018].
- BRONISCH T. 2008. *Suizidalität* [Online]. Psychiatrie & Psychotherapie: Springer-Verlag. Available: [https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F3-540-27386-7\\_69](https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F3-540-27386-7_69) [Accessed 10.12.2018].
- BRÜDERN J. 2017. *Non-Suizid-Verträge- Limitationen und alternative Empfehlungen* [Online]. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart. Available: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0043-103886.pdf> [Accessed 12.01.2019].
- BUNDESMINISTERIUM. 2018. *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG* [Online]. RIS. Available: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> [Accessed 19.11.2018].

- CAPLAN G. 1961. *Krisen, Krisenintervention und Kurzpsychiatrie* [Online]. Springer Medizin Verlag Heidelberg 2007. Available: [https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-540-29988-2\\_32](https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-540-29988-2_32) [Accessed 11.02.2019].
- CARDELL, R., BRATCHER, K. S. & QUINNETT, P. 2009. Revisiting "suicide proofing" an inpatient unit through environmental safeguards: a review. *Perspect Psychiatr Care*, 45, 36-44.
- CARLOS WATZKA 2008. *Sozialstruktur und Suizid in Österreich: Ergebnisse einer epidemiologischen Studie für das Land Steiermark*, Springer- Verlag.
- CHAN, S. W., CHIEN, W. & TSO, S. 2008. The qualitative evaluation of a suicide prevention and management programme by general nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2884-2894.
- CHAN, S. W., CHIEN, W. & TSO, S. 2009. Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. *Nurse Education Today*, 29, 763-769.
- DOBRINA, R., VIANELLO, C., TENZE, M. & PALESE, A. 2016. Mutual Needs and Wishes of Cancer Patients and Their family Caregivers During the Last Week of Life: A Descriptive Phenomenological Study. *J Holist Nurs*, 34, 24-34.
- EINK ET AL. 2016. *Umgang mit suizidgefährdeten Menschen*, Psychiatrie Verlag.
- GIERNALCZYK T., K. J. 1999. *Chronische Suizidalität, Funktion ud Gegenübertragung* [Online]. Available: <https://cip-medien.com/wp-content/uploads/1999-2-08-Giernacy.pdf> [Accessed 16.10.2018].
- GRABENHOFER- EGGERTH ET AL. 2017. *Suizid und Suizidprävention in Österreich* [Online]. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Available: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=660> [Accessed 24.01.2019].
- GRABENHOFER-EGGERTH ET AL. 2016. *Suizid und Suizidprävention in Österreich* [Online]. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Available: [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/3/9/CH1453/CMS1392806075313/suizidbericht2016\\_2017.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/3/9/CH1453/CMS1392806075313/suizidbericht2016_2017.pdf) [Accessed 10.10.2018].
- HÄFNER ET AL. 1973. *Gewalttaten Geistesgestörter: Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland*, Springer- Verlag.

