

Einstellungen Notfallpflegender gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten

Beeinflussende Faktoren und mögliche Interventionen

Weller Samuel
S16546533

Nedumparambil Anthony
S16546343

Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Studienjahr: PF16
Eingereicht am: 03.05.2019
Begleitende Lehrperson: Heidi Sommer

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	4
1 Einleitung	5
1.1 Relevanz für die Pflegeprofession	7
1.2 Ziel und Fragestellung	7
1.3 Begründung der Themenwahl	8
2 Methodik	9
2.1 Vorgang der Literaturrecherche	9
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien	10
2.3 Eingeschlossene Studien	10
2.4 Instrumente zur kritischen Würdigung und Beurteilung der Güte	11
2.5 Zusätzliche Literaturrecherche	11
3 Theoretischer Hintergrund und Begriffsdefinitionen	12
3.1 Psychische Störung	12
3.2 Notfallspezifische Begrifflichkeiten	13
3.2.1 Notfallstation	13
3.2.2 Notfallpflege	13
3.2.3 Psychiatrische Notfälle	14
3.2.4 Interprofessionalität	14
3.2.5 Diagnostic overshadowing	14
3.3 Einstellung	14
3.4 Stigma	15
3.5 Salutogenese	15
3.6 Expertinnen und Experten durch Erfahrung / Peers	16
3.7 Elaboration-Likelihood-Modell (1986)	16
4 Ergebnisse	19
4.1 Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness (van Nieuwenhuizen et al., 2013)	20
4.1.1 Kritische Würdigung	21
4.1.2 Bewertung der Güte	21
4.2 Emergency Room Psychiatric Services: A Qualitative Study of Nurses' Experiences (Plant & White, 2013)	23
4.2.1 Kritische Würdigung	24
4.2.2 Bewertung der Güte	24

4.3 „When you’re it“: a qualitative study exploring the rural nurse experience of managing acute mental health presentations (Beks, Healey, & Schlicht, 2018)	26
4.3.1 Kritische Würdigung	27
4.3.2 Bewertung der Güte	28
4.4 Optimal management of mental health patients in Australian emergency departments: Barriers and solutions (Weiland, Mackinlay, Hill, Gerdtz, & Jelinek, 2011)	29
4.4.1 Kritische Würdigung	30
4.4.2 Bewertung der Güte	31
4.5 What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department (Kerrison & Chapman, 2007).....	32
4.5.1 Kritische Würdigung	32
4.5.2 Bewertung der Güte	33
4.6 Ergebnisse der bearbeiteten Studien	34
4.6.1 Wissen/Ausbildung.....	34
4.6.2 Umgebungsbedingte Faktoren	35
4.6.3 Einstellung gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten	37
4.6.4 Selbstkundgabe/Insuffizienzgefühl/Frustration	38
4.6.5 Kommunikation.....	39
4.6.6 Behandlungserschwerende situativ bedingte Faktoren	40
4.6.7 Umgang mit Komorbiditäten	40
5 Diskussion.....	41
5.1 Zusammenführung der wichtigsten Ergebnisse.....	41
5.2 Bezug zur Fragestellung.....	42
5.3 Einordnung der Resultate in die bestehende Literatur.....	42
5.4 Bedeutung der Thematik im gesundheitspolitischen Kontext	43
5.5 Auseinandersetzung mit den bestehenden negativen Einstellungen.....	43
5.6 Historische und mediale Einflüsse auf die Einstellungsbildung der Gesellschaft.....	45
5.7 Bezug zum Salutogenese-Konzept	45
5.8 Bezug zum Elaboration-Likelihood-Modell.....	47
5.9 Limitationen	48
6 Theorie-Praxis-Transfer	49
6.1 Interventionen aus der Literatur	49
6.2 Empfehlungen der Verfasser	50
6.2.1 Schulungen zur Wissensvermittlung	50

6.2.2 Schulungen zum Themenbereich Einstellungen	50
6.2.3 Expertinnen und Experten aus Erfahrung / Peers	51
6.2.4 Infrastrukturelle Anpassung.....	51
7 Schlussfolgerung.....	52
Literaturverzeichnis.....	53
Abbildungsverzeichnis.....	57
Tabellenverzeichnis.....	57
Wortzahl.....	57
Danksagung	58
Eigenständigkeitserklärung.....	59
Anhang A: Rechercheprotokoll	60
Anhang B: Zusammenfassungen der Studien	62
Anhang C: Übersicht der Resultate.....	89

Abstract

Hintergrund: 30 Prozent aller Patientinnen und Patienten in der Primärversorgung leiden an einer psychischen Erkrankung. Notfallpflegende sind oft für die Erstversorgung Betroffener zuständig. Negative Einstellungen können sich auf die Behandlungsqualität auswirken.

Ziel: Ziel dieser Arbeit war es, die Einstellungen Notfallpflegender gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten zu explorieren. Anhand der Ergebnisse dieser Literaturarbeit werden Interventionen abgeleitet, um das Outcome für beide Parteien nachhaltig zu verbessern.

Methode: Es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Mithilfe definierter Schlüsselwörter wurden in den pflegerelevanten Datenbanken PubMed, CINAHL und MEDLINE fünf geeignete qualitative Studien gefunden.

Relevante Ergebnisse: Es wurden mit den Einstellungen im Zusammenhang stehende überwiegend negativ beeinflussende Bereiche identifiziert. Diese umfassen (1) Wissen/Ausbildung, (2) umgebungsbedingte Faktoren, (3) Einstellung gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten, (4) Selbstkundgabe/Insuffizienzgefühl/Frustration, (5) Kommunikation, (6) behandlungerschwerende situativ bedingte Faktoren und (7) Umgang mit Komorbiditäten.

Schlussfolgerung: Notfallpflegende haben tendenziell negative Einstellungen gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten. Diese Literaturarbeit formuliert vier Interventionsempfehlungen für Notfallabteilungen. Die Integration des Elaboration-Likelihood-Models und des Salutogenese-Konzepts in die Interventionen bietet Potenzial.

Keywords: *attitude, emergency department, mental illness, nurse(s)*

1 Einleitung

Pro Jahr erkranken mehr als ein Drittel der EU-Bevölkerung an psychischen Erkrankungen (Wittchen et al., 2011). Die gesellschaftliche Entwicklung der Prävalenz psychischer Erkrankungen stellt ein häufig diskutiertes Thema dar. Die Vermutung, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft zunimmt, scheint weit verbreitet, auch wenn es dafür bis anhin keine wissenschaftlichen Belege gibt (Schuler, Tuch, Buscher, & Camenzind, 2016). Schuler et al. (2016) erklären sich die empfundene Zunahme psychischer Erkrankungen unter anderem durch den wachsenden gesellschaftlichen Kenntnisstand zu dieser Thematik. Dieser resultiert unter anderem aus einer gesteigerten gesellschaftlichen Akzeptanz psychischer Erkrankungen und einer zunehmenden Bereitschaft Betroffener, sich in Behandlung zu begeben. In der Schweiz leiden Statistiken zufolge 17 von 100 Personen an einer oder mehreren psychischen Erkrankungen (Bürli, Amstad, Schmucki, & Schibli, 2015). Laut Bürli et al. (2015) sind psychische Störungen, was Häufigkeit und Folgebelastungen anbelangt, kaum durch andere Krankheitsbilder zu übertreffen. Sie verursachen enorme Kosten, die Schätzungen zufolge jährlich bis zu elf Milliarden Franken betragen (Schuler et al., 2016). Schweizerische Untersuchungen verzeichneten zwischen den Jahren 1997 und 2012 eine Zunahme von 4.1 Prozent auf 5.4 Prozent an Personen, die sich aufgrund psychischer Probleme in Behandlung begaben (Schuler et al., 2016). Dem Grossteil psychischer Erkrankungen liegen in der Entstehung biologische, psychologische und soziale Faktoren zugrunde. Diese Faktoren zeigen sich auch im Erscheinungsbild (Hell, Endrass, Vontobel, & Schnyder, 2011). Bei psychischen Erkrankungen besteht oft eine *Komorbidität* - das heisst, dass bei einer Person mehrere Erkrankungen zur selben Zeit vorliegen. Knapp 70 Prozent der psychisch stark belasteten Personen leiden zusätzlich an körperlichen Beschwerden (Schuler et al., 2016). Beispiele für vermehrte körperliche Komorbiditäten psychischer Erkrankungen sind Herzinfarkte und Diabeteserkrankungen (Fasel, Frick, Baer, & Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2010). Es ist anzunehmen, dass sich viele Betroffene, sei es im Zusammenhang mit der psychiatrischen Komorbidität oder aufgrund eines anderen akuten Leidens, als Hilfesuchende in die Notaufnahme begeben. Laut Winokur, Loucks und Rutledge (2017) haben auch die Einführung und Verbreitung atypischer Neuroleptika und Umstellungen psychiatrischer Behandlungskonzepte einen Einfluss auf die Prävalenz psychisch kranker Patientinnen und Patienten auf Notfallstationen. Patientinnen und Patienten, die früher in psychiatrischen Langzeitinstitutionen versorgt wurden, leben zunehmend zu Hause. Treten psychisch bedingte Symptome auf, ist die Notfallstation oft die erste Anlaufstelle (Winokur et Weller Samuel und Nedumparambil Anthony

al., 2017). Nach Möller, Laux, Deister, Schulte-Körne und Braun-Scharm (2013, S. 16) ist davon auszugehen, dass ungefähr 30 Prozent der in der Primärversorgung behandelten Patientinnen und Patienten an einer psychischen Erkrankung leiden. Clarke, Dusome und Hughes (2007) zufolge tendiert die Zusammenarbeit mit psychisch kranken Patientinnen und Patienten, schon angefangen beim Assessment, dazu, langwierig zu sein, und den normalen Arbeitsablauf auf einer Notfallstation zu unterbrechen. Betroffene präsentieren sich häufig mit einem schwierig einzuordnenden Zustandsbild (Fleet et al., 2003). Oft liegen Suizidgedanken, Panikzustände oder aus einer psychischen Erkrankung resultierende Symptome oder Verletzungen vor. Aber auch überfordernde Lebenssituationen führen dazu, dass Menschen Notfallstationen aufsuchen (Harris, Beurmann, Fagien, & Shattell, 2016). Notfallpflegende sehen sich in solchen Situationen mit der Herausforderung konfrontiert, die Dringlichkeit der Fälle einzuschätzen. Die Ergebnisse eines von Crowley (2000) durchgeführten Projektes zeigten, dass psychische Gesundheit auf Notfallstationen nur einen geringen Stellenwert einnimmt. Dies bezieht sich auf die Werte des Personals, die Kommunikation und die Infrastruktur. Mit Infrastruktur sind die begrenzten Rückzugsmöglichkeiten für die Notfallpflegenden und für die Patientinnen und Patienten, aber auch der hohe Lärmpegel gemeint. Unter Berücksichtigung der genannten Punkte und der oft stressigen Atmosphäre auf Notfallstationen, stellt sich die Frage, wie Notfallpflegende psychisch kranken Patientinnen und Patienten begegnen. Dabei gilt es auch, die intrinsischen und extrinsischen Anforderungen Notfallpflegender, allen Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, zu berücksichtigen. Möglicherweise bleibt die Haltung im Hinblick auf Voreingenommenheit aufgrund der professionellen Identität, die einer Pflegefachperson innewohnt, von externen Faktoren unbeeinflusst. Dies genauer zu explorieren ist insofern bedeutsam, als negative Einstellungen von Pflegefachpersonen zu einer Exazerbation des Leids psychisch kranker Patientinnen und Patienten führen und eine Systembelastung begünstigen (Wellstood, Wilson, & Eyles, 2005). Dies wiederum kann negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität haben.

1.1 Relevanz für die Pflegeprofession

Spichiger, Kesselring, Spirig und De Geest (2006) verstehen professionelle Pflege als einen Tätigkeitsbereich, der zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit beiträgt, gesundheitlichen Schäden vorbeugt und Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien unterstützt. Der International Council of Nurses betont ausserdem in seiner Definition die Eigenverantwortlichkeit der Pflegefachpersonen. Er verweist darauf, dass Pflege sowohl kranken als auch gesunden Menschen zusteht und dass es die Aufgabe von Pflegefachpersonen ist, die Bedürfnisse und Interessen dieser wahrzunehmen (Nursing Definitions, n. d.). Für eine angemessene Behandlung ist das interprofessionelle Team einer Notfallstation auf die Informationen der Notfallpflegenden angewiesen. Aufgrund der knappen zeitlichen Ressourcen sollten Notfallpflegende zeitnah die relevanten Informationen des Krankheitsprozesses erfassen. Dabei sind die Notfallpflegenden sowohl auf ihre Beobachtungsgabe als auch auf die Aussagen der Patientinnen und Patienten angewiesen. Damit Patientinnen und Patienten sich öffnen können, ist es wichtig, dass eine Vertrauensbasis besteht. Der Vertrauensaufbau hängt massgeblich von der Kommunikation (nonverbal, verbal und paraverbal) des Gesundheitspersonals ab (Petermann, 2013). Diese kann durch vorherrschende Einstellungen substantiell beeinflusst werden.

1.2 Ziel und Fragestellung

In dieser Arbeit wird das Ziel verfolgt, die Einstellungen sowie die korrelierenden Faktoren, mit denen Pflegefachpersonen psychisch kranken Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme gegenüberstehen, zu ergründen. Anhand der Ergebnisse der eingeschlossenen Studien und einer zusätzlichen Literaturrecherche sollen geeignete Massnahmen abgeleitet werden, um die als herausfordernd eingeschätzte Kommunikation und somit Zusammenarbeit zu vereinfachen. Folgende Fragestellungen ergeben sich: Mit welchen Einstellungen begegnen Notfallpflegende Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen und welche Interventionen mit dem Fokus auf Einstellungsänderung bieten sich an, um das Outcome für beide Parteien zu verbessern? Das Setting der Notaufnahme wurde gewählt, da Pflegefachpersonen auf Notfallstationen eine besondere Verantwortung im Behandlungsprozess übernehmen (Rahmenlehrplan für Nachdiplomstudien der höheren Fachschulen, 2019). Patientinnen und Patienten kommen mit unklaren Beschwerden, und es liegt zu einem Grossteil an den Notfallpflegenden, in Zusammenarbeit mit dem interpro-

fessionellen Team, das Ausmass der Gefahr bzw. der Behandlungsbedürftigkeit einzuschätzen. Bestimmte Einstellungen gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten seitens der Pflegefachpersonen können bedeutsame Folgen für den Behandlungsprozess haben. Auf der einen Seite können negative Einstellungen die Behandlungsqualität reduzieren und gefährdende Auswirkungen haben. Auf der anderen Seite kann ein positiver, wertfreier und klientenzentrierter Umgang mit psychischen kranken Patientinnen und Patienten einen förderlichen Effekt haben.

1.3 Begründung der Themenwahl

Die Verfasser dieser Literaturarbeit haben sich nicht nur angesichts der epidemiologisch feststellbaren Relevanz der Thematik für die Bearbeitung dieses Themas entschieden. Beide haben im Rahmen ihrer Arbeit als Fachangestellte in psychiatrischen und somatischen Institutionen Erfahrungen gesammelt. Diese Erfahrungen beziehen sich auf einen gehemmten und angstbehafteten Umgang von Pflegefachpersonen mit psychisch kranken Patientinnen und Patienten, der oft mit mangelnden Kenntnissen sowie strukturell bedingten Umständen zusammenzuhängen scheint. Die Verfasser sind bezüglich der eigenen Vorannahmen zur Thematik reflektiert und werden einen Fokus darauf legen, bei der Erarbeitung dieser Literaturrecherche urteilsfrei und offen gegenüber allen möglichen Resultaten zu sein.

2 Methodik

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der Literaturrecherche erläutert. Dabei wird Bezug auf den Vorgang der Literaturrecherche, die Limitationen, die Ein- und Ausschlusskriterien sowie den Selektionsprozess der integrierten Studien genommen. Weiterhin werden die Instrumente erläutert, anhand derer die Studien zusammengefasst und gewürdigt wurden.

2.1 Vorgang der Literaturrecherche

Um Antworten auf die Fragestellung zu finden, wurde eine Studiensuche durchgeführt. Hierfür wurden die pflegerisch relevanten Datenbanken PubMed, CINAHL und MEDLINE verwendet. Die Datenbanken wurden anhand der in Tabelle 1 dargestellten Schlüsselwörter durchsucht. Die Schlüsselwörter wurden mit Booleschen Operatoren und Trunkierungen kombiniert. Dies ermöglichte eine spezifischere Suche, die durch folgende Limitationen eingegrenzt wurde:

- Studien englischer und deutscher Sprache (Gewährleistung des sprachlichen Verständnisses)
- Keine Studien, die älter als zehn Jahre sind (Gewährleistung der Aktualität)
- Thematisch primäre Auseinandersetzung mit den Einstellungen von Pflegefachpersonen gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten
- Keine Reviews

Tabelle 1

Schlüsselwörter der Literaturrecherche

Deutsch	Englisch
Wahrnehmung, Einstellung	perception, attitude, apperception
Psychiatrische Erkrankung	mental illness, mental disease, mental disorder, psychiatric disease, co-morbid mental illness, psychiatric patient(s)
Pflege	nurse(s), nursing staff, nursing
Notaufnahme	emergency department, emergency hospitalis(z)ation, casualty, casualty department, emergency room, emergency ward
Intervention	treatment, intervention, therapy

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Aus Gründen der Repräsentativität wurden nur Studien eingeschlossen, in denen das medizinische Versorgungssystem dem schweizerischen ähnelte. Bei der Studienpopulation sollte es sich um Pflegefachpersonen handeln, die in einer somatischen Notaufnahme tätig waren und nach Möglichkeit keine bis wenig psychiatrische Erfahrung vorwiesen. Die in der Notaufnahme befindlichen Patientinnen und Patienten sollten entweder eine bekannte psychische Erkrankung haben, aufgrund psychiatrisch anmutender Symptomatik eingewiesen worden sein oder sich so präsentieren, dass eine Veränderung des Denkens, Verhaltens oder Erlebens offenkundig schien. Exkludiert wurden Studien, in denen die Patientinnen und Patienten jünger als 18 Jahre alt waren, da dies einer separaten Untersuchung bedürfte. Dies hängt einerseits damit zusammen, dass bei den Einstellungen gegenüber Kindern und Jugendlichen zusätzliche Einflussfaktoren ausser der psychiatrischen Diagnose bedeutsam sein können. Andererseits gibt es möglicherweise Unterschiede bei den abgeleiteten Interventionen, je nachdem, ob es sich um Erwachsene oder Kinder und Jugendliche handelt. Weiterhin wurden Studien exkludiert, in denen nur auf eine von einer spezifischen psychischen Erkrankung betroffene Patientengruppe Bezug genommen wurde. Das Ziel war es, allgemeine Aussagen zu den Einstellungen gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten zu machen, ohne sich dabei auf ein spezifisches Krankheitsbild zu beschränken.

2.3 Eingeschlossene Studien

Die Suche mit den Schlüsselwörtern ergab in den Datenbanken PubMed, CINAHL und MEDLINE 310 Treffer. Von diesen 310 Treffern wurden 29 Abstracts gelesen. Die restlichen Treffer liessen sich aufgrund thematisch unpassender Titel im Vorfeld ausschliessen. Elf Studien wurden in die engere Auswahl gezogen, da in diesen die Einstellungen gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten untersucht wurden. Exkludiert wurden vier sich ausschliesslich mit selbstverletzendem Verhalten auseinandersetzen- den Studien, ein Review sowie eine Studie, die lediglich Bezug auf die Einstellungen von Psychiaterinnen und Psychiatern nahm. Übrig blieben fünf qualitative Studien. Vier davon entsprachen den festgelegten Kriterien. Die fünfte Studie von Kerrison und Chapman (2007) mit dem Titel *What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department* wurde trotz Nichterfüllung der Zeitlimitation von zehn Jahren inkludiert. Der Grund dafür war, dass sich keine der anderen Studien in ähnlichem Ausmass mit dem Thema Frustration auseinandersetzte. Das Thema Frustration scheint

im Hinblick auf potenzielle Erklärungen für die Einstellungen von Pflegefachpersonen zentral. Genauere Informationen zum vollständigen Suchverlauf sind im Anhang ersichtlich.