- HAWKER, S., PAYNE, S., KERR, C., HARDEY, M. & POWELL, J. 2002. Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qual Health Res*, 12, 1284-99.
- ICD-10-GM. 2018. *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision* [Online]. Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Available: <http://www.icd-code.de/icd/code/F30-F39.html> [Accessed 06.12.2018].
- JAYARAM, G., SPORNEY, H. & PERTICONE, P. 2010. The Utility and Effectiveness of 15-minute Checks in Inpatient Settings. *Psychiatry (Edgmont)*, 7, 46-9.
- LADSTÄTTER M. 2018. *Sterbehilfe* [Online]. BIZEPS: BIZEPS – Zentrum für Selbstbestimmtes Leben. Available: <https://www.bizeps.or.at/wissenswertes/sterbehilfe/> [Accessed 20.03.2019].
- LARGE, M., RYAN, C. & NIELSEN, O. 2011. The validity and utility of risk assessment for inpatient suicide. *Australas Psychiatry*, 19, 507-12.
- LIEB, M., PALM, U., MEYER, S., SARUBIN, N., MOKHTARI-NEJAD, R., RIEDEL, M., MOLLER, H. J. & SEEMULLER, F. 2014. [Risk factors for inpatient suicide]. *Psychiatr Prax*, 41, 195-9.
- LYNCH, M. A., HOWARD, P. B., EL-MALLAKH, P. & MATTHEWS, J. M. 2008. Assessment and management of hospitalized suicidal patients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 46, 45-52.
- MADAN, A., MAHONEY, J., ALLEN, J. G., ELLIS, T., HARDESTY, S., OLDHAM, J. M. & FOWLER, J. C. 2015. Utility of an integrated electronic suicide alert system in a psychiatric hospital. *Qual Manag Health Care*, 24, 79-83.
- MANISTER, N. N., MURRAY, S., BURKE, J. M., FINEGAN, M. & MCKIERNAN, M. E. 2017. Effectiveness of Nursing Education to Prevent Inpatient Suicide. *J Contin Educ Nurs*, 48, 413-419.
- MANNA, M. 2010. Effectiveness of formal observation in inpatient psychiatry in preventing adverse outcomes: the state of the science. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 17, 268-73.
- MATEL-ANDERSON, D. M. & BEKHET, A. K. 2016. Resilience in Adolescents Who Survived a Suicide Attempt from the Perspective of Registered Nurses in Inpatient Psychiatric Facilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 37, 839-846.
- MCCARTHY, L. & GIJBELS, H. 2010. An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. *Int Emerg Nurs*, 18, 29-35.

- MCPHERSON, A. 2005. An overview of the assessment tools available to mental health professionals to help determine patients at risk of suicide. *Int J Psychiatr Nurs Res*, 10, 1129-42.
- MENCHE ET AL. 2014. *Pflege von Menschen mit psychischen Erkrankungen*, Pflege Heute 6. Auflage, Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag.
- MOSEBACH ET AL. 2013. *Pflegediagnosen: Definitionen & Klassifikation 2012-2014*, NANDA International.
- NANDA-I. 2017. *NANDA International* [Online]. RECOM GmbH. Available: <https://www.recom.eu/klassifikationen/nanda-international.html> [Accessed 06.12.2018].
- NCBI. 2018. *PubMed Help* [Online]. PubMed. Available: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/#pubmedhelp.Searching\\_by\\_using\\_t](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/#pubmedhelp.Searching_by_using_t) [Accessed 03.12.2018].
- POSNER, K., OQUENDO, M. A., GOULD, M., STANLEY, B. & DAVIES, M. 2007. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*, 164, 1035-43.
- RANGE, L. M. & KNOTT, E. C. 1997. Twenty suicide assessment instruments: evaluation and recommendations. *Death Stud*, 21, 25-58.
- RAYNER, G. C., ALLEN, S. L. & JOHNSON, M. 2005. Countertransference and self-injury: a cognitive behavioural cycle. *J Adv Nurs*, 50, 12-9.
- RINGEL E. 1953. *Der Selbstmord*, Verlag für medizinische Wissenschaften.
- RINGEL E. 1978. *Das Leben wegwerfen? Reflexionen über Selbstmord*, Herder & Co.
- ROWLEY J., S. F. 2004. *Conducting a literature review* [Online]. Emerald Group Publishing Limited. Available: <https://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/01409170410784185> [Accessed 03.12.2018].
- SALIMI ET AL. 2017. *Suizid und vorsätzliche Selbstbeschädigung* [Online]. AMBOSS GmbH. Available: [https://www.amboss.com/de/wissen/Suizid\\_und\\_vors%C3%A4tzliche\\_Selbstbesch%C3%A4digung](https://www.amboss.com/de/wissen/Suizid_und_vors%C3%A4tzliche_Selbstbesch%C3%A4digung) [Accessed 15.10.2018].
- SAUTER ET AL. 2006. *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*, Verlag Hans Huber.
- SCHERR, S. & STEINLEITNER, A. 2015. [Between Werther and Papageno effects]. *Nervenarzt*, 86, 557-65.