2.4 Instrumente zur kritischen Würdigung und Beurteilung der Güte

Zur kritischen Würdigung der qualitativen Studien wurde das Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften verwendet. Die Leitfragen basieren auf den Werken von Lincoln und Guba (1985), LoBiondo-Wood und Haber (2005) und Burns und Grove (2005). Die Beurteilung der Güte erfolgte anhand der Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985). Zu den Gütekriterien gehören *Confirmability* (Bestätigung), *Dependability* (Zuverlässigkeit), *Credibility* (Glaubwürdigkeit) und *Transferability* (Übertragbarkeit). Das Evidenzlevel wurde anhand der 6S-Pyramide nach DiCenso, Bayley und Haynes (2009) beurteilt.

2.5 Zusätzliche Literaturrecherche

Zusätzlich zu den Studien, die die Einstellungen von Notfallpflegenden gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten untersuchen, wurde eine Suche nach Interventionsstudien durchgeführt. Da der Fokus dieser Arbeit auf der Untersuchung der Einstellungen liegt, wurde die Güte der drei gefundenen Interventionsstudien nicht im Detail überprüft.

3 Theoretischer Hintergrund und Begriffsdefinitionen

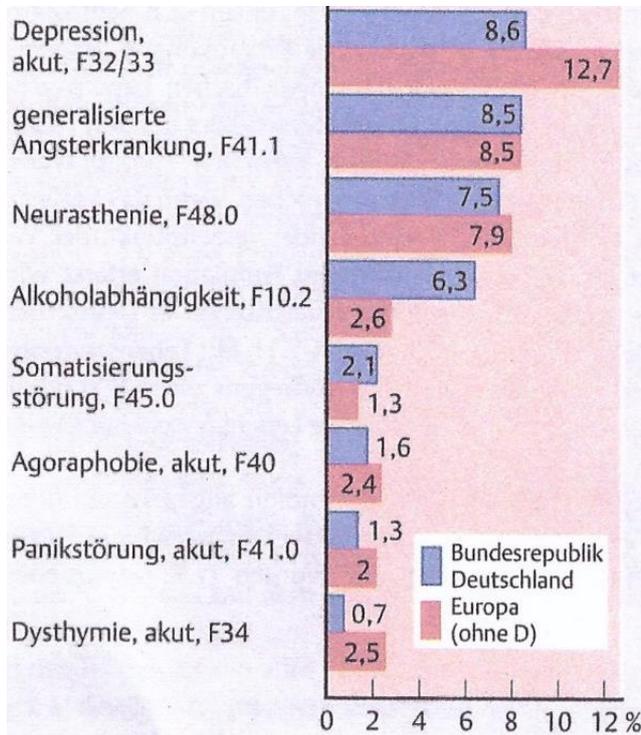
Dieses Kapitel dient der Erläuterung und Definition der für diese Arbeit relevanten Begrifflichkeiten. Weiterhin bildet es die Grundlage für das Verständnis der Inhalte dieser Arbeit. Die erwähnten Konzepte werden im Diskussionsteil aufgegriffen und in Bezug zu den Ergebnissen gesetzt.

3.1 Psychische Störung

Da die Begrifflichkeit der psychischen Störung mitunter im Fokus dieser Arbeit steht, gilt es für diese ein einheitliches Verständnis zu bilden. „Psychische Störungen sind Funktionsstörungen und zwar in der Art und Weise, wie Gefühle erlebt und geäußert werden, wie gedacht, geurteilt, gelernt wird, wie man sich verhält und wie das körperliche Erleben und Empfinden beeinflusst werden“ (Sauter, Abderhalden, Needham, & Wolff, 2018, S. 83). Bürli et al. (2015) verstehen die Begrifflichkeit auch als multikausal bedingte Beeinträchtigung des Erlebens und Verhaltens, die sich auf verschiedenen Ebenen im Alltag auswirkt, nämlich der emotionalen, kognitiven, interpersonalen, körperlichen sowie der Verhaltens-ebene. Oft ist ein grosser Leidensdruck vorhanden. Unangemessene oder ausbleibende Behandlung kann gravierende Folgen bis hin zu Invalidität und Suizid haben (Bürli et al., 2015). Psychische Krankheit ist insofern schwierig zu definieren, als die Grenzen zur Normalität fließend verlaufen. Was ist krank, was gesund? Wer definiert Krank- oder Gesundsein? Ab wann handelt es sich noch um Akzentuierungen, wann um vollständig einzuordnende Krankheitsbilder? All dies sind in diesem Kontext zu berücksichtigende Fragen. Ein Instrument zur Einteilung physischer sowie psychischer Störungen ist die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Dort beschriebene relevante psychiatrische Krankheitsbilder sind affektive Störungen, Psychosen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen und psychische sowie Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, leiden circa 30 Prozent der Patientinnen und Patienten in der Primärversorgung an psychischen Erkrankungen (Möller et al., 2013, S. 16). Dabei handelt es sich um psychische Erkrankungen, die in den psychiatrischen Diagnosesystemen klar definiert sind. Häufig sind dies depressive Erkrankungen, Angsterkrankungen und Alkoholismus. In Abbildung 1 sind die Ergebnisse einer von der *World Health Organisation* (WHO) getätigten Studie ersichtlich. Die Studie legt die häufigsten psychischen Erkrankungen Deutschlands und Europas in der Primärversorgung dar (Möller et al., 2013, S. 16).

Abbildung 1.

Die häufigsten Erkrankungen in der Primärversorgung (Möller et al., 2013, S. 16)



3.2 Notfallspezifische Begrifflichkeiten

In den anknüpfenden Unterkapiteln werden notfallrelevante Begriffe erläutert.

3.2.1 Notfallstation

Vilpert (2013) beschreibt Notfallstationen folgendermassen:

Die Notfallstationen bilden ein Tor zum Versorgungssystem bzw. zu den Spitälern. Sie sind an sieben Tagen die Woche rund um die Uhr geöffnet, befinden sich meist in den städtischen Zentren und zeichnen sich durch einen niederschweligen Zugang aus. Obschon die Notfallstationen eigentlich auf lebensbedrohliche Notfälle ausgerichtet sind, nehmen sie mangels allgemein gültiger Definition für Notfälle – jede Patientin und jeden Patienten auf. (S. 1)

3.2.2 Notfallpflege

Die Notfallpflege wird nach Alvarez et al. (2014) wie folgt definiert:

Die Notfallpflege ist ein Teilbereich der Gesundheits- und Krankenpflege. Sie umfasst pflegerische Tätigkeiten innerhalb der klinischen Akutversorgung von Notfallpatienten in Rettungsstellen, Erste Hilfe, Ambulanzen, Notaufnahmen u.ä. Einrichtungen. Notfall-

pflege wird durch Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ausgeübt, welches die Notfallpatienten allein oder in Kooperation mit anderen Berufsgruppen versorgt und betreut. Sie unterstützt den Arzt aktiv bei der Steuerung des Versorgungsprozesses und bewältigt mit ihm gemeinsam die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung medizinisch notwendiger diagnostischer und therapeutischer Massnahmen am Notfallpatienten. (S.1)

3.2.3 Psychiatrische Notfälle

Sauter et al. (2018) beschreiben psychiatrische Notfälle wie folgt:

Ein Notfall wird hier definiert als eine schwerwiegende bis lebensbedrohliche Situation, die rasches Handeln erfordert. Zu den wichtigsten psychiatrischen Notfällen gehören Erregungszustände, selbstschädigendes Verhalten, Intoxikationen, Angst- und Panikstörungen, quantitative und qualitative Bewusstseinsstörungen, Delirium tremens, Symptome in Verbindung mit Drogenentzug, Stupor, Dyskinesien, das maligne neuroleptische Syndrom und krankheitsbedingte Aggression. (S. 528)

3.2.4 Interprofessionalität

Auf Notfallstationen arbeiten verschiedene Professionen zusammen. Aus diesem Grund wird der Begriff der Interprofessionalität näher beschrieben. Das Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010), eine Zentrale für interprofessionelle Ausbildung, Zusammenarbeit im Gesundheitssystem und klientenzentrierte Pflege, versteht unter diesem Begriff einen „partizipativen, kollaborativen und koordinierten Ansatz zur gemeinsamen Entscheidungsfindung rund um gesundheitliche und soziale Probleme“ (S. 24).

3.2.5 Diagnostic overshadowing

Beim *diagnostic overshadowing* handelt es sich um ein notfallrelevantes Phänomen, bei dem eine Person aufgrund einer Fehleinschätzung eine unzureichende oder verzögerte Behandlung physisch bedeutsamer Symptome erfährt. Diese Fehleinschätzung bezieht sich auf die fälschliche Zuordnung der Ursache eines physisches Leidens auf eine vorherrschende psychische Erkrankung (Shefer, Henderson, Howard, Murray, & Thornicroft, 2014).

3.3 Einstellung

Im Zentrum dieser Arbeit steht die Untersuchung der Einstellungen. Lauster (2014) versteht unter Einstellung die „gelernte Bereitschaft, bestimmte Objekte (Menschen, Gruppen, Situationen, leblose Dinge) in einer bestimmten Weise wahrzunehmen. Eine Einstellung

kann nicht direkt beobachtet, sondern nur aus dem beobachteten Verhalten eines Menschen erschlossen werden, z. B. aus verbalen Äußerungen oder beobachtbaren Handlungen“ (S. 178).

3.4 Stigma

Negative Einstellungen können aus Stigmata resultieren. Nach Sauter et al. (2018) handelt es sich beim Stigma um einen Makel. Dieser Makel wird einer Person zugeschrieben und ist negativ konnotiert. Oftmals hängt er mit einem Abweichen von der Normalität zusammen. Stigma-Erfahrungen haben einen nachweislich negativen Einfluss auf das Selbstbild einer Person (S. 998).

3.5 Salutogenese

Einstellungen können unter anderem durch das Krankheitsverständnis erklärt werden. Bei der Salutogenese handelt es sich um ein vom israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Antonovsky entwickeltes Rahmenkonzept, das sich im Gegensatz zur vorherrschenden pathogenetischen Orientierung auf die Gesundheit fokussiert. Im Mittelpunkt von Antonovskys Forschung stand die Fragestellung, weshalb es Menschen gelingt, trotz schwierigster Lebensumstände gesund zu bleiben. Das Hauptaugenmerk galt dabei der Untersuchung protektiver Faktoren, also jener Kräfte, die das Gesundbleiben oder den Gesundungsprozess bei bestehendem Leid begünstigen. Das salutogenetische soll das pathogenetische Paradigma ergänzen, nicht ersetzen. Eine der Grundhaltungen des Salutogenese-Konzepts bezieht sich auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, die nicht als dichotom unterscheidbare Pole, sondern als Kontinua angesehen werden. In diesem Kontext spricht man vom Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. So befindet sich der Mensch zeitlebens in einer Auseinandersetzung mit gesunden und kranken Anteilen. Ein Mensch ist nicht entweder gesund oder krank (Lorenz, 2004, S. 19–29). Zudem entwickelte Antonovsky das Konstrukt des *sense of coherence*, zu Deutsch Kohärenzgefühl. Es handelt sich hierbei um eine Art Grundvertrauen und Lebenseinstellung. Diese Einstellung ergibt sich aus den drei Faktoren *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Sinnhaftigkeit/Bedeutbarkeit*. Die *Verstehbarkeit* bezeichnet die Fähigkeit eines Menschen, Lebensprobleme und damit verbundene Stressoren in ihrer Vielfalt zu erkennen. Es geht darum, dass das Individuum in der Lage ist, Stimuli in ihrem Gefüge und ihrer Beschaffenheit richtig einzuordnen. Unter der *Handhabbarkeit* wird in der Salutogenese das Vertrauen in die Bewältigung und Lösbarkeit eines Problems verstanden. Dabei spielen sowohl die persönlichen Ressourcen, insbesondere der Glaube an die eigenen Fähigkeiten, als auch die

Wahrnehmung des Ausmasses der durch das Umfeld gegebenen Ressourcen eine bedeutende Rolle. Bei der Sinnhaftigkeit oder auch Bedeutsamkeit geht es darum, dass das Individuum Geschehnissen oder im breiter gefassten Rahmen dem ganzen Leben auf emotionaler Ebene einen Sinn zuordnet. Probleme werden im Idealfall als Herausforderungen und nicht als Unbequemlichkeiten gesehen. Diese Betrachtungsweise sich ergebender Probleme trägt unter anderem zu einer Lebensqualitätssteigerung bei (Lorenz, 2004, S. 37–38).

3.6 Expertinnen und Experten durch Erfahrung / Peers

Um den salutogenetischen Ansatz besser nachvollziehen zu können, kann der Einbezug von Expertinnen und Experten durch Erfahrung sinnvoll sein.

Utschakowski (2009, zit. nach Sauter et al., 2018, S. 168) umschreibt Expertinnen und Experten durch Erfahrungen wie folgt:

Ein Experte durch Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung ist jemand, der aktive Erfahrung mit Krankheit, Behinderung und/oder psychischen Problemen hat und der spezifische Erfahrungen erworben hat, damit zu leben und im soziokulturellen oder institutionellen Kontext, in dem die Krankheit, die Behinderung und/oder die psychischen Probleme bedeutsam werden, umzugehen.

3.7 Elaboration-Likelihood-Modell (1986)

Zum Verständnis der Einstellungsbildung und -veränderung ist es sinnvoll ein anerkanntes Modell zu integrieren. Nach Klimmt (2011) ist das Elaboration-Likelihood-Modell (ELM) von Richard E. Petty und John T. Cacioppo (1986) ein Schlüsselkonzept aus der Persuasionsforschung (S. 13). Unter dem Begriff Persuasion lässt sich so viel wie Überzeugen verstehen. Die Persuasionsforschung setzt sich primär mit der Beeinflussung von Einstellungen durch Medieninhalte auseinander (Klimmt, 2011, S. 11). Das ELM von Petty und Cacioppo (1986) gilt als Goldstandard in der Grundlagen- und Anwendungswissenschaft (Klimmt, 2011, S. 13). Klimmt (2011) erklärt die Funktion des ELM wie folgt: „Das ELM beschreibt Eigenschaften von Persuasionsversuchen, Eigenschaften von Personen sowie Eigenschaften von Situationen, die für den Verlauf und das Ergebnis einer Einstellungsbeflussung von Bedeutung sind“ (S. 15). Unter Einstellungen werden im ELM die Bewertungen von Objekten verstanden. Diese unterscheiden sich in vier Punkten: der Richtung oder Valenz (positiv gegen negativ), der Stärke der Valenz (sehr positiv bis sehr negativ), der Stabilität und der Handlungsrelevanz (Klimmt, 2011, S. 23). Das ELM hilft dabei, die

Elaborationswahrscheinlichkeit und Elaborationsstärke vorauszusagen. Das Wort *Elaboration* bezeichnet in diesem Zusammenhang den Grad der gedanklichen Auseinandersetzung einer Person mit den Argumenten, die in einer Botschaft enthalten sind. Das Modell beschreibt zwei unterschiedliche Routen der Einstellungsbeeinflussung: die *zentrale Route* und die *periphere Route*. Bei diesen Routen handelt es sich nicht um zwei dichotome Prozesse der Einstellungsbeeinflussung, sondern um ein Kontinuum im Sinne von *mehr* oder *weniger*. Setzt sich eine Person gedanklich intensiv mit einer Botschaft auseinander, so redet man von einer *starken Elaboration*. Diese erfolgt über die zentrale Route. Dabei spielen vor allem gute Argumente und die Beurteilung der Fakten eine Rolle. Der gegensätzliche Fall *schwacher Elaboration* wird als periphere Route bezeichnet. Es handelt sich um Hinweisreize. Beispiele hierfür sind Eigenschaften wie z. B. das Aussehen oder der Bekanntheitsgrad des Kommunikators des Persuasionsversuchs. Aber auch Eigenschaften der Situation, in der Einstellungen geprägt werden sollen, haben einen Einfluss. Kritisches Nachdenken spielt hierbei keine oder nur eine untergeordnete Rolle (Klimmt, 2011, S. 15–28).

Das ELM beinhaltet sieben Postulate, die in Tabelle 2 zusammengefasst aufgeführt sind (Klimmt, 2011, S. 24–57).

Tabelle 2

ELM. Sieben Postulate.

Postulate	Beschreibung
Das Bedürfnis nach zutreffenden Einstellungen	Nach Klimmt (2011) „streben Menschen nach <i>zutreffenden</i> oder <i>korrekten</i> Einstellungen. Damit ist gemeint, dass sich Einstellungen in der Wirklichkeit bewähren sollen und zu vorteilhaften Entscheidungen beitragen“ (S. 24).
Variierende Elaborationsstärken bei Persuasionsversuchen	Klimmt (2011) gibt an, „dass es Unterschiede zwischen Menschen und Situationen hinsichtlich des Ausmasses der Elaboration von Argumenten gibt. Konkret geht das ELM von Petty und Cacioppo (1986) davon aus, dass diese Unterschiede hinsichtlich der Bereitschaft zur gedanklichen Auseinandersetzung mit Argumenten und der Fähigkeit zu eben dieser Auseinandersetzung bestehen“ (S. 24).

<p>Elaborationsstärke und die Persuasionskraft von Argumenten und Hinweisreizen</p> <p>Objektive Elaboration und ihre Ursachen</p>	<p>Laut Klimmt (2011) gibt es drei Wege, durch die Einstellungsveränderungen hervorgerufen werden können: Argumente, periphere Hinweisreize oder Beeinflussung der Elaborationsstärke oder -richtung. (S. 27).</p> <p>Nach Klimmt (2011) geht es hier um die Auseinandersetzung mit der Güte eines vorgetragenen Arguments (objektive Elaboration). Die objektive Elaboration hilft die Argumente in starke und schwache zu differenzieren (S. 32).</p>
<p>Hinweisreize und Elaboration</p>	<p>Klimmt (2011) gibt an, dass bei einer geringeren gedanklichen Auseinandersetzung mit einem Persuasionsversuch Argumente weniger berücksichtigt werden, dafür aber periphere Hinweisreize einen stärkeren Einfluss haben (S. 42).</p>
<p>Verzerrte Elaboration</p>	<p>Laut Klimmt (2011) kann die Elaborationsleistung der Personen nicht nur bezüglich Stärke, sondern auch bezüglich Richtung divergieren. Es geht darum, wie der Empfänger dem Persuasionsziel vorab gegenübersteht (positiv, negativ oder neutral) (S. 48).</p>
<p>Die Folgen der Elaborationsstärke</p>	<p>Klimmt (2011) konstatiert, „dass Einstellungen nach der Rezeption eines Persuasionsversuchs unterschiedlich lange halten und stabil sind, und dass diese Unterschiede insbesondere von der Elaborationsstärke während des Überzeugungsversuchs abhängen“ (S. 54).</p>

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die jeweiligen Studien zusammengefasst. Jeder Zusammenfassung folgen die kritische Würdigung und die Beurteilung der Güte. Die Beurteilungen der Güte sind in den Tabellen 4, 5, 6, 7 und 8 ersichtlich. Die Evidenzlage aller Studien lässt sich dem untersten Niveau der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009) zuordnen. Weiterhin werden im Kapitel 4.6 die wichtigsten Ergebnisse kategorisiert zusammengefasst. Tabelle 3 bietet einen Überblick über die eingeschlossenen Studien.

Tabelle 3

Übersicht der Studien

Studien	Jahr	Durchführungsort	Autoren
Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness	2013	Grossbritannien	van Nieuwenhuizen, Henderson, Kassam, Graham, Murray, Howard, & Thornicroft
Emergency Room Psychiatric Services: A Qualitative Study of Nurses' Experiences	2013	Vereinigte Staaten	Plant & White
„When you're it“: a qualitative study exploring the rural nurse experience of managing acute mental health presentations	2018	Australien	Beks, Healey, & Schlicht
Optimal management of mental health patients in Australian emergency departments: Barriers and solutions	2011	Australien	Weiland, Mackinlay, Hill, Gerdtz, & Jelinek
What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department	2007	Australien	Kerrison & Chapman

4.1 Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness (van Nieuwenhuizen et al., 2013)

Ziel dieser Studie war es, die Sichtweisen und Erfahrungen des Gesundheitspersonals bezüglich diagnostic overshadowing zu erforschen. Weiterhin sollte untersucht werden, welche Faktoren das Auftreten von diagnostic overshadowing sowohl wahrscheinlicher als auch unwahrscheinlicher machen und was getan werden kann, um die Häufigkeit des Auftretens zu reduzieren. Es handelt sich um eine qualitative Studie, die auf einer Notfallabteilung eines Spitals in England durchgeführt wurde. Für die Studienteilnahme kamen alle qualifizierten Pflegefachpersonen, Nurse Practitioner und Ärztinnen und Ärzte infrage, die in unmittelbarem Patientinnen- und Patientenkontakt auf der Notfallabteilung standen. Zur Erhebung der Daten wurden über drei Monate hinweg im Jahr 2010 zwischen 25 Minuten und einer Stunde dauernde individuelle Tiefeninterviews mit 25 Notfallmitarbeitenden durchgeführt. Bei den Teilnehmenden handelte es sich um 17 aus dem Pflegeberuf stammende Personen und acht Ärztinnen und Ärzte. Zur Auswertung der Daten wurde eine thematische Analyse durchgeführt.

Bezüglich der wichtigsten Kritikpunkte der eigenen Untersuchung nennt die Autorenschaft, dass das Ausmass der Beeinflussung der erkannten Kategorien nicht bestimmt werden konnte. Weiterhin sei die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse infrage zu stellen, da die Studie nur auf einer einzigen Notfallabteilung durchgeführt wurde. Als Stärke der Studie wird die grosse Bandbreite an Teilnehmenden angeführt, wenn man die Professionen, das Mass an Berufserfahrung, die Geschlechterverteilung und die ethnischen Gruppen betrachtet.

Diagnostic overshadowing wurde von der Mehrheit der Teilnehmenden als ein signifikantes Problem beschrieben. In diesem Kontext wurden seitens der Forschenden mögliche begünstigende Faktoren für diagnostic overshadowing identifiziert. Es wurden acht Kategorien bestimmender Faktoren erkannt: (1) Probleme, eine Anamnese zu erhalten, (2) Probleme bei der Untersuchung, (3) mangelndes Wissen des Gesundheitspersonals über psychische Erkrankungen, (4) umgebungsbedingte Faktoren, (5) Etikettierung und Stigma, (6) Angst vor Gewalt und Vermeidung, (7) Zeitdruck und (8) fehlende Umsetzung einer parallel laufenden Zusammenarbeit mit der Psychiatrie.

Die Autorenschaft kam zu der Schlussfolgerung, dass die auf die Physis bezogene Gesundheitsversorgung psychisch kranker Patientinnen und Patienten auf Notfallabteilungen

negativ durch das Phänomen des diagnostic overshadowing sowie der Vermeidung des klinischen Personals beeinflusst werden kann.

4.1.1 Kritische Würdigung

Die Studie setzt sich mit einer pflegerelevanten Thematik auseinander und beleuchtet nachvollziehbar das Phänomen des diagnostic overshadowing. Der Aufbau ist verständlich und nachvollziehbar. Die Überleitung vom psychischen Einfluss auf die Physis zur Kernthematik diagnostic overshadowing erfolgt etwas abrupt und wirkt deshalb zu konstruiert. Das Ziel der Arbeit ist explizit dargelegt. Was die Methodik anbelangt, so eignet sich die Durchführung von Tiefeninterviews methodisch zur Untersuchung des Themenbereichs und passt zum qualitativen Forschungsansatz. Die Überlegungen zur Erstellung der Interviewfragen werden erläutert. Ausserdem werden einige Fragen aufgezählt, die den Teilnehmenden gestellt wurden. Bei der Schilderung des Settings fehlen grundlegende Angaben. Weder Durchführungsort noch Rekrutierungsprozedere werden ausreichend beschrieben. Positiv hervorzuheben ist die detaillierte Beschreibung der Stichprobe sowie die Tatsache, dass es sich bei den Teilnehmenden um Frauen und Männer handelte. Die Stichprobe ist mit 25 Teilnehmenden, von denen nur 17 einen pflegerischen Hintergrund haben, eher klein. Das Analyseverfahren ist klar und nachvollziehbar beschrieben. Es werden Referenzierungen gemacht. Durch die Erwähnung des Abgleichs der Transkripte mit den Tonaufnahmen wird die Glaubwürdigkeit gesteigert. Die Studie wurde vom Moorfield und Whittington Forschungs-Ethik-Komitee genehmigt. Der Ergebnisteil bietet eine Fülle an Informationen. Durch die Kategorisierungen gestaltet sich der Ergebnisteil als übersichtlich. Hilfreich ist die Darstellung der Zitate der Teilnehmenden. Ein verwirrender Faktor ist die Verwendung des Begriffs *clinician*. Es ist nicht immer klar ersichtlich, wen die Autorenschaft damit meint. Die Diskussion leistet einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis der Sachlage. Die Autorenschaft bleibt bezüglich der Übertragbarkeit der Studienergebnisse realistisch und zählt die wichtigsten Limitationen auf. Die Implikationen im Diskussionsteil sind sinnvoll. Es wird aufgezeigt, dass diese Studie erst der Beginn der Auseinandersetzung mit dem Thema diagnostic overshadowing ist.

4.1.2 Bewertung der Güte

In der folgenden Tabelle erfolgt die Beurteilung der Güte.

Tabelle 4

Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985)

Gütekriterien	Beschreibung
Confirmability (Bestätigung)	<p>Eine Stärke der Studie liegt darin, dass eine Vielzahl Forscher in den Analyseprozess involviert waren. Um eine möglichst exakte Übereinstimmung der Aussagen der Teilnehmenden zu garantieren, wurden die Transkripte direkt nach der Verschriftlichung gelesen und mit den Audioaufnahmen verglichen.</p> <p>Es ist keine Reflexion potenzieller Voreingenommenheit und damit einhergehender Bias seitens der Forschenden ersichtlich. Es fand kein Audit durch eine externe Person statt.</p>
Dependability (Zuverlässigkeit)	<p>Der Forschungspfad ist klar und detailliert beschrieben. Die Inhalte der Fragestellungen werden offengelegt. Die Autorenschaft der Studie gibt im Kapitel <i>Data collection</i> Einblicke in die Gedanken, die sie sich gemacht hat. Im Prozess der Datenanalyse wurden Transkripte und Codierungen von verschiedenen Forschenden gegengelesen. Eine Prüfung der Datenanalyse oder der Ergebnisse durch ein hochschulinternes oder externes Gremium ist nicht gegeben.</p>
Credibility (Glaubwürdigkeit)	<p>Die Vorgehensweise und die Ergebnisse scheinen glaubwürdig.</p> <p>Die getätigten Aussagen sind verständlich und nachvollziehbar. Es fand weder eine Triangulation noch ein Member-Checking statt.</p>
Transferability (Übertragbarkeit)	<p>Die Ergebnisse werden übersichtlich präsentiert. Es werden jeweils Zitate Teilnehmender nach einführenden und zusammenfassenden Inputs gezeigt. Die Forschenden entschieden sich bewusst für eine möglichst vielfältige Stichprobe, was Erfahrung, Ethnie, Alter und Geschlecht anbelangt. Es wurde auch die Ärzteschaft eingeschlossen, was bei der Übertragbarkeit zu berücksichtigen ist. Genauere Informationen zur Rekrutierung der Teilnehmenden liegen nicht vor. Dementsprechend liegt möglicherweise ein Selbstauswahl-Bias vor. Ausserdem wurde die Studie auf nur einer Notfallstation durchgeführt.</p>

4.2 Emergency Room Psychiatric Services: A Qualitative Study of Nurses' Experiences (Plant & White, 2013)

In dieser Studie ging es darum, die Perspektive Notfallpflegender bezüglich ihrer Erfahrungen mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten zu untersuchen. Dies mit dem Zweck, dieser Patientengruppe die bestmögliche Behandlung gewährleisten zu können. Dabei sollten die Erfahrungen in einem ersten Schritt erforscht, dann beschrieben und schliesslich interpretiert werden. Die Forschenden entschieden sich für ein qualitatives Forschungsdesign, sie nutzten ein Fokusgruppenformat. Durchführungsort der Studie war ein mittelgrosses Allgemeinkrankenhaus in den Vereinigten Staaten in der Stadt Portland (Maine). Es handelt sich um ein Spital, das über keine psychiatrische Notaufnahme verfügte. Um auf die Studie aufmerksam zu machen, wurden Flyer in der Notaufnahme ausgelegt und per E-Mail versendet. Sofern Interesse bestand, wurde ein Treffen vereinbart, um die Studiendetails zu besprechen und mögliche Daten für die Gruppenteilnahme zu planen. Gesucht wurden registrierte Pflegefachkräfte mit mindestens sechsmonatiger Erfahrung (auch Pool-Pflegende) auf der Notfallabteilung im Umgang mit psychisch kranken Patientinnen und Patienten. Bezüglich Datenerhebung wurden Fokusgruppeninterviews anhand eines vom Erstautor entwickelten Interviewleitfadens durchgeführt. Die Länge eines Interviews betrug durchschnittlich eineinhalb Stunden. Die Daten der Fokusgruppen wurden codiert, kategorisiert und mittels einer vergleichenden Inhaltsanalyse analysiert. Für die Analyse wurde die Methode von Krueger und Casey (2009) verwendet.

Plant und White (2013) bemängeln an der eigenen Studie, dass lediglich 41 Prozent der Notfallpflegenden der betroffenen Institution teilgenommen haben. Ausserdem habe es sich um eine sehr geringe Teilnehmerinnen- und Teilnehmeranzahl gehandelt. Für eine aussagekräftige Fokusgruppe hätte es fünf Teilnehmende pro Gruppe benötigt. Die Forschenden sehen das Problem der kleinen Fokusgruppen darin, dass aus den Gesprächen weniger Teilnehmender eine kleinere Bandbreite verschiedener relevanter Erfahrungen hervorgeht.

In der Analyse der Interviewinhalte kristallisierte sich *Machtlosigkeit* als allumfassender Begriff heraus. Die Forschenden bildeten vier Bereiche, die alle in Zusammenhang mit dem Kernbegriff der Machtlosigkeit standen. Zu diesen Bereichen gehören (1) sich der Herausforderung stellen, (2) der Kampf mit den Herausforderungen, (3) unbewegliche Barrieren und (4) Versinken in Hoffnungslosigkeit und die Suche nach Entschlusskraft.

4.2.1 Kritische Würdigung

Plant und White (2013) untersuchten in ihrer qualitativen Studie eine bedeutsame Thematik, deren Relevanz, besonders für die Pflegeprofession, in der Einleitung erläutert wird. Die anknüpfende Literaturübersicht bietet der Leserschaft einen Überblick über die aktuelle Forschungslage. Das Forschungsziel ist klar definiert, wenn auch erst im Methodenteil, was eher unüblich ist. Aufgrund der Rekrutierung durch Flyer liegt ein Selbstauswahl-Bias vor. Als Forschungsmethode wurde das Fokusgruppenformat gewählt, das sich für die Bearbeitung der qualitativen Fragestellung eignet. Die dargelegten Gründe für die Auswahl des Fokusgruppenformats sind aber nur bedingt einleuchtend. Die Autorenschaft redet von einer vereinfachten Auseinandersetzung mit schwierigen/kontroversen Themen im Beisein von Kolleginnen und Kollegen. Möglicherweise fühlen sich Mitarbeitende aber im Gruppenformat unter Druck gesetzt, gewisse Meinungen zu teilen. Dieser Blickwinkel wird nicht bedacht. Die Autorenschaft klärt über die Inhalte der Interviewfragen auf, was positiv zu vermerken ist. Bezüglich Stichprobe sind verschiedene Punkte zu bemängeln. Es handelt sich mit zehn Teilnehmenden um eine kleine Stichprobe. Zudem wurden ausschliesslich Frauen befragt. Hinzu kommt, dass auch Pool-Pflegende eingeschlossen wurden, deren Erfahrungswerte möglicherweise stark zu denen anderer Teilnehmender divergieren. Durchführungsort der Studie war nur eine Notfallstation, was die externe Validität der Ergebnisse einschränkt. Während der Fokusgruppeninterviews wurde nicht nur Verbales, sondern auch Nonverbales und die Gruppendynamik schriftlich festgehalten. Die Ergebnisse scheinen aufgrund einer präzisen Analyse entstanden zu sein. Es wurde codiert, kategorisiert und Kernpunkte wurden herausgearbeitet. Die Analyse ist detailliert und nachvollziehbar festgehalten. Es werden wichtige Limitationen der Studie genannt, besonders im Kontext der Aussagekraft der Resultate. Diese wirken jedoch untertrieben dargestellt. Die Diskussion gestaltet sich als ausführlich und berücksichtigt eine Vielfalt an Aspekten. Positiv zu vermerken ist die Erläuterung zentraler Begrifflichkeiten. Die ethische Genehmigung zur Durchführung der Studie wurde eingeholt.

4.2.2 Bewertung der Güte

In der folgenden Tabelle erfolgt die Beurteilung der Güte.

Tabelle 5

Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985)

Gütekriterien	Beschreibung
Confirmability (Bestätigung)	Die Autorin und der Autor lasen die Transkripte und codierten sie unabhängig voneinander. Weiterhin wurde während des Prozesses ein externer Experte für qualitative Methodenforschung hinzugezogen, von dem die Codierungen, Kategorien sowie die festgelegten Subkategorien validiert wurden. Bias durch potenzielle Voreingenommenheit werden seitens der Forschenden nicht thematisiert.
Dependability (Zuverlässigkeit)	Datensammlung und -analyse sind nachvollziehbar dargestellt. Im Kapitel <i>Purpose and Design</i> wird die Vorgehensweise der Autorenschaft begründet. Die Hauptfragen, aus denen sich die Diskussionen ergaben, werden offengelegt. Es fand keine Prüfung der Datenanalyse und der Ergebnisse seitens eines hochschulinternen oder externen Gremiums statt.
Credibility (Glaubwürdigkeit)	Es wurde trianguliert. Die Fokusgruppeninterviews wurden aufgenommen. Am Ende jeder Diskussion wurden Notizen zu den Beobachtungen festgehalten, die während der Gespräche gemacht wurden. Dazu gehörten die Reaktionen der Teilnehmenden, die Intensität, mit der Themen diskutiert wurden, und die allgemeine Lebhaftigkeit der Diskussionen. Die Autorenschaft begründet die Unterlassung des Member-Checkings damit, dass dies kein Bestandteil der von ihr angewendeten Methode nach Krueger und Casey (2009) sei. Die Forschenden führen jedoch an, dass es am Ende jeder Fokusgruppe eine Zusammenfassung und Schlussfolgerung der Diskussion gab und dies eine Möglichkeit für die Teilnehmenden darstellte, weitere Gedanken zu teilen oder Kommentare abzugeben.
Transferability (Übertragbarkeit)	Die Ergebnisse sind nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt. Weiterhin werden Aussagen Teilnehmender zitiert. Die Ausführlichkeit der Resultate gibt gute Anhaltspunkte für mögliche weitere Forschung in diesem Bereich. Aufgrund der Art und

Weise, wie die Rekrutierung vonstattenging (Flyer und E-Mails), liegt möglicherweise ein Selbstauswahl-Bias vor. Was die Übertragbarkeit zusätzlich relativiert, ist die geringe Anzahl Teilnehmender (zehn Personen), bei denen es sich ausschliesslich um Frauen handelte, teilweise auch nur Pool-Mitarbeiterinnen. Ausserdem wurde die Studie auf nur einer Notfallstation durchgeführt, wobei anzumerken ist, dass die Autorenschaft sich bewusst für ein Spital entschied, das weder über eine psychiatrische Notfallstation noch über psychiatriespezifisch geschultes Personal verfügte.

4.3 „When you’re it“: a qualitative study exploring the rural nurse experience of managing acute mental health presentations (Beks, Healey, & Schlicht, 2018)

In dieser Studie wurde das Ziel verfolgt, die Erfahrungen von Pflegefachpersonen, die in ländlichen Notfallsettings arbeiten, in der Behandlung von Personen mit psychiatrischen Problemen zu untersuchen. Ländliche Pflegefachpersonen erhalten oft nur beschränkte Unterstützungsmöglichkeiten von psychiatrisch geschultem Personal und verfügen nur selten über eine passende Infrastruktur. Es wurde ein deskriptives, qualitatives Forschungsdesign gewählt. Die Studie wurde in insgesamt drei Abteilungen (eine ländliche Notfallabteilung, zwei Notfall-Anlaufstellen) in Südwest-Victoria, Australien durchgeführt. Potenzielle Teilnehmende wurden gezielt von der Pflegedienstleitung der jeweiligen Institution ausgewählt. Es handelte sich um Pflegefachpersonen, die in den teilnehmenden Institutionen auf der Notfallabteilung oder Notfall-Anlaufstelle arbeiteten. Ausgeschlossen wurden Studierende und Berufsanfänger. Anschliessend wurden Interviewtermine mit der Pflegedienstleitung oder dem Hauptforschenden vereinbart. Die definitiven Teilnehmenden, bei denen es sich um 13 weibliche Pflegefachpersonen handelte, füllten einen einseitigen Fragebogen zur Demografie aus und nahmen dann an einem semistrukturierten Face-to-Face-Interview mit einer der Forscherinnen teil. Die Interviewdauer betrug jeweils zwischen 18 und 45 Minuten. Die Transkripte der Interviews wurden für die Analyse in das Programm NVivo importiert. Mithilfe von Codierungsprozessen wurden die Daten aufbereitet.

Aus Sicht der Forscherinnen stellt die Stichprobe eine Limitation dar. Diese war einerseits klein und andererseits wurden Berufsanfänger ausgeschlossen, deren Perspektive auch hätte wertvoll sein können.

Durch die Analyse der Daten und die Diskussion unter den Forscherinnen liessen sich verschiedene der Autorenschaft relevant erscheinende Themenbereiche eruieren: (1) wir sind die Front, (2) unser Bestes tun, um Versorgung anzubieten, (3) Schwierigkeiten bei der Navigation des Systems und (4) an Veränderungen denken. Die Ergebnisse zeigen, dass Allgemeinpflegende in ländlichen Notfallaufnahmen und Notfall-Anlaufstellen den psychisch kranken Patientinnen und Patienten den Grossteil an Pflege entgegenbringen. Lokale Psychiater und Notfalldienstleitende bieten nur beschränkte Unterstützung und verlassen sich häufig auf die Telefontriage, auch bei nach Dienstschluss erforderlichen Einschätzungen. Multiple Herausforderungen werden angeführt, die auch die Koordination des Transfers der Patientinnen und Patienten zu stationären Einrichtungen und das Gefühl mangelhafter Unterstützung umfassen. Trotz dieser Herausforderungen gaben die Pflegefachpersonen an, die aus ihrer Sicht bestmögliche Pflege zu gewährleisten.