- SCHMID O. 2016. *Freitod* [Online]. Freitod.net. Available: <http://www.freitod.net/> [Accessed 20.03.2019].
- SCHMITT ET AL. 2018. *Sterbehilfe – Was ist aktive und passive Sterbehilfe?* [Online]. praktischArzt: pA Medien GmbH. Available: <https://www.praktischarzt.de/blog/sterbehilfe-aktive-passive/> [Accessed 20.03.2019].
- SCHULZ ET AL. 2016. „*Depressivität und Suizidalität: Prävention - Früherkennung - Pflegeinterventionen– Selbsthilfe*“ [Online]. Available: [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband\\_10\\_100918.pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband_10_100918.pdf) [Accessed 16.10.2018].
- STANGL W. 2018. *Suizid* [Online]. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Available: <http://lexikon.stangl.eu/455/suizid/> [Accessed 15.10.2018].
- STANGL W. 2019. *Werther- Effekt* [Online]. Lexikon für Psychologie und Pädagogik Available: <https://lexikon.stangl.eu/10101/werther-effekt/> [Accessed 19.03.2019].
- STATISTIK AUSTRIA. 2018. *Todesursachen gesamt* [Online]. Available: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen\\_im\\_ueberblick/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html) [Accessed 10.10.2018].
- SUN, F., LONG, A., HUANG, X. & HUANG, H. 2008. Family care of Taiwanese patients who had attempted suicide: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 53-61.
- SZMUKLER, G. 2003. Risk assessment: 'numbers' and 'values'. *Psychiatric Bulletin*, 27, 205-207.
- TAUR, F. M., CHAI, S., CHEN, M. B., HOU, J. L., LIN, S. & TSAI, S. L. 2012. Evaluating the suicide risk-screening scale used by general nurses on patients with chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: a questionnaire survey. *J Clin Nurs*, 21, 398-407.
- TJC. 2017. *Quality and safety* [Online]. The Joint Commission. Available: <https://www.jointcommission.org/issues/article.aspx?Article=GtNpk0ErgGF%2B7J9WOTTkXANZSEPXa1%2BKH0%2F4kGHCiio%3D> [Accessed 07.12.2018].
- TURECKI, G. & BRENT, D. A. 2016. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387, 1227-39.
- VALENTE, S. M. 2010. Oncology nurses' knowledge of suicide evaluation and prevention. *Cancer Nurs*, 33, 290-5.

- WATTS, B. V., SHINER, B., YOUNG-XU, Y. & MILLS, P. D. 2017. Sustained Effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist to Decrease Inpatient Suicide. *Psychiatr Serv*, 68, 405-407.
- WATTS, B. V., YOUNG-XU, Y., MILLS, P. D., DEROSIER, J. M., KEMP, J., SHINER, B. & DUNCAN, W. E. 2012. Examination of the effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Arch Gen Psychiatry*, 69, 588-92.
- WHO. 2016. *Suizidprävention: Eine globale Herausforderung* © Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2016) [Online]. Available: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf;jsessionid=1D8FECAD5BC84F4C8D9E845751DAD200?sequence=14> [Accessed 15.10.2018].
- WOLFERSDORF M. 2008. *Depression und Suizid* [Online]. Available: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-008-0513-x> [Accessed 16.10.2018].

## 9. Anhang

### 9.1. Bewertung der analysierten Studien

Die Bewertung der neun inkludierten Studien erfolgte nach der Checkliste von Hawker et al. (2002). Diese Checkliste besteht aus neun Punkten die jeweils in 4 Stufen kritisiert werden konnte: Good=4, Fair= 3, Poor= 2, Very poor= 1 Punkt. Die Gesamtpunktzahl, sowie die Prozentzahl der maximal möglichen 36 Punkte sind zu jeder der bewerteten Studien angegeben.