4.3.1 Kritische Würdigung

Die Autorenschaft nimmt in der Einleitung Bezug auf die aktuelle Forschungslage. Die Thematik und deren Relevanz für die Pflege werden erläutert. Die Ziele sind klar formuliert. Die angewendete Methodik, genau genommen die Fragebögen und die Durchführung von semistrukturierten Interviews, passt zum deskriptiven, qualitativen Studiendesign. Der Gesprächsleitfaden wurde unter Betrachtung der bestehenden Literatur entwickelt. Die Stichprobe ist nur bedingt repräsentativ für die Zielpopulation, da sie lediglich aus 13 Teilnehmenden besteht. Weiterhin nahmen keine Männer an der Studie teil. Die Ausschlusskriterien der Teilnehmenden werden im Methodenteil nicht vollständig aufgelistet. Erst bei den Limitationen wird berichtet, dass auch Berufsanfängerinnen und -anfängern ausgeschlossen wurden. Was unter Berufsanfängerinnen und -anfängern genau verstanden wird, wird nicht erwähnt. Das Setting bzw. die jeweiligen Notfallabteilungen bleiben unbeschrieben. Erwähnt wird lediglich, dass insgesamt drei Abteilungen teilnahmen. Die Datenerhebung und -analyse sind ausreichend detailliert beschrieben. Die Analysesoftware werden erwähnt. Für jedes Interview wurde ein Protokoll geführt, in dem die Beobachtungen und Interaktionen der Teilnehmenden erfasst wurden. Weiterhin wurden die Interviews aufgenommen und wortwörtlich transkribiert. Zur Überprüfung der Korrektheit wurden die Abschlussversionen per Mail an die Teilnehmenden gesendet. Die ethische Genehmigung

und das Einverständnis der Teilnehmenden zu den Tonaufnahmen wurden eingeholt. Die Ergebnisse sind in verschiedene Themenbereiche aufgeteilt, was zur Übersichtlichkeit beiträgt. Weiterhin sind die Erkenntnisse mit Zitaten Teilnehmender untermauert. Zu bemängeln ist im Ergebnisteil, dass mehrfach von Mehrheit oder Minderheit gesprochen, jedoch nicht die genaue Anzahl Personen erwähnt wird. Im Diskussionsteil werden die wichtigsten Resultate diskutiert. Die Interpretationen sind unter Betrachtung der Ergebnisse nachzuvollziehen.

4.3.2 Bewertung der Güte

In der folgenden Tabelle erfolgt die Beurteilung der Güte.

Tabelle 6

Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985)

Gütekriterien	Beschreibung
Confirmability (Bestätigung)	Die Forschenden beschäftigten sich unabhängig voneinander mit der ersten Bearbeitung der Transkripte, um die Einarbeitung sicherzustellen. Um die Objektivität zu gewährleisten, wurden die Ansätze des Codierungsrahmens vom zweiten Forschenden überprüft. Während des Analyse- und Interpretationsprozesses wurden die Transkripte unter den Forschenden gegengelesen und vom Erstautor entwickelte Reflektionen diskutiert. Es ist keine Reflexion potenzieller Voreingenommenheit und damit einhergehender Bias ersichtlich. Es fand kein Audit durch eine externe Person statt.
Dependability (Zuverlässigkeit)	Der Forschungsprozess wird beschrieben, die erforderlichen Kernbestandteile sind vorhanden. Teilweise hätte man vermehrt, vor allem im Datenanalyseprozess, die Vorgehensweise genauer schildern und auch die Beweggründe für bestimmte Entscheidungen darlegen können. Es fand keine Überprüfung der Datenanalyse oder der Ergebnisse durch ein externes Gremium statt.
Credibility (Glaubwürdigkeit)	Durch die Teilnehmenden erfolgte ein Member-Checking der Transkripte, um deren Plausibilität sicherzustellen. Weiterhin

wurde trianguliert. Die Teilnehmenden wurden während des Interviews beobachtet, die Eindrücke von den Forschenden protokolliert.

Transferability (Übertragbarkeit) Die Ergebnisse werden unter Benutzung von Zitaten Teilnehmender dargestellt. Der Ergebnisteil ist übersichtlich strukturiert und verständlich. Die Resultate sind nur bedingt übertragbar. Bei der kleinen Stichprobe (13 Teilnehmerinnen) handelt es sich ausschliesslich um Frauen. Bei den Frauen handelt es sich um ländliche Pflegefachpersonen, also eine bestimmte Kategorie von Pflegefachpersonen, was bei der Verallgemeinerung der Resultate zu berücksichtigen ist.

4.4 Optimal management of mental health patients in Australian emergency departments: Barriers and solutions (Weiland, Mackinlay, Hill, Gerdtz, & Jelinek, 2011)

In dieser Studie ging es darum, die wahrgenommenen Barrieren zu umschreiben, denen Notfallmitarbeiterinnen und -arbeiter beim Assessment und Management von Patientinnen und Patienten mit psychischen Beschwerden begegnen. Weiterhin sollten die wahrgenommenen Möglichkeiten und Strategien, um die Pflege von psychisch kranken Patientinnen und Patienten zu optimieren, eruiert werden. Es handelt sich um eine deskriptive, exploratorische, qualitative Studie aus Australien. Rekrutiert wurde per E-Mail-Einladung. Zu den Teilnehmenden gehörten 20 Notfallärztinnen und -ärzte des Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) und 16 Notfallpflegende des College of Emergency Nursing Australasia (CENA). Die Teilnehmenden wurden anhand Eignung, klinischer Rolle, Zuständigkeitsbereich und Verfügbarkeit für ein Interview ausgesucht. Ein Einschlusskriterium war, dass sie während der Durchführung der Studie auf einer Notfallstation tätig sein mussten. Für die Datenerhebung wurden telefonische semistrukturierte Interviews mit offenen und geschlossenen Fragen durchgeführt. Nachdem die Inhalte transkribiert worden waren, wurde eine Inhaltsanalyse unter Benutzung des Rahmenkonzepts von Ritchie und Spencer durchgeführt.

Bezüglich der Limitationen wird argumentiert, dass die Stichprobe repräsentativ sei, was Zuständigkeit, Region und Dienstgrad des medizinischen Personals anbelangt. Es habe aber keine Pflegefachpersonen von New South Wales oder Ärztinnen und Ärzte aus dem

australischen Hauptstadtgebiet gegeben. Hinzu komme, dass Selbstausswahl-Bias aufgetreten sein könnten; Leute mit einem höheren Interesse an psychischer Gesundheit seien möglicherweise eher dazu geneigt teilzunehmen.

Die thematische Analyse deckte auf, dass verschiedene Faktoren betreffend Ressourcen, Umgebung und Personal sowie Patientinnen- und Patientenfaktoren zu Schwierigkeiten im Umgang mit psychisch Kranken führen. Einen besonderen Fokus scheinen dabei folgenden Bereiche einzunehmen: Angemessenheit der Notfall-Ausgestaltung, Einstellungen der Angestellten, Arbeitsbelastung und Zeitdruck, Wissen/Ausbildung und der Einfluss von Komorbiditäten. Lösungsansätze Teilnehmender beinhalteten verbesserte Ressourcen, eine Neuausgestaltung der Notaufnahme und einen verbesserten Zugang zu Ressourcen ausserhalb der Notaufnahme. Weiterhin verspürte ein Grossteil der Teilnehmenden Bedarf an mehr Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten zum Thema psychische Gesundheit.

4.4.1 Kritische Würdigung

In der Einleitung wird durch eine detaillierte Beschreibung des Themas die Notwendigkeit des Forschungsbedarfs aufgezeigt. Die Fragestellung wird klar und präzise definiert. Die Durchführung von Interviews eignet sich als Methode für das qualitative Studiendesign. Innerhalb der Interviews wurden sowohl offene als auch geschlossene Fragen gestellt. Dass die Interviews per Telefon geführt wurden, ist ungünstig. Ein Teil der Beobachtung geht dadurch verloren. Der Fragebogen des Interviews und die demografischen Angaben zu den Teilnehmenden fehlen. Insgesamt nahmen 36 Personen teil, was als vergleichsweise grosse Stichprobe betrachtet werden kann. Die Aussagekraft der Studie wird dadurch eingeschränkt, dass es sich bei den Teilnehmenden nicht nur um Pflegefachpersonen, sondern auch um Ärztinnen und Ärzte handelte. Die Inhaltsanalyse wurde unter Benutzung der Framework Method von Ritchie und Spencer durchgeführt. Hierbei handelt es sich um ein valides Werkzeug. Die Erlaubnis zur Durchführung der Studie wurde vom Ethik-Komitee der La Trobe University eingeholt. Der Ergebnisteil ist übersichtlich gestaltet. Bei den angeführten Zitaten ist klar ersichtlich, welche Aussagen von Ärztinnen und Ärzten und welche von Pflegefachpersonen getätigt wurden. Der Diskussionsteil zeigt nochmals die Relevanz der Studie sowie die Bedürfnisse und Sorgen von Pflegefachpersonen und der Ärzteschaft bezüglich der Behandlung von psychisch kranken Patientinnen und Patienten auf der Notfallabteilung auf. Die Resultate werden diskutiert und zusammengefasst, was angesichts der Fülle an Informationen hilfreich ist.

4.4.2 Bewertung der Güte

In der folgenden Tabelle erfolgt die Beurteilung der Güte.

Tabelle 7

Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985)

Gütekriterien	Beschreibung
Confirmability (Bestätigung)	Die Inhaltsanalyse der qualitativen Daten wurde von zwei Forschenden unabhängig voneinander durchgeführt. Diskrepanzen im Codierungsprozess wurden diskutiert, bis man einen Konsens fand. Es ist keine Reflexion potenzieller Voreingenommenheit und damit einhergehender Bias ersichtlich. Es fand kein Audit durch eine externe Person statt.
Dependability (Zuverlässigkeit)	Erstelltes wurde im Prozess regelmässig durch die Forschenden gegengelesen und überprüft. Es fand jedoch keine Prüfung der Datenanalyse und der Ergebnisse durch ein externes Gremium statt.
Credibility (Glaubwürdigkeit)	Es wurde ein Member-Checking durchgeführt. Teilnehmenden wurden die Transkripte zur Sicherstellung der Validität ausgehändigt. Es fand keine Triangulation statt.
Transferability (Übertragbarkeit)	Die Ergebnisse werden übersichtlich und in Kategorien unterteilt dargestellt. Weiterhin werden konkrete Zitate Teilnehmender genannt. Die Studienresultate lassen sich nur bedingt auf die Gesamtpopulation übertragen. Dies hängt unter anderem mit der Stichprobe zusammen, bei der es sich um ländliche und städtische Pflegefachpersonen handelte. Weiterhin fehlen grundsätzliche Informationen wie demografische Angaben zu den Teilnehmenden. Darüber hinaus wird der Begriff <i>clinicians</i> unklar verwendet und es gibt keine Erklärungen zu den Drop-outs seitens der Forschenden. Ausserdem liegen möglicherweise Selbstauswahl-Bias vor.

4.5 What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department (Kerrison & Chapman, 2007)

Die Absicht der Forschenden war es, die herrschenden Besorgnisse von Notfallpflegenden bei der Betreuung psychisch kranker Patientinnen und Patienten zu bestimmen. Sobald die Besorgnisse identifiziert wären, sollte ein Ausbildungsprogramm entwickelt werden, um ausbildungsspezifische Defizite anzugehen. Die qualitative Studie wurde in einem westaustralischen Ausbildungskrankenhaus auf der Notfallabteilung durchgeführt. Potenzielle Teilnehmende wurden mithilfe von auf der Notfallabteilung hängenden Postern auf die Studie aufmerksam gemacht. Es wurde eine Fokusgruppe mit fünf Notfallpflegenden gebildet, die zwischen sechs Monaten und 15 Jahren Berufserfahrung hatten. Zusätzlich wurde der Prozess des *Snowballings* genutzt, um Fachexpertinnen und -experten mit Wissen, Fähigkeiten und Erfahrungen zu diesem Thema zu identifizieren. Zwölf Expertinnen und Experten wurden gefunden. Es handelte sich um Psychatriepersonal, klinisches Schlüsselpersonal auf Notfallstationen, Bildungs-Interessensvertretern und eine ländliche Pflegefachperson. Die Daten wurden mithilfe von semistrukturierten Interviews erhoben und anhand einer Inhaltsanalyse ergründet. Als visuelle Instrumente wurden Konzeptkarten eingesetzt.

Bezüglich Limitationen nennt die Autorenschaft die geringe Teilnehmeranzahl.

Pflegefachpersonen erkannten verschiedene zentrale Lernbereiche: (1) Kundenorientierung, (2) Aggressionen und Gewalt am Arbeitsplatz, (3) Psychiatrie-Theorie, (4) Assessment der psychischen Gesundheit und (5) Substanzabhängigkeit.

4.5.1 Kritische Würdigung

Diese qualitative Studie befasst sich mit einer relevanten Fragestellung in der Pflege. Ziel und Zweck sind klar definiert und nachvollziehbar beschrieben. Das Fokusgruppenformat eignet sich zur Untersuchung der Fragestellung. Eine Begründung für das Vorziehen von Fokusgruppeninterviews gegenüber individuellen Interviews fehlt. Die Teilnehmerzahl beschränkt sich auf fünf Personen, was sehr wenig ist. Ausserdem fehlen relevante Informationen zur Stichprobe (Demografie und Ein- und Ausschlusskriterien). Die Beziehung von Fachexpertinnen und -experten scheint sinnvoll, deren genaue Funktion wird jedoch nicht erläutert. Die Fachexpertinnen und -experten waren teilweise in die Analyseprozesse involviert, es bedürfte aber genauerer Aufklärung. Der Datenerhebungsprozess ist nachvollziehbar beschrieben. Während der Interviews wurde dokumentiert, die Unterhaltungen

scheinen aber nicht aufgenommen worden zu sein. Die Datenanalyse ist ausführlich beschrieben und enthält Referenzierungen. Nichtsdestotrotz wären genauere Informationen zum Codierungs- und Identifizierungsprozess vonnöten, um den Analyseprozess vollständig nachvollziehen zu können. Die Teilnehmenden erhielten die Ergebnisse zur Überprüfung, um sicherzustellen, dass ihre Aussagen akkurat wiedergegeben wurden. Die Daten wurden anonymisiert. Der Ergebnisteil ist anschaulich dargestellt, die Ergebnisse wurden in Kategorien unterteilt. Es sind keine Zitate aus den Interviews vorhanden. Im Diskussteil werden die Resultate zusammengefasst und mit Ergebnissen anderer Studien ergänzt. Die Schlussfolgerung gestaltet sich als klar und präzise. Zur Einholung einer ethischen Genehmigung für die Durchführung der Studie werden keine Angaben gemacht.

4.5.2 Bewertung der Güte

In der folgenden Tabelle erfolgt die Beurteilung der Güte.

Tabelle 8

Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985)

Gütekriterien	Beschreibung
Confirmability (Bestätigung)	Die Anfangsdaten wurden sowohl von der Projektautorin als auch von Fachexpertinnen und -experten reduziert, analysiert und zu einem späteren Zeitpunkt in Konzeptkarten verarbeitet.
Dependability (Zuverlässigkeit)	Externe Fachexperten waren während des Prozesses involviert und wirkten im Datenerhebungs- und Auswertungsprozess mit.
Credibility (Glaubwürdigkeit)	Es wurde ein Member-Checking durchgeführt. Die Teilnehmenden erhielten die Ergebnisse, um die Gültigkeit der Interpretationen der Forschenden zu prüfen. Es erfolgte keine Triangulation.
Transferability (Übertragbarkeit)	Die Ergebnisse werden nicht mit Zitaten Teilnehmender unterlegt. Die Ergebnisse sind in verschiedene Kategorien unterteilt. Verschiedene Faktoren limitieren die Übertragbarkeit. Die Ein- und Ausschlusskriterien und die Informationen zur Stichprobe fehlen, das Setting wird nicht beschrieben. Weiterhin handelt es sich mit fünf Personen um eine sehr geringe Anzahl Teilnehmender.

4.6 Ergebnisse der bearbeiteten Studien

Es kristallisierten sich verschiedene Themenbereiche heraus, die sich entweder konkret mit den Einstellungen oder mit korrelierenden Faktoren dieser Einstellungen auseinandersetzen. Diese Themenbereiche sind im Folgenden nach Relevanz absteigend geordnet, wobei sich die Relevanz auf die Anzahl Erwähnungen Teilnehmender in den verschiedenen Studien bezieht. So spielten die Themenbereiche Wissen/Ausbildung, umgebungsbedingte Faktoren und Einstellungen gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten in allen inkludierten Studien eine zentrale Rolle (Beks et al., 2018; Kerrison & Chapman, 2007; Plant & White, 2013; van Nieuwenhuizen et al., 2013; Weiland et al., 2011). In vier Studien äusserten sich Pflegefachpersonen konkret bezüglich ihres emotionalen Innenlebens. Themen wie Insuffizienzgefühl und Frustration kamen auf (Beks et al., 2018; Kerrison & Chapman, 2007; Plant & White, 2013; Weiland et al., 2011). Ein weiterer in vier Studien thematisierter Bereich betrifft die Kommunikation (Beks et al., 2018; Kerrison & Chapman, 2007; Plant & White, 2013; Weiland et al., 2011). Zwei Themenbereiche wurden vereinzelt diskutiert. Der erste betrifft behandlungerschwerende situativ bedingte Faktoren (van Nieuwenhuizen et al., 2013). Der zweite Themenbereich bezieht sich auf den Umgang mit von Komorbiditäten betroffenen Patientinnen und Patienten (Weiland et al., 2011).

4.6.1 Wissen/Ausbildung

Die Literatur zeigt, dass ein Mangel an psychiatriespezifischem Wissen, klinischen Fähigkeiten sowie Ausbildung besteht. Teilnehmende der Studie von Beks et al. (2018) schätzten ihren Wissensstand als gering ein, besonders wenn es um komplexe psychiatrische Erkrankungen, psychiatrierelevante Medikamente oder spezifische psychiatrische Fragestellungen geht. Dasselbe gilt für die Fähigkeit der Einschätzung und Beurteilung psychisch kranker Patientinnen und Patienten. Teilnehmende mit längerer Berufserfahrung der Studie von Plant und White (2013) äusserten, dass sie im Laufe der Zeit ein besseres Verständnis für die Bedürfnisse psychisch Erkrankter entwickelt hätten. Sie hätten gelernt, das grosse Ganze zu sehen und nicht vorschnell zu urteilen. Weiterhin hätten sie sich die Fähigkeit angeeignet, verschiedene Interventionen anzuwenden, um den Patientinnen und Patienten das Gefühl von Sicherheit, Wohlbefinden und Fürsorge zu vermitteln. Nichtsdestotrotz scheint der Bedarf an Schulung präsent zu sein. Die Erlangung von Fähigkeiten durch zunehmende Berufserfahrung scheint nicht auszureichen. Laut der Fokusgruppe in der Studie von Kerrison und Chapman (2007) war die Bildung zur psychischen Gesundheit

so gering, dass die Pflegefachpersonen ihre Fähigkeiten als zu limitiert einschätzten, um sie im Notfall anzuwenden. Was in allen inkludierten Studien deutlich wurde, ist der Wille der Pflegefachpersonen nach einer verbesserten Ausbildungs- und Schulungskultur. Die Ansichten darüber, wie man mit dem seitens der Pflegefachpersonen prekär empfundenen Wissensstand am besten umgehen sollte, variierten jedoch. Manche Pflegefachpersonen waren der Meinung, dass das Verständnis für psychische Erkrankungen durch Kurse nur schwierig zu erlangen sei und dass man sich dieses am besten durch praktische Erfahrung aneigne. Andere kritisierten die unzureichende Ausbildung und sprachen sich dezi- diert für eine umfangreichere Schulung in diesem Bereich aus (van Nieuwenhuizen et al., 2013). Insbesondere der Bedarf an assistiertem, realitätsnahem Training wurde themati- siert (Weiland et al., 2011). Trainings und Schulungen sollten laut den Pflegefachpersonen idealerweise fortlaufend stattfinden (Plant & White, 2013).

4.6.2 Umgebungsbedingte Faktoren

Die umgebungsbedingten Faktoren wurden in räumlich, zeitlich und strukturell bedingte Faktoren unterteilt. Diese beziehen sich entweder auf die jeweiligen Notfallstationen oder die betreffenden Institutionen als Ganzes.

Räumlich: Was die räumlichen Gegebenheiten und die Infrastruktur anbelangt, so waren es studienübergreifend ähnliche Punkte, die aus Sicht der Pflegefachpersonen ein Prob- lem darstellten. Ein Teilnehmender der Studie von Weiland et al. (2011) äusserte sich in einem telefonischen semistrukturierten Interview folgendermassen zur Angemessenheit der Notfallausgestaltung: „Notaufnahmen sind schlichtweg der falsche Platz. Es ist ein Problem des Systems, dass die Notfallaufnahmen auf genau das ausgerichtet sind, was im Falle der Betreuung einer psychisch kranken Person ungünstig ist. Dies betrifft vor al- lem die Balance zwischen Privatsphäre und Sichtbarkeit sowie den unpassenden Ge- räuschpegel“ (S. 681). Ein Teilnehmender derselben Studie bezeichnete eine Umge- bungsanpassung der Notfallstation sogar als wichtigste Massnahme (Weiland et al., 2011). Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Studie von van Nieuwenhuizen et al. (2013) insofern, als keiner der Teilnehmenden das Gefühl hatte, dass Notfallabteilungen passend für psychisch kranke Patientinnen und Patienten seien. Der Mangel an Pri- vatsphäre und der Lärm seien sehr belastend. Es wurde der Wunsch nach getrennten Räumlichkeiten für Patientinnen und Patienten geäussert, die sich aufgrund psychischer Gesundheitskrisen vorstellten. Dieser Wunsch wurde von der Ärzteschaft geteilt (Weiland

et al., 2011). Weitere Bedenken und Problembereiche betrafen den Bedarf an Unterbringung der triagierten Patientinnen und Patienten, das Verlangen nach beständigem Teamwork sowie die mangelnde Koordination der Dienstleistungen des interdisziplinären Teams und den Wunsch nach Unterstützung seitens der Krankenhausverwaltung (Plant & White, 2013).

Zeitlich: Laut Teilnehmenden der Studie von Beks et al. (2018) mussten die Notfallpflegenden ungeachtet dessen, ob Psychiatriepersonal anwesend war oder nicht, Personen mit psychischen Erkrankungen beurteilen, triagieren und eine Behandlung anbieten – zusätzlich zur Betreuung anderer Patientinnen und Patienten mit medizinischen Problemen. Problematisch sei in diesen Fällen, dass es an Zeit für einen therapeutischen Beziehungsaufbau mangle. Der Betreuungsaufwand psychisch kranker Patientinnen und Patienten wurde von Teilnehmenden der Studie von Weiland et al. (2011) als beträchtlich eingestuft. Diesen Zeitaufwand könnten die Notfallpflegenden in diesem belastenden Setting nicht bieten.

Strukturell: In diesem Abschnitt wird sich zunächst mit den Strukturen und deren Auswirkungen auf die Behandlung auseinandergesetzt. Hierbei wird auf die als positiv sowie negativ empfundenen Aspekte der Teilnehmenden Bezug genommen. Besonders Interprofessionalität und Interdisziplinarität erwiesen sich als zentrale Themenbereiche.

Ein Punkt, den Teilnehmende der Studie von van Nieuwenhuizen et al. (2013) nannten, betrifft die unzureichende Zusammenarbeit mit psychiatrischen Diensten. Die Teilnehmenden identifizierten die Zusammenarbeit zwischen der Notfallabteilung und der psychiatrischen Abteilung als besten Weg, um Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen angemessen zu betreuen.

Dass die Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung einen grossen Nutzen bringt, wurde durch die Aussagen Teilnehmender der Studie von Kerrison und Chapman (2007) bestätigt. Ein Pflorgeteam berichtete, dass es besonders bei Abhängigkeitsproblematiken wie Drogen- und Alkoholintoxikation oder beim Entzug Unterstützung vom multidisziplinären Team erhalte. Diese Teammitglieder arbeiteten regelmässig auf der Notfallstation, sei es für Patientinnen- und Patienteneinschätzungen, zur Implementierung des Selbstverletzungs-Interventionsprogramms oder Zurverfügungstellung von Unterstützungsmassnahmen.

Die Anwesenheit von Psychiaterinnen und Psychiatern schien den Pflegefachpersonen Sicherheit zu geben. Teilnehmende äusserten, dass die Betreuung psychisch kranker Patientinnen und Patienten weniger problematisch während der regulären Arbeitszeiten sei, da ein Psychiater anwesend sei und dieser das Assessment von Angesicht zu Angesicht sowie die Behandlung übernehme. Aber nicht nur die positiven, sondern auch die negativen Seiten der Interprofessionalität wurden erwähnt. Besonders im Zusammenhang mit der Telefontriage traten immer wieder Schwierigkeiten auf. Die Mehrheit der Befragten fand die Telefontriage für die Beurteilung der Patientinnen und Patienten ungeeignet. Die Unstimmigkeiten zwischen den Pflegefachpersonen und der Telefontriage waren immer wieder ein potenzieller Konfliktpunkt. Teilweise lehnten die besagten Professionsangehörigen Telefonate einfach ab (Beks et al., 2018).

4.6.3 Einstellung gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten

Die Ergebnisse der verschiedenen Studien boten eine grosse Diversität an Herangehensweisen und Einstellungen. In allen Studien gab es Pflegefachpersonen, die entweder selbst eine ablehnende Haltung gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten hatten oder diese bei anderen Pflegefachpersonen beobachteten (Beks et al., 2018; Kerri-son & Chapman, 2007; Plant & White, 2013; van Nieuwenhuizen et al., 2013; Weiland et al., 2011). Es gab jene, die trotz der schwierigen Umstände gewillt und motiviert waren, eine ihren Möglichkeiten entsprechend beste Pflege zu gewährleisten (Beks et al., 2018; Plant & White, 2013). Nach der Studie von Beks et al. (2018) gab es Pflegefachpersonen, die sich bezüglich der Betreuung dieser Patientengruppe inkompetent fühlten. Andere Pflegefachpersonen verspürten Unsicherheit betreffend die Effektivität ihrer Arbeitsweise (Plant & White, 2013). Mit den Themen Insuffizienzgefühl und Frustration wird sich in Kapitel 4.6.4 auseinandergesetzt. Im Folgenden geht es um die konkreten Einstellungen, die Notfallpflegende gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten hatten.

Teilnehmende der Studie von van Nieuwenhuizen et al. (2013) lieferten umfangreiche Einblicke in ihre Einstellungen. Viele der Befragten zeigten sich bezüglich ihres Verhaltensmusters reflektiert. Sie äusserten, dass ihre Art und Weise zu denken von dem Wissen um eine vorhandene psychische Erkrankung beeinflusst wurde. Dies betraf nicht nur das Pflegepersonal, sondern auch die Ärzteschaft. Wenn Patientinnen und Patienten noch keine psychiatrische Diagnose hatten, sich aber mit psychisch bedingt anmutenden Symptomen präsentierten, lenkte dies die Kliniker von den physischen Leiden der Betroffenen ab. In diesem Kontext ist das diagnostic overshadowing zu erwähnen, das in der Studie von van

Nieuwenhuizen et al. (2013) im Fokus stand. Es wurde von einem Fall berichtet, in dem eine Patientin entlassen wurde, weil ihr Verhalten mit der Symptomatik ihrer vorbestehenden diagnostizierten psychischen Erkrankung übereinzustimmen schien. Aufgrund eines aber tatsächlich vorherrschenden physischen Leidens verstarb sie kurze Zeit später. Eine befragte Pflegefachperson äusserte, dass man grundsätzlich sicherer fahre, wenn man immer von einer wirklichen Gegebenheit ausgehe. Sie zweifle aber daran, dass dies jeder mache, denn Menschen würden urteilen. Aus Sicht einzelner Pflegefachpersonen gestaltete es sich schwierig einzuschätzen, ob psychisch kranke Patientinnen und Patienten sich wirklich aufgrund akuter behandlungsbedürftiger Symptomatik vorstellten oder aufgrund der Suche nach Aufmerksamkeit (Plant & White, 2013).

Teilnehmende der Studie von Kerrison und Chapman (2007) gaben Vermeidung als Strategie an. Sie würden bewusst weniger Kontakt suchen, da sie die Patientinnen und Patienten als soziale oder verhaltensbedingte Problemfälle wahrnehmen würden, sie bevorzugten *richtige* Patientinnen und Patienten, z. B. Unfallopfer.

Auch Hoffnungslosigkeit wurde in mehreren Studien zum Thema. Eine Person sagte, dass man bei der Behandlung psychisch kranker Menschen im Gegensatz zu physisch Kranken kein Resultat sehe (Plant & White, 2013). Aussagen, dass sich nach der Behandlung ohnehin nichts ändere, waren sowohl in der Studie von Plant und White (2013) als auch in der Studie von Weiland et al. (2011) zu finden. Hinzu kommt laut einem Arzt in der Studie von Weiland et al. (2011) die auf Notfallabteilungen weitverbreitet zu sein scheinende Ansicht, dass die Patientinnen und Patienten ihre Probleme selbst kreiert hätten.

Neben diesen eher negativen Einstellungen gab es auch einige positive Ansätze Teilnehmender. Dazu gehört die Aussage mehrerer Teilnehmender, dass sie in der Lage seien, ihre stigmatisierenden Einstellungen gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten zu reflektieren. Die Mehrheit der gleichen Gruppe teilte das Anliegen, den Patientinnen und Patienten trotz limitierter Unterstützung seitens des Umfelds die bestmögliche Pflege zu gewährleisten (Beks et al., 2018).

4.6.4 Selbstkundgabe/Insuffizienzgefühl/Frustration

Der verwendeten Literatur lassen sich viele Eindrücke bezüglich der Perspektive bzw. des Innenlebens von Notfallpflegenden entnehmen. Neben der überwiegend negativen Grundhaltung, was die Einstellungen gegenüber psychisch Erkrankten anbelangt, war ein grosser Teil der Befragten selbstkritisch und suchte teilweise nach Erklärungen für die eigene

Haltung (Beks et al., 2018; Kerrison & Chapman, 2007; Plant & White, 2013; Weiland et al., 2011).

Pflegefachpersonen der Studie von Plant und White (2013) äusserten, dass sie sich nicht der Effektivität der eigenen Kommunikation sicher seien, woraus Frustration resultiere. Das Gefühl der Ineffektivität hänge unter anderem damit zusammen, dass die Pflegefachpersonen kein Feedback seitens der Betroffenen erhielten. Man wisse nicht, ob das, was man für diese Patientengruppe tue, hilfreich sei. Während der Diskussion sei eine Stimmung der Hoffnungslosigkeit aufgekommen. Eine Person äusserte, dass unabhängig von Alter, Erfahrung und Fähigkeiten der Pflegefachperson die Triagierung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Leiden im Gegensatz zu Patientinnen und Patienten mit physischen Leiden immer sehr herausfordernd gewesen sei. Teilnehmende der Studie von Beks et al. (2018) beschrieben ein Insuffizienzgefühl, das bei ihnen den Kern der Frustration darstelle. Dieses Gefühl des der behandlungsbedürftigen Person Nichtgerechtwerdens wird auch durch die Aussage einer Ärztin oder eines Arztes gestützt. Diese oder dieser meinte, dass das Personal unter Druck stehe, alle Patientinnen und Patienten zu sehen, und deshalb gezwungen sei, in der Kommunikation zu kürzen, auch bei psychisch Erkrankten (Weiland et al., 2011).

Doch auch andere Gründe wurden mit Frustration in Verbindung gebracht. Es kam z. B. vor, dass Patientinnen und Patienten die Station verliessen ohne Bescheid zu sagen, während sie eigentlich auf die Resultate oder Überweisung in eine Psychiatrie hätten warten müssen (Beks et al., 2018).

Pflegefachpersonen der Studie von Kerrison und Chapman (2007) waren der Ansicht, dass Notfallpflegende und medizinisches Personal in Bezug auf Kompetenz und Selbstvertrauen variierende Niveaus hatten. Dies betraf besonders die Durchführung von Assessments zur psychischen Gesundheit und die bei psychisch kranken Patientinnen und Patienten angewendeten Interviewtechniken.

4.6.5 Kommunikation

Die Kommunikation mit Mitmenschen wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Einen Faktor stellt die Einstellung dar, die, wie im Kapitel 4.6.3 ersichtlich ist, eher negativer Natur ist. Ergebnisse der Studie von Kerrison und Chapman (2007) legen Beobachtungen von Pflegefachpersonen zur Interaktion mit zu behandelnden psychisch kranken Patientinnen und Patienten dar. So wurde eine ungeeignete Kommunikationsstrategie beobachtet.

Diese führte zu einer inadäquaten Behandlung der Patientinnen und Patienten und hatte vermehrte medikamentöse und physische Zwangsmassnahmen zur Folge, was wiederum längere Aufenthalte begünstigte. Die Befragten identifizierten weiterhin, dass Pflegefachpersonen mit mangelndem Wissen und mangelnder Fähigkeit, die Reaktionen der Patientinnen und Patienten zu verstehen, in vielerlei Situationen Barrieren in der Kommunikation kreierten. Weiterhin wird von Fällen unangemessenen oder provozierenden Verhaltens von Pflegefachpersonen gegenüber dieser Patientengruppe berichtet. Dies hatte zur Folge, dass die Patientinnen und Patienten mitgerissen wurden und es auch ihrerseits zu aggressivem Verhalten kam. Auch wenn die Kommunikation im Alltag offensichtlich Konfliktpotenzial enthält und es zu diversen Zwischenfällen kommt, so werden in der Studie von Beks et al. (2018) Hinweise darauf gegeben, dass Pflegefachpersonen ihre kommunikative Grundhaltung vermehrt hinterfragen und bewusst auf diese achten sollten. Besonders auf nonverbale Kommunikation werde bei der Betreuung von psychisch kranken Patientinnen und Patienten laut Teilnehmenden vermehrt geachtet.

4.6.6 Behandlungserschwerende situativ bedingte Faktoren

Die Arbeit mit psychisch kranken Patientinnen und Patienten gestaltet sich oft als herausfordernd. Teilnehmende der Studie von van Nieuwenhuizen et al. (2013) äusserten, dass psychische Erkrankungen und die damit einhergehende Symptomatik es oft für die Patientinnen und Patienten schwierig machten, Fragen zu beantworten. Als Beispiele werden hier Apathie, Ablenkung und Nebenwirkungen von Medikamenten genannt. Speziell sedierende Medikationen verkomplizierten oft die Assessments.

4.6.7 Umgang mit Komorbiditäten

Bezüglich des Einflusses von Komorbiditäten gab es unterschiedliche Aussagen. Während in der Studie von Weiland et al. (2011) sieben Teilnehmende äusserten, dass die meisten Patientinnen und Patienten Komorbiditäten hätten und diese nur einen minimalen Einfluss hätten, war mit 17 Personen ein bedeutend grösserer Anteil der Ansicht, dass Komorbiditäten das Assessment sowie das Zeitmanagement verkomplizierten.

5 Diskussion

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse zusammengeführt und Bezug auf die Fragestellung genommen. In einem nächsten Schritt findet eine Einordnung der Ergebnisse in die Literatur statt. Es folgt die Betrachtung der gesundheitspolitischen Bedeutung der Thematik. Anschliessend wird sich mit den bestehenden negativen Einstellungen auseinandergesetzt. Auch historische und mediale Einflüsse werden diskutiert. Der Einbezug des Salutogenese-Konzeptes und des ELM von Petty und Cacioppo (1986) soll helfen, die Prozesse der Einstellungsbildung und auch -änderung nachzuvollziehen, und die Sinnhaftigkeit der Auseinandersetzung mit diesen zwei Modellen verdeutlichen. Weiterhin werden die Limitationen dieser Literaturarbeit genannt.

5.1 Zusammenführung der wichtigsten Ergebnisse

Das Ziel dieser Arbeit war es, die Einstellungen Notfallpflegender gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten zu untersuchen. Die Ergebnisse verdeutlichen die Vielzahl und die Komplexität der Zusammenhänge. Im Rahmen der Datenanalyse wurden verschiedene Themenbereiche identifiziert, die entweder direkt mit der Einstellung zusammenhängen oder diese indirekt beeinflussen. Die eingeschlossenen Studien zeigen, dass Notfallpflegende gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten tendenziell negativ eingestellt sind. Das psychiatrische Wissen der Notfallpflegenden wird als gering eingestuft (Beks et al., 2018; Kerrison & Chapman, 2007; Plant & White, 2013; van Nieuwenhuizen et al., 2013; Weiland et al., 2011). Den Grund dafür sehen die Pflegenden in einer unzureichenden Ausbildung, was psychiatrische Themen anbelangt (Beks et al., 2018; Plant & White, 2013; Weiland et al., 2011). Trotz der eher negativen vorherrschenden Haltung scheint bei den Pflegefachpersonen grundsätzlich Interesse und Bereitschaft zu bestehen, sich vermehrt mit psychiatrischen Themengebieten auseinanderzusetzen (Plant & White, 2013; Beks et al., 2018). Pflegende haben teilweise klare Vorstellungen davon, wie eine zusätzliche Ausbildung aussehen könnte. Besonders assistiertes, realitätsnahes, möglichst fortlaufendes Training scheint erwünscht (Plant & White, 2013; Weiland et al., 2011). Auch die Umgebung, insbesondere die Infrastruktur und die Ressourcen, haben für Notfallpflegende einen grossen Einfluss auf ihre Arbeit. Notaufnahmen scheinen in der Mehrzahl der Fälle nicht der geeignete Platz zu sein, um den Bedürfnissen psychisch kranker Patientinnen und Patienten gerecht zu werden (Plant & White, 2013; van Nieuwenhuizen et al., 2013; Weiland et al., 2011). Hinzu kommen ein Insuffizienzgefühl und Frustration sowie kommunikative Barrieren.

5.2 Bezug zur Fragestellung

Diese Arbeit liefert wichtige Hinweise bezüglich der Einstellungen Notfallpflegender gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten. Die ausgewählte Literatur erwies sich für die Auseinandersetzung mit der untersuchten Thematik als passend. Zusätzlich zu den Einstellungen bieten die Resultate interessante Einblicke bezüglich der Eignung von Notfallstationen als Behandlungsplatz für psychisch Erkrankte. Die Multidimensionalität der Thematik spiegelt die Dringlichkeit situationsoptimierender Massnahmen wider. Durch die verschiedenen Forschungsansätze innerhalb der untersuchten Studien wurden aus unterschiedlichen Perspektiven Einblicke in die Wahrnehmung und Denkweise Notfallpflegender geliefert. Die Aussagen der Pflegefachpersonen ermöglichen es, Interventionen abzuleiten, um einen Einfluss auf die Art und Weise zu nehmen, wie Notfallpflegende psychisch Erkrankte wahrnehmen und auf sie zugehen.