**VALENTE, S. M. 2010. Oncology nurses' knowledge of suicide evaluation and prevention. *Cancer Nurs*, 33, 290-5.**

<p><b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>In dem Titel fehlt das Design der Studie, ansonsten ist das Wichtigste enthalten. Beim Setting kann man davon ausgehen das es auf der Onkologie ist, da es um „oncology nurses“ geht. Keywords und Population sind vorhanden. Der Abstract ist zwar gut strukturiert, enthält aber keine Forschungsfrage und kein Design. Kurzer Hintergrund, das Ziel, Stichprobengröße, Datenerhebungsmethode und die wichtigsten Ergebnisse sind beschrieben.</p>	Fair 3
<p><b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	
<p>Die Einleitung ist zwar etwas kurz gehalten, dennoch sind Hintergrundinformationen enthalten, sowie 3 Forschungsfragen, kurze Hypothese und der Zweck dieser Studie. Die Relevanz dieser Studie wird sehr umfassend beschrieben. Vorteilhaft wäre noch eine aktuelle Literaturüberprüfung gewesen.</p>	Fair 3
<p><b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?</p>	
<p>Der Methodenteil ist ebenso sehr kurz gehalten. Zwischentitel sind vorhanden, die Instrumente haben eine eigene große Überschrift und werden dort sehr gut beschrieben. Design, Samplinggröße, Setting, Datensammlung und Analyse sind passend. Genaue Details zum Fragebogen werden aber erst in der Überschrift „Instruments“ bekannt gegeben.</p>	Good 4
<p><b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Die Samplinggröße und die Anzahl der retournierten Fragebögen sind groß genug für diese Studie.</p>	Good 4

<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Prozess der Datenanalyse ist vollständig, aber mit wenig Details beschrieben.	Fair 3
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es wird nur erwähnt von wem die Studie genehmigt wurde. Eine Einverständniserklärung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde auch erlangt. Beides aber nur kurz erwähnt, nicht genau beschrieben.	Fair 3
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse werden ausführlich und einfach dargestellt, sowie im Text erwähnt. Es sind auch Zwischentitel zum besseren Verständnis vorhanden.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Resultate können übertragen werden, denn diese sind auch in anderen Settings anwendbar und von großer Bedeutung.	Good 4
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Die Studie liefert klare Ergebnisse. Vorschläge für weitere Forschungen und Praxisempfehlungen sind inkludiert, sowie Empfehlungen für die Gesundheitspolitik.	Good 4
<b>Total:</b>	<b>32 (89%)</b>

**TAUR, F. M., CHAI, S., CHEN, M. B., HOU, J. L., LIN, S. & TSAI, S. L. 2012. Evaluating the suicide risk-screening scale used by general nurses on patients with chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: a questionnaire survey. *J Clin Nurs*, 21, 398-407.**

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Design und Population sind im Titel enthalten. Im Abstract ist das Wichtigste enthalten und gut strukturiert, bis auf die Forschungsfrage, diese fehlt. Die Keywords findet man unter dem Abstract. Die Studie wird ohne den Volltext gelesen zu haben, sehr gut verstanden.	Fair 3
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist sehr lang und enthält reichlich an Hintergrundinformationen, sowie Beschreibungen von „Assessments“. Es wird auch aktuelle Literatur miteinbezogen. Der Zweck und das Ziel dieser Studie werden am Ende kurz beschrieben. Forschungsfrage gibt es keine.	Fair 3
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist sehr lang, da nochmals die Messinstrumente (wie in der Einleitung) genau erklärt werden. Die Samplinggröße, Setting, Analyse und Datensammlung sind passend.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Samplinggröße ist groß genug. Ein- und Ausschlusskriterien werden auch sehr gut beschrieben.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Prozess der Datenanalyse ist vollständig, aber mit wenig Details beschrieben.	Fair 3