5.3 Einordnung der Resultate in die bestehende Literatur

Bei der Literaturrecherche wurden wenige ältere Studien gefunden. Dies gibt einen Hinweis darauf, dass in der Vergangenheit nur wenig Forschung zu dieser Thematik betrieben wurde. In den wenigen vorhandenen Studien lassen sich jedoch Parallelen zur aktuellen Forschungslage feststellen. Bereits Resultate der Studie von Kammer (1993) gaben an, dass Stigmatisierung und Etikettierung sich negativ auf den Umgang mit Patientinnen und Patienten auswirken können. Das Gesundheitspersonal hegte trotz fachlicher Ausbildung Vorurteile gegenüber Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Vorgeschichte im Krankenhaus, auch wenn diese wegen medizinischer Beschwerden hospitalisiert waren. Patientinnen und Patienten wurden als problematisch wahrgenommen, was sich in der Behandlung widerspiegelte. Der Umgang mit psychiatrischen Patienten stellte eine grosse Herausforderung für nicht psychiatrisch ausgebildetes Gesundheitspersonal dar. Ein Blick auf die aktuelle Forschungslage gibt einen Hinweis darauf, dass die geschilderte Problematik immer noch relevant ist. Befragte Patientinnen und Patienten der Studie von Digel Vandyk, Young, MacPhee und Gillis (2018) bestätigten, dass sie sich vom Notfallpersonal nicht respektiert fühlten. Sie hatten das Gefühl, dass sie ungeachtet ihrer angegebenen Beschwerden schnell abgefertigt wurden und dass sich nur sehr wenig Zeit für die Behandlung genommen wurde. Die Ergebnisse dieser Arbeit haben gezeigt, dass psychische Krankheit auf Notfallstationen seitens der Pflegefachpersonen auch heute noch negativ konnotiert ist, wenngleich unter Betrachtung der Aussagen der Studienteilnehmenden anzunehmen ist, dass Pflegefachpersonen grundsätzlich für die Thematik offen und

interessiert sind. In diesem Kontext ist zudem zu berücksichtigen, dass es für die Teilnehmenden der Interviews vermutlich näherlag, sich vorwiegend auf negative Inhalte zu fokussieren. Dies hängt mit der Formulierung der Leitfragen zusammen. Die negativen Inhalte umfassen unter anderem die Einstellungen, die subjektiv empfundene mangelnde Kompetenz mit betroffenen Patientinnen und Patienten umzugehen, sowie umgebungsbedingte Faktoren.

5.4 Bedeutung der Thematik im gesundheitspolitischen Kontext

Es stellt sich die Frage, wieso sich trotz der offensichtlich anpassungsbedürftigen Umstände im Laufe der Zeit nicht mehr verändert zu haben scheint. Es ist seit Langem bekannt, dass der Anteil sich aufgrund psychischer Leiden in die Notfallaufnahme begebender Patientinnen und Patienten hoch ist. So zeigen bereits Statistiken aus dem Jahr 1997, dass ein Drittel der sich aufgrund psychischer Probleme in Behandlung begebende Personen ein krankenhausbundenes Behandlungsangebot, meist einen ambulanten Dienst, beanspruchten (Rüesch, Manzoni, & Observatoire suisse de la santé, 2003). Es ist fraglich, wieso dieser Erkenntnis nicht mehr Gewicht zuzukommen scheint, auch im Sinne einer Reduktion der Gesundheitskosten. Möglicherweise wäre dies für viele Menschen ein erstrebenswerterer Ansatz als beispielsweise die stark umstrittene Einführung der Swiss Diagnosis Related Groups, mit denen anhand verschiedener Kriterien wie Diagnosen und Schweregrad, eine Fallpauschale für die Behandlung festgelegt wird (Fallpauschalen in Schweizer Spitälern, 2015). Es gestaltet sich als schwierig, Erklärungen für die ausbleibenden oder nur langwierig vorstattgehenden Veränderungen zu finden.

5.5 Auseinandersetzung mit den bestehenden negativen Einstellungen

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen in den letzten Jahrzehnten abgenommen hat. Als mögliche Ursachen für die Abnahme der Stigmatisierung lassen sich die gesteigerte gesellschaftliche Akzeptanz (Schuler et al., 2016), die bessere Aufklärung und das steigende Bildungsniveau anführen. Die Abnahme der Stigmatisierung hängt vermutlich auch damit zusammen, dass Krankheiten wie die Depression, von der laut der WHO (Depressionen in Europa, 2012) weltweit mehr als 350 000 000 Menschen betroffen sind, mittlerweile schon fast als Volkskrankheit betrachtet werden können. Nichtsdestotrotz tritt Stigmatisierung nach wie vor auf. Besonders psychische Erkrankungen mit schwierig einzuordnender, von der Norm abweichender Symptomatik sind Nährböden für Vorurteile. „Wenn eine Person vom Idealtyp abweicht,

wird sie in der Vorstellung von einer ganzen und gewöhnlichen Person zu einer minderwertigen und befleckten. Sie trägt ein Stigma, ein unerwünschtes persönliches Attribut, das einen negativen Symbolwert besitzt“ (Goffmann, 1973, zitiert nach Sauter et al., 2018, S. 1000). Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien legen die Interpretation nahe, dass die Einstellungen einer Abwärtsspirale obliegen: Das mangelnde Wissen über den Umgang mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten führt zu einem Inkompetenzgefühl, das sich in Form von Frustration äussert. Die Frustration kann dazu führen, dass Notfallpflegende die Schuld für die eigene Überforderung an die psychisch kranken Patientinnen und Patienten abzugeben versuchen. Vorurteile und Stigmata, die möglicherweise ohnehin schon bestehen, verstärken sich. Viele Notfallpflegende sind reflektiert, was ihre negativen Einstellungen angeht. Diese Reflektiertheit ist eine wichtige Grundvoraussetzung für Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Sie allein reicht jedoch nicht aus. Notfallpflegende sollten gewillt sein, sich aktiv mit psychiatriespezifischen Themen auseinanderzusetzen. Auch wenn diese Bereitschaft unter den Teilnehmenden der behandelten Studien vereinzelt zum Ausdruck gebracht wurde, so lautet die Grundhaltung, möglichst nichts mit psychisch kranken Patientinnen und Patienten zu tun haben zu wollen. Dies spiegelt sich in der gehemmten und oft kurzen Kontaktaufnahme wider. Dabei würde gerade eine intensivere Auseinandersetzung mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten eine ideale Möglichkeit für Einstellungs- und Verhaltensänderungen darstellen. Bereits die Studie von Weller und Grunes (1988) ergab, dass Pflegefachpersonen, die mehr Zeit in die direkte Betreuung psychisch kranker Patientinnen und Patienten als in administrative Aufgaben investierten, positivere Einstellungen gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten hatten. Nicht alle Pflegefachpersonen scheinen jedoch gewillt zu sein, ihre Grundhaltung zu reflektieren. In der Studie von Kerrison und Chapman (2007) neigten Notfallpflegende dazu, die Gründe für die schwierige Situation zu externalisieren. Sie teilten die Ansicht, dass Notaufnahmen ungeeignet und psychiatrisch auffällige Menschen keine richtigen Patientinnen und Patienten seien. Wenn man sich die in der Einleitung erwähnten epidemiologischen Daten anschaut, wird jedoch ersichtlich, dass genau diese Patientengruppe einen bedeutenden Anteil der Notfallpatientinnen und -patienten ausmacht. Es gilt die Gründe ausbleibender weitreichender Veränderungen nicht nur bei den Notfallpflegenden zu suchen. Es ist zu berücksichtigen, dass Notfallpflegende oft einer grossen Arbeitsbelastung ausgesetzt sind. Weiterhin setzen die spitalinternen Ressourcen dem Personal bei der Ausübung ihrer Arbeit mit psychisch kranken Menschen Grenzen.

Es ist wichtig zu erwähnen, dass auch Patientinnen und Patienten durch gezielte Äusserungen ihrer Bedürfnisse und eine Offenlegung ihrer Gedanken zu einer gelingenden Zusammenarbeit beitragen können.

5.6 Historische und mediale Einflüsse auf die Einstellungsbildung der Gesellschaft

Auch historische Aspekte spielen im Kontext von Stigmatisierung eine Rolle. Damit ist die Art und Weise gemeint, wie man im europäischen Kulturkreis im Laufe der Geschichte mit psychischen Erkrankungen umging. Als bezeichnendes Beispiel lässt sich hier der Nationalsozialismus anführen. Psychisch kranke Menschen wurden ermordet und zwangssterilisiert, um die Weitergabe der Veranlagung für psychische Erkrankungen zu unterbinden (Brückner, 2010). Besonders zwei Vorstellungen bestehen bis heute: Einerseits, dass psychische Erkrankungen unheilbar und unbehandelbar sind und andererseits, dass psychisch Kranke unberechenbar und gewalttätig sind (Meise, & Schmid, n. d.). Auch die Medien tragen zur Prägung von Vorurteilen bei. Dies umfasst die Darstellung von psychiatrischen Erkrankungen und Psychopharmaka in den Medien, aber auch im Entertainmentbereich. Diese hat laut Sauter et al. (2018) drei hauptsächliche Auswirkungen. Dazu gehört die Vermittlung eines falschen Bildes mit daraus resultierender Förderung von Ausgrenzung und Ablehnung. Weiterhin hat es einen beleidigenden und verletzenden Effekt auf Betroffene, die der ihnen gegenüber herrschenden Vorurteile gewahr werden. Dies kann wiederum einen negativen Einfluss auf das Vertrauensverhältnis zwischen psychisch kranken Patientinnen und Patienten und Pflegefachpersonen haben (S. 1003).

5.7 Bezug zum Salutogenese-Konzept

Man ist krank oder gesund – oder in einem engeren, dieser Literaturrecherche eher entsprechenden Verständnis psychisch krank oder nicht. Diese klare Differenzierung oder auch Diskontinuitätsvorstellung von Gesundheit und Krankheit entspricht dem im medizinischen Bereich vorherrschenden pathogenetischen Paradigma (Lorenz, 2004, S. 29). Im Zentrum dieses Paradigmas steht die Frage nach der Entstehung, dem Erscheinungsbild und dem Verlauf einer Erkrankung. Das pathogenetische Paradigma hat durchaus seine Berechtigung, da Menschen in den meisten Fällen zur Wiederherstellung ihrer durch verschiedenste Umstände eingeschränkten Verfassung den Kontakt zum Gesundheitspersonal suchen. Nichtsdestotrotz lohnt es sich als Erklärung der Situation und für einen Ausblick in die Zukunft, den salutogenetischen Ansatz zu betrachten. Zwei Punkte machten auf das Salutogenese-Konzept aufmerksam. Der erste war, dass sich die eingeschlossene

Literatur hauptsächlich mit den negativen Einstellungen von Pflegefachpersonen und pathogenetischen Faktoren auseinandersetzte. In den Studien, in denen die Fragebögen der Interviews offengelegt wurden, waren keinerlei Fragen im Stil der Gesundheitsförderung von psychisch kranken Patientinnen und Patienten vorhanden. Ein weiterer Punkt bezieht sich darauf, dass die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien klare Hinweise darauf geben, dass psychische Krankheit und psychische Gesundheit nicht als Kontinua, sondern als Pole gesehen werden. Diese Ansicht begünstigt Etikettierung und Voreingenommenheit, die mit dem pathogenetischem Ansatz in Verbindung gebracht werden können. Dies hat Auswirkungen auf die Behandlungsqualität. Betrachtungswürdig ist nicht nur das Ausbleiben gezielter Gesundheitsförderung, sondern die strukturell bedingte und möglicherweise auch durch den pathogenetischen Ansatz hervorgerufene, tendenziell sogar negative Einflussnahme auf die Ausbildung und Instandhaltung des Kohärenzgefühls. Diese negative Beeinflussung lässt sich in allen drei im Folgenden dargestellten das Kohärenzgefühl definierenden Punkten feststellen:

1. Verstehbarkeit: mangelnde Zeitnahme (auch strukturell bedingt) für Patientinnen und Patienten, was Prozesse für sie undurchschaubar macht und möglicherweise das subjektive Gefühl der Partizipation eindämmt oder sogar verunmöglicht.
2. Handhabbarkeit: durch das mangelnde Vertrauen gegenüber den eher vermeidenden Pflegefachpersonen werden diese möglicherweise nicht als Ressource angesehen. Dies kann dazu führen, dass die Patientinnen und Patienten den Notfallpflegenden nicht alle relevanten Informationen weitergeben.
3. Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit: Der mangelnde Glaube und die Hoffnungslosigkeit in der Betreuung der psychisch Kranken kann einen ansteckenden Effekt auf die Betroffenen haben und somit diesen Teil des Kohärenzgefühls beeinflussen.

Jeder Mensch hat individuelle Überzeugungen zu seiner Krankheit. Diese Überzeugungen haben einen massgeblichen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung (Lorenz, 2004, S. 41). Laut Lorenz (2004) weist das Kohärenzgefühl einen starken Zusammenhang mit psychischen Symptomen und der subjektiven Gesundheitseinschätzung auf. Es gilt sogar als wichtigste Einflussvariable bei psychosomatischen Stresssymptomen (S. 41). Folglich ist es wichtig, das Kohärenzgefühl von Patientinnen und Patienten zu stärken. Aus Antonovk-

sys (Lorenz, 2004) Sicht können Veränderungen des Kohärenzgefühls nur durch über einen längeren Zeitraum bestehende Muster und nicht durch Einzelhandlungen hervorgerufen werden (S. 109). Pflegefachpersonen können einen bedeutenden Beitrag leisten, indem sie sich immer wieder Zeit nehmen und Ruhe vermitteln. Patientinnen und Patienten sollten fortlaufend über das Vorgehen und das Prozedere informiert werden. Dadurch fühlen sich Patientinnen und Patienten respektiert und in ihrer Individualität wahrgenommen, was wiederum den Beziehungsaufbau fördert. Ausserdem wird ihnen die Möglichkeit von Partizipation zuteil.

5.8 Bezug zum Elaboration-Likelihood-Modell

Die Veränderung von bestehenden Einstellungen stellt eine Herausforderung dar. Um die oft seit Jahren bestehenden negativen Grundüberzeugungen nachhaltig zu überwinden, sind Kenntnisse in der Persuasionsforschung seitens der Expertin oder des Experten, der die Einstellungen zu verändern versucht, von Vorteil. Jemanden zu überzeugen, verlangt ein vertieftes Verständnis zur Entstehung von Einstellungen sowie zum passenden Ansatz, der erforderlich ist, um Veränderungen hervorzurufen (Klimmt, 2011, S. 17–18). Zunächst sollte die Ausprägung der negativen Einstellungen eruiert werden. Handelt es sich um feste Überzeugungen, die möglicherweise schon Jahre bestehen, oder sind es oberflächliche, vom Zeitgeist und vielleicht von den Einstellungen anderer Mitarbeitender getragene Vorurteile? Wie gross ist die Elaborationswahrscheinlichkeit? Anhand dieser Faktoren kann erschlossen werden, wo der Fokus der Informationsvermittlung liegen sollte. Um nachhaltige Veränderungen zu erzielen, so sind sich die Verfasser dieser Literaturrecherche einig, bedarf es der Beschreitung der zentralen Route. Diese führt laut Klimmt (2011) bei einem günstigen Verlauf zu einer relativ nachhaltigen, robusten und verhaltenswirksamen Änderung der Einstellung. Peripher basierte Einstellungsänderungen sind weniger stabil, robust und verhaltenswirksam (S. 59–60). Das Ziel ist es zukunftsorientiert zu agieren, und nicht nur periodische Verbesserungen der Situation hervorzurufen. Der Erfolg der Einstellungsänderung auf der zentralen Route basiert unter anderem darauf, ob sich die Zielgruppe überhaupt auf die Thematik einlässt. Dies ist aufgrund des im Kapitel 5.1 beschriebenen Interesses und der Reflektiertheit der Notfallpflegenden anzunehmen.

5.9 Limitationen

Bezüglich der Limitationen lässt sich anführen, dass nur englische und deutsche Studien für diese Arbeit eingeschlossen wurden. Dadurch wurden möglicherweise relevante anderssprachige Studien ausgeschlossen. Eine weitere Limitation bezieht sich auf die potenzielle Voreingenommenheit der Verfasser zu der Thematik. Dies ist insofern zu erwähnen, als die Durchführung dieser Arbeit dem persönlichen Interesse der Verfasser entsprang und bezüglich der Ergebnisse eine gewisse Erwartungshaltung herrschte. Malterud (2001) schreibt jedoch, dass Vorurteile nicht mit Bias gleichzusetzen sind. Dies ist nur der Fall, sofern die oder der Forschende zu erwähnen unterlässt, dass sie oder er sich ihrer oder seiner Vorurteile bewusst ist. Ein weiterer zu bemängelnder Punkt ist die undifferenzierte Verwendung der Begrifflichkeit psychisch krank. Diese ergibt sich jedoch zwangsläufig aus der fehlenden Differenzierung der psychiatrischen Krankheitsbilder in den eingeschlossenen Studien. In diesem Kontext ist zu erwähnen, dass die Studienlage zum Thema *Einstellungen Notfallpflegender gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten* unbefriedigend ist, sogar, wenn zusätzlich Studien auf somatischen Bettenstationen miteinbezogen werden. Viele Studien weisen qualitative Mängel auf, die im Kapitel 4 näher erläutert sind.

6 Theorie-Praxis-Transfer

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse von drei Interventionsstudien vorgestellt. Die Studien stammen aus einer zusätzlichen Literaturrecherche. Sie dienen dazu, einen Überblick über bereits erfolgte Ansätze zur Verbesserung der Situation zu schaffen. Anschliessend folgen Interventionsempfehlungen der Verfasser dieser Literaturarbeit. Diese resultieren ausschliesslich aus den im Ergebnisteil gesammelten Erkenntnissen und stehen im Fokus des Theorie-Praxis-Transfers. In diesem Zusammenhang werden ausserdem Möglichkeiten genannt, wie das ELM von Petty und Cacioppo (1986) und das Salutogenese-Konzept integriert werden könnten.

6.1 Interventionen aus der Literatur

Winokur et al. (2017) testeten mithilfe einer Umfrage (*Behavioral Health Care Competency survey*) die Wirkung einer siebenstündigen konzentrierten Schulung zur Thematik Assessment und Management verhaltensauffälliger Patientinnen und Patienten auf Notaufnahmen, die 2015 in Anaheim stattfand. Die Ergebnisse zeigten bei den 65 teilnehmenden Pflegefachpersonen einen signifikanten Anstieg der empfundenen Kompetenz.

In der Studie von Stuhlmiller et al. (2004) wurde ein dreitägiger Kurs durchgeführt. Der Kurs beinhaltete Rollenspiele, Vorfürungen und Falldiskussionen und deckte alle Aspekte psychiatrischer Notfälle inklusive Drogen- und Alkoholproblematiken ab. Weiterhin wurden die Teilnehmenden dazu ermutigt, ihre negativen Einstellungen zu überdenken. Es wurde ein Handbuch ausgehändigt, in dem allgemeine Informationen über psychiatrische Erkrankungen zusammengefasst waren. Diese umfassten detaillierte Anleitungen für das Assessment, Stellungnahmen und relevante Ressourcen. Die Durchführung der beschriebenen Interventionen führte zu einer signifikanten Verbesserung ($p < .001$) der Selbsteinschätzung Notfallpflegender bezüglich des Wissensstandes und der klinischen Fähigkeiten im Umgang mit psychiatrischen Notfällen. Diese Ergebnisse deuten auf eine Verbesserung im Bereich Wissen und Verständnis hin. Teilnehmende glaubten, dass sie das im Kurs vermittelte Wissen in der Praxis anwenden könnten.

Die von Kunst, Mitchell und Johnston (2017) durchgeführte Studie untersuchte, ob Simulationsszenarien ein effektives Lernformat zur Verbesserung des Selbstbewusstseins, Wissens und der Fähigkeit zur Bewältigung psychischer Gesundheitsprobleme in der Akutversorgung für angehende Pflegefachpersonen sind. Die Simulationsintervention konnte statistisch signifikante positive Auswirkungen in Bezug auf die Selbsteinschätzung der Teilnehmenden in allen drei erwähnten Bereichen verzeichnen.

Alle drei Studien bieten Möglichkeiten, wie im Ergebnisteil dargestellte Problembereiche optimiert werden können. Es werden Lösungsansätze für die Bereiche Wissen/Ausbildung, Einstellung gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten, Selbstkundgabe/Insuffizienz/Frustration, Kommunikation und behandlungerschwerende situativ bedingte Faktoren geboten.

6.2 Empfehlungen der Verfasser

Es wurde eine Vielzahl an Faktoren identifiziert, die die Einstellungen von Pflegefachpersonen auf Notfallstationen beeinflussen können. Dementsprechend gross ist auch die Menge der durch die Studienergebnisse implizierten Ansätze, um Einstellungsänderungen hervorzurufen und die Situation zu optimieren. Die Verfasser dieser Arbeit haben sich auf vier mögliche Interventionen geeinigt, die unabhängig voneinander, im Optimalfall aber in Kombination, durchgeführt werden können. Diese Interventionen bieten hinsichtlich der Einstellungsänderung Notfallpflegender ein hohes Potenzial. Die geeignete Frequenz der empfohlenen Schulungen gilt es zu explorieren.

6.2.1 Schulungen zur Wissensvermittlung

Die Verfasser empfehlen regelmässige Schulungen durch Expertinnen und Experten zur Wissensvermittlung psychiatrierelevanter Themen. In diesen Schulungen sollte ein Basiswissen zu den häufigsten psychiatrischen Krankheitsbildern vermittelt und ein Bezug zum Praxisalltag hergestellt werden. Weiterhin werden realitätsnahe Rollenspiele und in diesem Rahmen die Evaluation möglicher Handlungsstrategien empfohlen. Diese Rollenspiele könnten Bestandteil der erwähnten Schulungen sein und von den Expertinnen und Experten begleitet werden.

6.2.2 Schulungen zum Themenbereich Einstellungen

Auf die Einstellungen Bezug nehmende Schulungen sollten nach Möglichkeit von einer Fachperson geleitet werden, die Erfahrungen mit dem ELM von Petty und Cacioppo (1986) mitbringt. Um eine starke Elaboration zu bewirken, könnte beispielweise die Prävalenz psychisch Erkrankter auf Notfallstationen geschildert werden. Eine andere Möglichkeit wäre es, die Konsequenzen inadäquater Behandlungen aufzuzeigen. Dabei könnten nicht nur die negativen Folgen für die Kranken dargestellt, sondern auch Bezug auf die finanzielle Mehrbelastung von Institutionen genommen werden. Um Betroffene auf einen eher emotionalen als Sachebene erreichen zu wollen, würden sich Beispiele des diagnostic overshadowing und die potenziellen Folgen dessen eignen. Weiterhin wird die Vermitt-

lung des Salutogenese-Konzeptes als Ergänzung – nicht als Ersatz – des pathogenetischen Ansatzes empfohlen. Interventionen zur bewussten Förderung des Kohärenzgefühls sollten vermittelt werden. Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl bestärkt Patientinnen und Patienten in ihrer Selbstwirksamkeit und fördert das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Dies wiederum stärkt nicht nur ihre Ressourcen, sondern führt möglicherweise auch zu einer Reduktion gehäufter Notfallaufenthalte.

6.2.3 Expertinnen und Experten aus Erfahrung / Peers

Die Implementierung von Peers im Pflegealltag auf Notfallstationen bietet grosses Potenzial – Expertinnen und Experten durch Erfahrung statt Expertinnen und Experten durch Ausbildung. Mitarbeitende Peers können die Pflegefachpersonen durch einen offenen Austausch im Abbau ihrer Unsicherheiten und Ängste unterstützen. Ausserdem können sie durch ihre Anwesenheit zu einer Sensibilisierung der Kommunikation im Pflegealltag beitragen, was wiederum einen Einfluss auf die Einstellungen haben kann. Ein weiterer Vorteil von Peers ist das ausgeprägtere Verständnis für Betroffene, da sie sich möglicherweise selbst schon einmal in einer ähnlichen Situation befunden haben. Sie können sowohl von eigenen Erfahrungen berichten als auch, sofern sie notfallmedizinisch geschult sind, im Alltag vorleben, worauf es zu achten gilt.

6.2.4 Infrastrukturelle Anpassung

Bezüglich infrastruktureller Anpassung empfiehlt sich eine Neugestaltung von Notfallstationen. Aufgrund der Häufigkeit psychisch kranker Patientinnen und Patienten scheint es sinnvoll, Räume zu schaffen, die primär der Versorgung dieser Patientengruppe dienen. Diese Räume sollten nach Möglichkeit reizarm und schallgedämpft sein und Privatsphäre ermöglichen. Strukturell gesehen wird eine vermehrte stationsübergreifende Interprofessionalität und Interdisziplinarität als Ressource gesehen. Auch die Integration psychiatrischer Stationen in somatische Akutspitäler könnte eine Ressource darstellen.

7 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen, dass die Einstellungen Notfallpflegender gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten überwiegend negativ sind. Es kristallisierten sich verschiedene Bereiche in diesem Zusammenhang als zentral heraus. Dazu gehören (1) Wissen/Ausbildung, (2) umgebungsbedingte Faktoren (räumlich, zeitlich, strukturell), (3) Einstellung gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten, (4) Selbstkundgabe/Insuffizienzgefühl/Frustration, (5) Kommunikation, (6) behandlungerschwerende situativ bedingte Faktoren und (7) Umgang mit Komorbiditäten.

In bestehenden Interventionsstudien werden zur Situationsoptimierung Schulungen zur Wissensvermittlung und realitätsnahe Simulationssequenzen vorgeschlagen. Die Verfasser sind in Anbetracht der Ergebnisse dieser Arbeit der Überzeugung, dass es weitere effektive Möglichkeiten zur Einstellungsänderung gibt. Sie empfehlen infrastrukturelle Anpassungen, Schulungen zum Themenbereich Einstellungen und die Vermittlung des salutogenetischen Ansatzes. Die Implementation der Grundsätze des ELM von Petty und Cacioppo (1986) innerhalb von Schulungen birgt Potenzial. Zusätzlich zu den genannten Interventionen empfiehlt sich der Einsatz von Peers auf Notfallstationen.

Bezüglich des Forschungsausblicks bietet sich eine Untersuchung des Ausmasses der identifizierten einstellungsprägenden Faktoren an. Weiterhin könnte man den Effekt der Implementierung der von den Verfassern genannten Interventionsmöglichkeiten auf die Einstellungen Notfallpflegender gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten erforschen. Es lässt sich konstatieren, dass noch viel Forschungsbedarf in diesem Themenbereich besteht. Der potenzielle Nutzen der Auseinandersetzung mit dieser Thematik für Betroffene und die Wirtschaft wird möglicherweise unterschätzt.

Literaturverzeichnis

- Alvarez, V., von Contzen, B., Frickhöffer, P., Glien, P., Göpfert, R., Heuwer, T., . . . Wollschläger, S. (2014). Notfallpflege (Definition). Heruntergeladen von http://www.caritas-akademie-koeln.de/wordpress/wp-content/uploads/2014/07/Notfallpflege_Definition_Fachgruppe_DGF_02-07-2014.pdf am 16.02.2019.
- Beks, H., Healey, C. & Schlicht, K. (2018). „When you're it“: a qualitative study exploring the rural nurse experience of managing acute mental health presentations. *Rural and Remote Health*, 18(3), 4616.
doi:10.22605/RRH4616
- Brückner, B. (2010). *Geschichte der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. München: Urban & Fischer.
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Handlungsfelder. Heruntergeladen von https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Bericht_Psychische_Gesundheit_in_der_Schweiz_-_Bestandsaufnahme_und_Handlungsfelder.pdf am 02.11.2018.
- Canadian Interprofessional Health Collaboration. (2010). A national interprofessional competency framework. Heruntergeladen von http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf am 10.02.2019.
- Clarke, D. E., Dusome, D. & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health clients perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), 126–131.
doi:10.1111/j.1447-0349.2007.00455.x
- Crowley, J. J. (2000). A clash of cultures: A&E and mental health. *Accident and Emergency Nursing*, 8, 2-8.
doi:10.1054/aaen.1999.0061
- Depressionen in Europa. (2012).: Depression erkennen – Hilfe suchen und annehmen. Heruntergeladen von <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe> am 12.01.2019.
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evid Based Nurs*, 12(4), 99-101.
doi:10.1136/ebn.12.4.99-b

- Digel Vandyk, A., Young, L., MacPhee, C. & Gillis, K. (2018). Exploring the Experiences of Persons Who Frequently Visit the Emergency Department for Mental Health-Related Reasons. *Qualitative Health Research*, 28(4), 587–599.
doi:10.1177/1049732317746382
- Fallpauschalen in Schweizer Spitälern. (2015). Basisinformationen für Gesundheitsfachleute. Heruntergeladen von https://www.swissdrg.org/application/files/5115/0234/7269/170810_SwissDRG_Broschuere.pdf am 01.04.2019.
- Fasel, T., Frick, U., Baer, N. & Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2010). *Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen: soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren*. Heruntergeladen von https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_13.pdf am 03.01.2019.
- Fleet, R. P., Lavoie, K. L., Martel, J.-P., Dupuis, G., Marchand, A. & Beitman, B. D. (2003). Two-year follow-up status of emergency department patients with chest pain: Was it panic disorder? *CJEM*, 5(4), 247–254.
doi:10.1017/S1481803500008447
- Harris, B., Beurmann, R., Fagien, S. & Shattell, M. M. (2016). Patients' experiences of psychiatric care in emergency departments: A secondary analysis. *International Emergency Nursing*, 26, 14–19.
doi:10.1016/j.ienj.2015.09.004
- Hell, D., Endrass, J., Vontobel, J. & Schnyder, U. (2011). *Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie*. Bern: Hans Huber.
- Meise, U., & Schmid, R. (n.d.). „Alles besser als ein Geisteskranker...“ – vom Stigma und seinen Folgen: Folgen der Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen. Heruntergeladen von <https://promente-tirol.at/files/promente/img/PDFs/Vom%20Stigma%20psychischer%20Erkrankung%20und%20seinen%20Folgen.pdf> am 14.02.2019.
- Kammer, L. (1993). Stigmatization of the Psychiatric Patient: Future Perspectives for Healthcare Professionals. *Hospital Topics*, 71(2), 20–24.
doi:10.1080/00185868.1993.10543719
- Kerrison, S. A. & Chapman, R. (2007). What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 15(1), 48–55.
doi:10.1016/j.aen.2006.09.003

- Klimmt, C. (2011). *Das Elaboration-Likelihood-Modell*. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges.
- Kunst, E. L., Mitchell, M. & Johnston, A. N. B. (2017). Using simulation to improve the capability of undergraduate nursing students in mental health care. *Nurse Education Today*, 50, 29–35.
doi:10.1016/j.nedt.2016.12.012
- Lauster, M. (2014). *Pflege Heute: Lehrbuch für Pflegeberufe*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer.
- Lorenz, R.-F. (2004). *Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München: Reinhardt.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483–488.
doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6
- Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A., Schulte-Körne, G. & Braun-Scharm, H. (2013). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie: mit Patientengesprächen auf Video-CD-ROM*. Stuttgart: Thieme.
- Nursing Definitions. (n. d.). Heruntergeladen von <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions> am 18.03.2019.
- Petermann, F. (2013). *Psychologie des Vertrauens*. Göttingen: Hogrefe.
- Plant, L. D. & White, J. H. (2013). Emergency Room Psychiatric Services: A Qualitative Study of Nurses' Experiences. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 240-248.
doi:10.3109/01612840.2012.718045
- Rahmenlehrplan für Nachdiplomstudien der höheren Fachschulen. (2019). Arbeitsfeld und Kontext der Fachrichtung Notfallpflege. Heruntergeladen von https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Nachdiplomstudium/190219_RLP_AIN_d.pdf am 14.04.2019.
- Rüesch, P., Manzoni, P. & Observatoire suisse de la santé. (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Heruntergeladen von https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/3861/1/2003_Rüesch_Psychische%20Gesundheit%20in%20der%20Schweiz_SGO.pdf am 04.02.2019.

- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.). (2018). *Lehrbuch psychiatrische Pflege*. Bern: Huber.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016*. Heruntergeladen von https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_72_bericht_2.pdf am 22.11.2018.
- Shefer, G., Henderson, C., Howard, L. M., Murray, J. & Thornicroft, G. (2014). Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study. *PLoS ONE*, 9(11), e111682.
doi:10.1371/journal.pone.0111682
- Spichiger, E., Kesselring, A., Spirig, R. & De Geest, S. (2006). Professional nursing: Development and content of a definition. *Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 19, 244-250.
- Stuhlmiller, C. M., Tolchard, B., Thomas, L. J., de Crespigny, C. F., Kalucy am, R. S. & King, D. (2004). Increasing confidence of emergency department staff in responding to mental health issues: An educational initiative. *Australian Emergency Nursing Journal*, 7(1), 9–17.
doi:10.1016/S1328-2743(03)80073-1
- van Nieuwenhuizen, A., Henderson, C., Kassam, A., Graham, T., Murray, J., Howard, L. M. & Thornicroft, G. (2013). Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22(03), 255–262.
doi:10.1017/S2045796012000571
- Vilpert, S. (2013). Konsultationen in Schweizer Notfallstationen. *Obsan Bulletin*, 13, 1.-8. Heruntergeladen von:
http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2013-03_d.pdf am 01.03.2019.
- Weiland, T. J., Mackinlay, C., Hill, N., Gerdtz, M. F. & Jelinek, G. A. (2011). Optimal management of mental health patients in Australian emergency departments: Barriers and solutions: ED mental health: Barriers and solutions. *Emergency Medicine Australasia*, 23(6), 677–688.
doi:10.1111/j.1742-6723.2011.01467.x
- Weller, L. & Grunes, S. (1988). Does contact with the mental ill affect nurses' attitudes to mental illness? *British Journal of Medical Psychology*, 61, 277-284.

- Wellstood, K., Wilson, K. & Eyles, J. (2005). "Unless you went in with your head under your arm": Patient perceptions of emergency room visits. *Social Science & Medicine*, 61(11), 2363–2373.
doi:10.1016/j.socscimed.2005.04.033
- Winokur, E. J., Loucks, J. & Rutledge, D. N. (2017). Effect of Concentrated Psychiatric Education on Perceived Competence to Care for Behavioral Health Patients. *Journal of Emergency Nursing*, 43(5), 419–425.
doi:10.1016/j.jen.2017.02.002
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., . . . Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie: mit Patientengesprächen auf Video-CD-ROM (Möller et al., 2013, S. 16).....	13
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Keywords der Literaturrecherche. eigene Tabelle (Nedumparambil, 2019)	9
Tabelle 2 ELM: Sieben Grundannahmen. eigene Tabelle (Nedumparambil, 2019).....	17
Tabelle 3 Übersicht der Studien. eigene Tabelle (Nedumparambil, 2019).....	19
Tabelle 4 Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985), eigene Tabelle (Weller, 2019).....	22
Tabelle 5 Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985), eigene Tabelle (Weller, 2019).....	25
Tabelle 6 Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985), eigene Tabelle (Weller, 2019).....	28
Tabelle 7 Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985), eigene Tabelle (Weller, 2019).....	31
Tabelle 8 Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985), eigene Tabelle (Weller, 2019).....	33

Wortzahl

Wortzahl Arbeit: 11926

Wortzahl Abstract: 171

Danksagung

Wir möchten uns herzlich bei Frau Heidi Sommer für ihr Engagement, ihre Kompetenz und ihre motivierenden Worte während des gesamten Prozesses bedanken. Ein weiteres Dankeschön gebührt Frau Elisabeth Hillan, deren auf langjähriger Erfahrung im Notfallsetting basierendes Wissen einen massgeblichen Einfluss auf die Qualität dieser Literaturarbeit hatte.

Eigenständigkeitserklärung

„Wir, Samuel Weller und Anthony Nedumparambil, erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Samuel Weller



Anthony Nedumparambil



Anhang A: Rechercheprotokoll

Ihre Fragestellung: Mit welchen Einstellungen treten Notfallpflegende psychisch kranken Patientinnen und Patienten gegenüber? Welche Interventionen lassen sich ableiten, um das Outcome für beide Parteien nachhaltig zu verbessern?

Hauptaspekte des Themas					
Oberbegriffe	Wahrnehmung, Einstellung	Psychiatrische Erkrankung	Pflege	Notaufnahme	Intervention
Englische Übersetzung	perception	mental illness	nurse	emergency department	intervention
Synonyme	Attitude, apperception	mental disease, menral disorder, psychiatric disease, co-morbid mental illness, psychiatric patient	nursing, nurses, nursing staff, nursing	emergency hospitalisation, casualty, casualty department, emergency room, emergency ward	treatment, therapy

Datenbank	Suchbegriffe	Anzahl Treffer	Gelesene Abstracts	Relevante Studien/Reviews & Fachartikel
CINAHL 18.07.2018	perceptions or attitudes or opinion AND mental illness or mental health or mental disorder AND emergency department or emergency room AND nurse	73	14	- Beks, H., Healey, C., & Schlicht, K. (2018). When you're it: a qualitative study exploring the rural nurse experience of managing acute mental health presentations. <i>Accident and Emergency Nursing</i> , 15, 48-55. Doi: 10.1016/j.aen.2006.09.003 - Plant, L. D., & White, J. H. (2013). Emergency Room Psychiatric Services: A Qualitative Study of Nurses' Experiences. <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 34, 240-248. Doi: 10.3109/01612840.2012.718045
MEDLINE 16.08.2018	((perception or attitude or opinion) and (mental illness or mental disease or psychiatric patient*) and (emergency department or casualty or emergency room or emergency ward))	43	7	Van Nieuwenhuizen, A., Henderson, C., Kassam, A., Graham, T., Murray, J., Howard, L. M., & Thornicroft, G. (2013). Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i> , 22, 255-262. Doi: 10.1017/S2045796012000571
MEDLINE 01.11.2018	(mental illness or mental disorder or psychiatric illness or psychiatric disease or psychiatric patient*) AND (emergency department or emergency room or casualty or emergency ward) AND (perception or attitude or apperception) AND (nurse or nurses or nursing or nursing staff)	13	4	Kerrison, S. A., & Chapman, R. (2007). What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department. <i>Accident and Emergency Nursing</i> , 15, 48-55. Doi: 10.1016/j.aen.2006.09.003
PubMed 04.11.2018	((((mental illness or mental disease or mental disorder or psychiatric disease or psychiatric patient*)) AND (nurse* or nursing staff)) AND (perception or attitude)) AND (emergency room or emergency department or casualty department)	181	4	Weiland, T. J., Hill, N., Gerdtz, M. F., & Jelinek, G. A. (2011). Optimal management of mental health patients in Australian emergency departments: Barriers and solutions. <i>Emergency Medicine Australasia</i> , 23, 677-688. Doi: 10.1111/j.1742-6723.2011.01467.x

Anhang B: Zusammenfassungen der Studien

AICA-Tabellen

Hilfstabelle zum Arbeits-Instrument für ein Critical Appraisal (AICA)

Referenz: Studie von A. van Nieuwenhuizen, C. Henderson, A. Kassam, T. Graham, J. Murray, L. M. Howard und G. Thornicroft, erschienen 2013