<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es wird nur erwähnt von wem die Studie genehmigt wurde. Eine Einverständniserklärung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde auch erlangt. Beides aber nur kurz erwähnt, nicht genau beschrieben.	Fair 3
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse werden ausführlich und einfach dargestellt, sowie im Text erwähnt. Es sind auch Zwischentitel zum besseren Verständnis vorhanden. Zwei Tabellen sind in falscher Reihenfolge abgebildet, sind aber beschriftet und erkennbar.	Fair 3
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Eine Übertragbarkeit ist nicht gegeben, da es sich um spezielle Krankheiten handelt und nicht für eine große Population geeignet ist.	Fair 3
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Es werden ausreichende Empfehlungen an die Praxis gegeben. Jedoch fehlt eine Empfehlung an die Gesundheitspolitik.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>29 (81%)</b>

**CHAN, S. W., CHIEN, W. & TSO, S. 2008. The qualitative evaluation of a suicide prevention and management programme by general nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2884-2894.**

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist kurz und aussagekräftig beschrieben, der Abstract gleichermaßen. Diese sind sehr gut strukturiert und es sind alle Informationen die benötigt werden enthalten.	Good 4
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist etwas kurz gehalten, dennoch ist diese gut strukturiert. Forschungsziel ist enthalten, jedoch keine Forschungsfrage. Aktuelle Literaturübersicht wird ebenfalls miteinbezogen. Man hätte noch das Land, in dem diese Studie durchgeführt wurde explizit erwähnen können. Es wurde nur die Stadt genannt.	Fair 3
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methodik wird mittels Untertiteln ausführlich und gut erklärt. Samplinggröße, Setting, Datensammlung und Analyse sind passend. Das Design der Studie ist auf den ersten Blick etwas verwirrend, aber es wird dann nochmals gut erklärt.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer könnte etwas größer sein.	Fair 3
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Prozess der Datenanalyse ist detailliert beschrieben.	Good 4

<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Einverständniserklärungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und die ethische Genehmigung zur Durchführung der Studie, werden ausführlich beschrieben.	Good 4
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse werden klar, einfach und sehr umfassend beschrieben, sowie dargestellt. Zwischentitel sind zum besseren Verständnis ebenfalls vorhanden.	Good 4
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Nein, da das Setting, laut Studie speziell auserwählt wurde. Es wird aber demnach erwähnt, dass die Resultate für andere Gesundheitsberufe eventuell relevant wären. Deshalb etwas unklar.	Fair 3
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Sehr wichtig, es werden auch der Grund für Politik und eine Empfehlung für die Praxis gegeben.	Good 4
<b>Total:</b>	<b>33 (92%)</b>

**CHAN, S. W., CHIEN, W. & TSO, S. 2009. Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. *Nurse Education Today*, 29, 763-769.**

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Design im Titel fehlt, dennoch wird es im Abstract genannt. Ansonsten alles vorhanden.	Fair 3
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist sehr ausführlich geschrieben. Literaturvergleich, wichtigste Eckdaten und Hintergrundinformationen sind auch vorhanden.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Im Methodenteil ist alles vorhanden, was benötigt wird.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Es wäre besser gewesen, eine größere Anzahl an Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu verwenden.	Fair 3
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Prozess der Datenanalyse ist detailliert beschrieben.	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Einverständniserklärungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und die ethische Genehmigung zur Durchführung der Studie werden ausführlich beschrieben.	Good 4

<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse werden klar und sehr umfassend beschrieben, sowie dargestellt. Zwischentitel sind zum besseren Verständnis auch vorhanden. Eine Legende wäre zum einfacheren und schnelleren Verständnis günstig gewesen.	Fair 3
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Nein, da das Setting, laut Studie speziell auserwählt wurde. Es wird aber demnach erwähnt, dass die Resultate für andere Gesundheitsberufe eventuell relevant wären. Deshalb etwas unklar.	Fair 3
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Sehr wichtig, es werden auch der Grund für Politik und Praxis in der Studie gut beschrieben.	Good 4
<b>Total:</b>	<b>32 (89%)</b>



**WATTS, B. V., YOUNG-XU, Y., MILLS, P. D., DEROSIER, J. M., KEMP, J., SHINER, B. & DUNCAN, W. E. 2012. Examination of the effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Arch Gen Psychiatry*, 69, 588-92.**

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Design im Titel fehlt, sowie Keyword sind ebenso nicht vorhanden.	Poor 2
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Länge der Einleitung ist in Ordnung. Zwar kurz und knapp aber alles inkludiert. Der Literaturvergleich ist in Ordnung für diese Länge.	Fair 3
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil wird zwar ausführlich beschrieben, jedoch sehr kompliziert und schwer verständlich.	Fair 3
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplinggröße ist sehr groß und gut gewählt. Das Ziel dieser Studie konnte somit erreicht werden.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wird gut und umfassend beschrieben.	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ein Ethikantrag, beziehungsweise eine Bestätigung wird nicht erwähnt. Dennoch wird diese nicht benötigt, da Patientinnen und Patienten nicht inkludiert wurden, sonder nur Daten und Fakten.	Good 4
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate sind etwas unübersichtlich. Eine Aufteilung der Ergebnisse mithilfe von Zwischentiteln wäre besser gewesen und wäre auch für die Struktur vorteilhafter gewesen.	Fair 3

<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ja, die Resultate sind für eine Generalisierbarkeit geeignet.	Good 4
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Es wird eine Empfehlung an die Praxis gegeben, jedoch für die Politik nicht.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>30 (83%)</b>

**WATTS, B. V., SHINER, B., YOUNG-XU, Y. & MILLS, P. D. 2017. Sustained Effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist to Decrease Inpatient Suicide. *Psychiatr Serv*, 68, 405-407.**

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Design, die Keywords und die Stichprobengröße fehlen.	Poor 2
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Länge der Einleitung ist für diese kurze Studie in Ordnung. Der dazugehörige Literaturvergleich ist dafür ebenfalls ausreichend.	Good 4
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Dieser Teil wird umfassend und gut beschrieben.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Größe des Samplings wurde groß genug gewählt, da das Studienziel erreicht wurde.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Wird sehr umfassend und ausführlich beschrieben.	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Gleich wie bei der vorherigen Studie wird für diese Studie ebenso keine benötigt, da keine Personen miteinbezogen wurden.	Good 4
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate werden gut angeführt. Dennoch wären für eine bessere Übersicht und Strukturierung, Zwischentitel gut gewesen.	Good 4

<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ja, die Ergebnisse könnten auch in anderen Settings angewendet werden.	Good 4
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Es wird eine Empfehlung an die Praxis gegeben, jedoch für die Politik nicht.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>33 (92%)</b>

**JAYARAM, G., SPORNEY, H. & PERTICONE, P. 2010. The Utility and Effectiveness of 15-minute Checks in Inpatient Settings. *Psychiatry (Edgmont)*, 7, 46-9.**

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Die Keywords sind vorhanden, jedoch das Design fehlt. Setting und Samplinggröße werden erst im Methodenteil bekannt gegeben.	Poor 2
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Ein Literaturvergleich wird gemacht, nur für ein besseres Verständnis sind die vorhandenen Hintergrundinformationen zu wenig.	Poor 2
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Dieser Absatz müsste genauer und umfangreicher beschrieben und erklärt werden. Es ist aber vorhanden.	Fair 3
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Für diese Untersuchung ist die Anzahl in Ordnung, jedoch nicht ausreichend.	Fair 3
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Eine Analyse der Daten wird gar nicht erwähnt oder beschrieben. Limitationen werden ebenso keine bekannt gegeben.	Very poor 1
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Eine ethische Einverständniserklärung wird nicht erwähnt.	Very Poor 1
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate werden gut beschrieben und erklärt. Abbildungen oder Tabellen sind jedoch nicht vorhanden, wären aber nützlich gewesen.	Fair 3

<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ja, die Ergebnisse sind auch für andere Setting von Bedeutung und wichtig.	Good 4
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Eine Empfehlung, sowie dessen Begründung werden für die Praxis gegeben, für die Politik keine.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>22 (61%)</b>

**MANISTER, N. N., MURRAY, S., BURKE, J. M., FINEGAN, M. & MCKIERNAN, M. E. 2017. Effectiveness of Nursing Education to Prevent Inpatient Suicide. *J Contin Educ Nurs*, 48, 413-419.**

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist aussagekräftig, dennoch fehlt das Design der Studie. Auch im darauffolgenden Abstract wird das Design nicht bekannt gegeben und Keywords fehlen auch. Setting und Sample (aber keine Details) sind verkündet worden.	Fair 3
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Es ist eine gute Darstellung von Hintergrundinformationen da, aber von einer aktuellen Literaturübersicht könnte mehr vorhanden sein.	Fair 3
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut strukturiert. Zwischentitel sind zum besseren Verständnis ebenfalls vorhanden. Das Design, Setting, Datensammlung und die Analyse sind passend. Genaue Details zur Umfrage werden aber nicht genannt.	Fair 3
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplinggröße wird groß genug gewählt um das Forschungsziel zu erreichen. Ein- und Ausschlusskriterien werden nur kurz beschrieben.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Prozess der Datenanalyse ist vollständig und ausführlich beschrieben.	Good 4

<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Das Ethikvotum wird erwähnt, jedoch nicht näher beschrieben.	Fair 3
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate werden gut beschrieben, jedoch fehlt eine Überschrift zu diesem Kapitel.	Fair 3
<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist vorhanden.	Good 4
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Eine Empfehlung an die Praxis wird angegeben, für die Politik nicht.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>30 (83%)</b>



MADAN, A., MAHONEY, J., ALLEN, J. G., ELLIS, T., HARDESTY, S., OLDHAM, J. M. & FOWLER, J. C. 2015a. Utility of an Integrated Electronic Suicide Alert System in a Psychiatric Hospital. *Quality Management in Health Care*, 24, 79-83.

<b>1. Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	
Das Studiendesign im Titel fehlt, wird erst im Methodenteil erwähnt. Das Setting ist zwar bekannt, jedoch das Land in dem die Studie durchgeführt wurde, wird nicht explizit genannt. Die Samplegröße und die Keywords sind vorhanden.	Fair 3
<b>2. Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Länge der Einleitung könnte etwas weitreichender sein. Die Ziele der Studie und eine kurze Literaturrecherche sind aber vorhanden.	Fair 3
<b>3. Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist sehr gut strukturiert. Ein guter Überblick und eine umfangreiche Beschreibung werden gegeben.	Good 4
<b>4. Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Größe des Samplings ist gut gewählt.	Good 4
<b>5. Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse ist gut beschrieben.	Good 4
<b>6. Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ein Ethikanatrag wird nicht erwähnt. Daraus wird der Entschluss erfasst, dass keiner gestellt wurde.	Very poor 1
<b>7. Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate werden sehr kompliziert und kurz beschrieben. Die Abbildungen jedoch sind verständlich.	Fair 3

<b>8. Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Ja, das System kann auch in einem anderen Setting verwendet werden. Es ist nicht nur auf dieses Setting beschränkt.	Good 4
<b>9. Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	
Eine Empfehlung an die Gesundheitspolitik wird nicht gegeben, aber dafür für die Praxis. Vorschläge hierfür werden auch genannt.	Fair 3
<b>Total:</b>	<b>29 (81%)</b>