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen</p> <p>Menschen mit psychischen Erkrankungen sterben früher und haben höhere Raten an Komorbiditäten verglichen mit dem Rest der Bevölkerung. Ein Faktor, der damit zusammenhängt, und auch Veränderungen, z.B. Herz-/Kreislaufbeschwerden, begünstigen kann, ist derjenige der Diskriminierung, die immer noch gegenüber psychisch Kranken herrscht, auch auf Seiten des Gesundheitspersonals. Eine Form der Diskriminierung ist das „diagnostic overshadowing“, also die Fehlattribution eines physischen Symptoms zu einer vorbestehenden psychischen Erkrankung.</p> <p>Psychisch kranke Patientinnen und Patienten fühlen sich möglicherweise unwillkommen aufgrund</p>	<p>Design</p> <p>Qualitative Studie</p> <p>Durchführungsort war eine Notfallabteilung.</p> <p>Sample</p> <p><u>Rekrutierung:</u> ?</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - jeder qualifizierte Arzt und jede qualifizierte Ärztin, Pflegende und „nurse practitioner“ mit Patientinnen- und Patientenkontakt in der Notfallabteilung, ausser Spezialisten für psychische Gesundheit - es sollte sich um eine proportionale Anzahl Teilnehmender der verschiedenen Berufsgruppen handeln <p><u>Beschreibung des Samples:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 25 Mitarbeitende wurden interviewt; 15 Pflegende, 2 nurse practitioners, 8 Ärzte/Ärztinnen. Pflegende wurden zusammengefasst, folglich 17 Pflegende (14 weiblich, 3 männlich). 15 davon galten als Senioren (5 Jahre oder mehr Berufserfahrung), 2 als Junioren (weniger als 5 Jahre Berufserfahrung). Von den Ärzten/Ärztinnen waren 2 weiblich und 6 	<p>Erkennen von diagnostic overshadowing</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic overshadowing wurde von der Mehrheit als ein signifikantes Phänomen gesehen - Zitat eines Arztes, dass er sich sicher ist, dass viele Angestellte das geschilderte Leiden eines Patienten oder einer Patientin mit einer psychiatrischen Diagnose als übertrieben dargestellt empfinden (als Teil der psychischen Erkrankung) - Zitat eines Arztes, in dem ein Fall geschildert wird, in welchem eine Patientin mit einer psychischen Erkrankung nach Hause geschickt wurde, weil ihr Verhalten mit ihrer Erkrankung einen Zusammenhang zu haben schien - Diese Frau verstarb später <p>Mögliche beisteuernde Faktoren für diagnostic overshadowing</p> <p>Es wurden 8 Kategorien bestimmender Faktoren wahrgenommen, die im Folgenden vorgestellt werden. Pro Kategorie finden sich stichpunktartig der Inhalt der Zitate der Teilnehmenden, sowie Anmerkungen der Autorenschaft.</p> <p><u>Probleme eine Anamnese zu erhalten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 95% der Diagnose sei in der Anamnese der betroffenen Person zu finden 	<p>Zusammenfassung der Ergebnisse</p> <p>Diese Studie erforscht die Perspektive von Klinikern bezüglich Barrieren und Unterstützungsfaktoren für korrekte Diagnosestellungen physischer Erkrankungen bei Patienten und Patientinnen mit psychiatrischer Geschichte.</p> <p>Die Teilnehmenden, welche diagnostic overshadowing anerkannten, hielten die sich herauskristallisierten Barrieren als wahrscheinliche mitbestimmende Faktoren für diagnostic overshadowing. Weiterhin sahen sie die Barrieren als die Pflegequalität reduzierende Faktoren.</p> <p><u>Barrieren bei Diagnosestellung:</u></p> <p>Mangelndes Wissen/Kenntnisse</p> <p>Einstellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negative Einstellungen gegenüber regelmässigen Wiederkehrern und Substanzabhängigen vereinen sich mit dem Stigma psychischer Krankheit; beson-

<p>herrschender Einstellungen des Personals oder der Ausrichtung der Institution auf physisches Leiden. Sie könnten organisatorische oder kommunikative Schwierigkeiten haben, um Termine regelmässig wahrzunehmen oder dem empfohlenen Behandlungspfad zu folgen.</p> <p>Einer Studie zufolge fühlten sich Betroffene abgestempelt, unabhängig von der Symptomatik, mit welcher sie sich vorstellten.</p> <p>Ziel und Zweck</p> <p>Ziel dieser Studie war es, die Sichtweisen und Erfahrungen des Gesundheitspersonals bezüglich des Erkennens von diagnostic overshadowing als Problem zu erforschen. Weiterhin sollte erforscht werden, welche Faktoren das Auftreten von diagnostic overshadowing wahrscheinlicher und unwahrscheinlicher machen, und was getan werden kann, um das Auftreten zu reduzieren.</p>	<p>männlich, 2 waren Senioren und 6 Junioren. Unter den Teilnehmenden waren verschiedenste Ethnien vorhanden.</p> <p>Datenerhebung</p> <p>Individuelle Tiefeninterviews, die über 3 Monate hinweg im Jahr 2010 stattfanden und zwischen 25 min und 1 h dauerten.</p> <p>Analyse</p> <p>Gewinnen von konzeptionellen Erkenntnissen bezüglich des Phänomens des diagnostic overshadowing durch eine Themenanalyse der Erzählungen des Gesundheitspersonals. Transkriptionen wurden durchgeführt, diese wurden gelesen und anschliessend mithilfe der Audio-Aufnahmen auf Exaktheit überprüft. QSR International wurde benutzt um die Kodierung zu vereinfachen und gemeinsame Themenbereiche aus den Gesprächen zu identifizieren. Die Kodierungen wurden von verschiedenen Forschenden durchgeführt.</p> <p>Ethik</p> <p>Die Durchführung der Studie wurde vom Moorfield und Whittington Forschungsethik-Komitee genehmigt. Alle Teilnehmenden gaben ihr Einverständnis für Audio-Aufzeichnungen der Interviews.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laut mehreren Teilnehmenden sei es aufgrund bestehender psychischer Erkrankungen für Patientinnen und Patienten schwierig, Fragen zu beantworten (Apathie, Ablenkung, Nebenwirkungen von Medikamenten) - manche Patientinnen und Patienten benötigen Sedation, was das weitere Assessment gänzlich unmöglich macht <p><u>Probleme bei der Untersuchung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Untersuchung gestaltet sich aufgrund Agitiertheit und Misstrauen als schwieriger <p><u>Mangelndes Wissen des Gesundheitspersonals über psychische Erkrankungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - erzeugt Unwohlsein in der Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen (Arzt) - Ansichten darüber, wie man mit der Situation umgehen sollte, variierten (Kurse, Training oder doch etwas anderes?) <p><u>Umgebungsbedingte Faktoren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - keiner der Teilnehmenden hatte das Gefühl, dass Notfallabteilungen passend für psychisch kranke Patientinnen und Patienten sind. Der Mangel an Privatsphäre und der Lärm wurden als sehr belastend beschrieben - das Bewusstsein um die negativen Auswirkungen der Notfallabteilung auf die psychischen Kranken führte zu Versuchen, die Patientinnen und Patienten schnell zu entlassen oder zu verweisen, wenn das physische Leiden nicht frühzeitig erkannt werden konnte. <p><u>Etikettierung und Stigma</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmende äusserten, dass ihre Art und Weise zu denken von dem Wissen um eine psychische Erkrankung beeinflusst wurde - Man fährt sicherer, wenn man von einer wirklichen Gegebenheit ausgeht, aber ich weiss, dass dies nicht jeder tut- Menschen urteilen (Pfleger) 	<p>ders die Furcht vor psychisch kranken Menschen und die Unterscheidung machen zwischen „wirklich“ physischen Symptomen und denen, die nicht wirklich als solche zu werten sind.</p> <p>Stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> - verschieden Teilnehmer bezüglich Profession, Berufserfahrung, Geschlecht und Ethnie - Integrierung mehrerer Forscher in die Datenanalyse - es wurden Faktoren identifiziert, welche die Diagnosestellung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen erschweren. Weiterhin wurde gezeigt wie diese Faktoren aus Sicht Betroffener einen Bezug zum diagnostic overshadowing haben. <p>Limitationen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Ausmass der Beeinflussung der jeweiligen Barrieren konnte nicht genau bestimmt werden - Da die Studie in einer einzigen Notfallabteilung durchgeführt wurde, ist es möglich, dass die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden können <p>Implikationen für Politik</p> <p>Diese Arbeit soll zu Empfehlungen für Veränderungen in der Ausbildung/Training von Notfall-Personal, sowie dem Umgang mit Menschen</p>
---	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Etikettierungen spielten eine wichtige und negative Rolle in der Beeinflussung des diagnostischen Prozesses - Selbst, wenn Patientinnen und Patienten noch keine psychiatrische Diagnose hatten, sich aber mit psychisch bedingt anmutenden Symptomen präsentierten, so sagte man, dass dies die Kliniker von den vorgestellten physischen Beschwerden ablenkte - Neben der Etikettierung „psychisch krank“ gab es zwei weitere, welche mit Stigma assoziiert wurden, nämlich „frequent attenders“ (häufige Anwesende/Wiederkehrer) und „substance abusers“ (Substanzabhängige) <p><u>Angst vor Gewalt und Vermeidung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Angst vor psychisch kranken Patientinnen und Patienten wurde mit Vermeidung in Verbindung gebracht, was wiederum dazu führte, dass diese Patientengruppe weniger informiert über ihre Behandlung war <p><u>Zeitdruck</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Der häufigste diskutierte Umgebungsfaktor war derjenige des Zeitdrucks <p><u>Fehlende Umsetzung parallel mit der Psychiatrie zu arbeiten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmende identifizierten die Zusammenarbeit zwischen der Notfallabteilung und der psychiatrischen Abteilung als besten Weg Menschen mit psychischen Erkrankungen zu behandeln 	<p>mit psychischen und physischen Erkrankungen auf Notfallstationen, führen</p> <p>Implikationen für Forschung</p> <p>Es gibt zwei Richtungen, in die man im Anschluss an diese Studie gehen kann. Die eine wäre die Möglichkeit einer Fallstudie, welche sich mit diagnostic overshadowing auseinandersetzt. Die Ergebnisse könnten dazu dienen Interventionen für die Ausbildung zu entwickeln.</p> <p>Die andere wäre, dass man noch einmal die Faktoren, welche zu diagnostic overshadowing führen, untersucht. Dies könnte man mit einem quantitativen Studiendesign erforschen.</p>
--	--	---	--

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Der rote Faden in der Einleitung ist klar ersichtlich, der Aufbau verständlich und regelrecht. Die Überleitung des psychischen Einflusses auf die Physis zur Kernthematik (diagnostic overshadowing), mit welcher sich in der Studie auseinandergesetzt wird, erfolgt eher abrupt und wirkt dementsprechend etwas konstruiert.</p> <p>Es wurde viel Bezug zu bestehender Literatur genommen, was als positiv zu werten ist. Trotzdem scheint es inhaltlich etwas knapp.</p> <p>Das Ziel der Arbeit ist klar und präzise formuliert, die Relevanz dessen erläutert. Es handelt sich um eine bedeutsame Fragestellung und laut Autorenschaft der Studie auch um eine, zu welcher in der Literatur bis jetzt kaum bis gar nicht geforscht wurde.</p>	<p>Design Das Forschungsdesign wird nicht näher erläutert, d.h. um welche Art Studie es sich handelt. Die Durchführung von Tiefeninterviews scheint eine geeignete Methode zur Untersuchung des geschilderten Themenbereichs zu sein. Was auch positiv anzumerken ist, ist die Darstellung des Inhalts der gestellten Interviewfragen und die Erläuterung der Gedanken, welche sich die Forschenden rund um die Interviews machten. Die Vorgehensweise scheint nachvollziehbar. Zum Durchführungsort ist praktisch keinerlei Information gegeben. Das Setting wird nicht beschrieben. Dies ist eine Schwäche des Methodenteils dieser Studie.</p> <p>Keine Angaben zur Rekrutierung - lediglich, dass die Teilnehmenden „eingeladen“ wurden. Anscheinend gab es 5 Drop-Outs, Reduktion von 30 auf 25 Teilnehmende. Auch hierzu keiner genauere Information.</p> <p>Sample Das Sample ist sehr genau und detailliert beschrieben. Es werden verschiedene Berufsgruppen, also Pflegenden, Ärzte und „nurse practitioner“ involviert. Es kommen sowohl Männer als auch Frauen unter den Teilnehmenden vor. Es handelt sich um Menschen, die unmittelbar am untersuchten Phänomen beteiligt sind.</p> <p>Es handelt sich um eine eher kleine Untersuchungsgruppe.</p> <p>Analyse Das Analyseverfahren ist klar und nachvollziehbar beschrieben. Die Transkriptionen wurden nach der Verfassung nochmal mit den Tonaufnahmen abgeglichen und auf Genauigkeit geprüft, was positiv ist und möglicherweise Missverständnisse aufdeckt oder verhindert.</p> <p>Ethik Ethische Genehmigung, sowie das Einverständnis der Teilnehmenden zu Tonaufnahmen, wurde eingeholt.</p>	<p>Bezüglich des Ergebnisteils lässt sich konstatieren, dass dieser eine reichhaltige Fülle an Informationen bietet. Durch die Kategorisierungen bzw. Bildung verschiedener Überthemen gestaltet sich der Ergebnisteil für die Leser übersichtlich und nachvollziehbar.</p> <p>Inhaltlich nehmen die Aussagen der Ärzteschaft, wie nach der Auseinandersetzung mit Abstract, Einleitung und Methodik zu erwarten war, einen grossen Anteil ein. Dies ist hinsichtlich der Verwendung für unsere Bachelorarbeit weniger geeignet, da sich diese auf die Einstellungen Pflegender fokussiert. Das Wort „clinician“ ist für die Leserschaft unklar definiert. Handelt es sich hier ausschliesslich um Ärzte oder sind auch Pflegende gemeint? Vermutlich beides.</p>	<p>Die Interpretationen leisten einen wesentlichen Beitrag zum besseren Verständnis der Sachlage. Die Stärken, aber auch Limitationen, sind klar ersichtlich. Die Autoren geben keine un-nachvollziehbare Aussagekraft an, die Aussagen stimmen mit dem Eindruck der Verfasser dieser Literaturliteratur überein. Die Forschungsfrage wurde tatsächlich untersucht, die Ergebnisse liefern bedeutsame Hinweise. Wie die Autorenschaft erwähnt, wäre es aber noch wichtig das Ausmass des Einflusses zu untersuchen, den die Barrieren haben. Da dies jedoch nicht das primäre Ziel dieser Studie war, ist den Forschenden kein Vorwurf zu machen.</p> <p>Die Implikationen, welche im Diskussionsteil gemacht werden, sind sinnvoll. Es wird aufgezeigt, dass diese Studie eigentlich erst der Beginn der Auseinandersetzung mit dem diagnostic overshadowing ist, also noch viel Forschungsbedarf besteht.</p>

Zusammenfassende Gesamteinschätzung: Die Einleitung der Studie deckt die wichtigsten Bereiche ab, liefert hilfreiche Definitionen und Erklärungen zu später noch relevanten Begriffen, ist jedoch etwas knappgehalten. Was die Methodik anbelangt, so scheint die gewählte Vorgehensweise (Durchführung von Tiefeninterviews) geeignet. Der Ergebnisteil bietet eine reichhaltige Fülle an relevanten Informationen. Es gibt jedoch verschiedene Punkte, welche die Aussagekraft

der Studie limitieren, auch in Bezug auf den Gebrauch für unsere Bachelor-Arbeit: Anzahl Teilnehmender, Dauer der Interviews, mangelnde Informationen über das Setting, mangelnde Informationen über die Rekrutierung, gemischtes Sample (Pflege, Ärzteschaft).

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln/Guba:

Positives wird mit + und Negatives mit – gekennzeichnet

- + Ethische Genehmigung wurde eingeholt
- + Verwendung von Zitaten mit jeweils einleitenden Inputs
- + Studie grundsätzlich gut wiederholbar. Es hätten jedoch mehr Informationen gegeben werden müssen (Setting, Rekrutierung), um dies mit Sicherheit beurteilen zu können
- + Die Limitationen der Studie werden aufgezeigt
- + nachvollziehbare Datenanalyse
- + Inhalte der Fragestellungen der Interviews werden erwähnt, Überlegungen der Autoren diesbezüglich auch
- Anzahl Teilnehmender eher gering (25 Teilnehmende, davon 17 mit Pflege-Hintergrund)
- keine Information über Rekrutierung
- keine genaueren Informationen über das Setting
- kurze Interviews (teilweise nur 25 min)
- keine Erwähnung von Triangulation

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Evidenzlage der Studie lässt sich dem untersten Niveau der 6S Pyramide nach DiCensio zuordnen.

Bewertung nach Lincoln und Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung): Eine Stärke der Studie liegt darin, dass eine Vielzahl Forschender in den Analyse-Prozess involviert war. Um eine möglichst exakte Übereinstimmung der Aussagen der Teilnehmenden zu garantieren, wurden die Transkripte direkt nach der Verschriftlichung gelesen und mit den Audio-Aufnahmen verglichen.

Es ist keine Reflexion potenzieller Voreingenommenheit und damit einhergehender Bias seitens der Forschenden ersichtlich. Es fand kein Audit durch eine externe Person statt.

Dependability (Zuverlässigkeit): Der Forschungspfad ist klar und detailliert beschrieben. Die Inhalte der Fragestellungen werden offengelegt. Die Autoren der betreffenden Studie geben im Kapitel *Data collection* Einblicke in die Gedanken, welche sie sich gemacht haben. Im Prozess der Datenanalyse wurden Transkripte und Kodierungen von verschiedenen Forschenden gegengelesen. Eine Prüfung der Datenanalyse oder der Ergebnisse durch ein hochschulinternes oder externes Gremium ist nicht gegeben.

Credibility (Glaubwürdigkeit): Die Vorgehensweise und die Ergebnisse scheinen glaubwürdig. Die getätigten Aussagen sind für die Leserschaft verständlich und nachvollziehbar. Es fand weder eine Triangulation noch ein Member-Checking statt.

Transferability (Übertragbarkeit): Die Ergebnisse werden übersichtlich präsentiert. Es werden jeweils Zitate Teilnehmender nach einführenden und zusammenfassenden Inputs gezeigt. Die Forschenden entschieden sich bewusst für eine möglichst vielfältige Stichprobe, was Erfahrung, Ethnie, Alter und Geschlecht anbelangte. Es wurde auch die Ärzteschaft inkludiert, was bei der Übertragbarkeit zu berücksichtigen ist. Genauere Informationen zur Rekrutierung der Teilnehmenden liegen nicht vor. Dementsprechend liegt möglicherweise ein Selbst-Auswahl-Bias vor. Ausserdem wurde die Studie auf nur einer Notfallstation durchgeführt.

Hilfstabelle zum Arbeits-Instrument für ein Critical Appraisal (AICA)

Referenz: Studie von Larry Dean Plant und Jane H. White, erschienen 2013

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen</p> <p>Häufig kommen Patientinnen und Patienten mit psychischen Gesundheitskrisen in die Notfallabteilung. Die Notfallpflegenden sind jedoch in erster Linie dafür geschult, Menschen mit physischen Problemen einzuschätzen und zu behandeln. Bisher wird in der Literatur nur sehr wenig über die Erfahrungen, welche Notfallpflegende mit psychisch kranken Patientinnen und Patienten machen, beschrieben. Bestehende Studien geben jedoch Hinweise auf die Sorgen Pflegender, wie z.B. mangelnde Schulung und Vorbereitung, sowie Angst vor der Betreuung psychisch kranker Menschen. Der Anstieg von Notfallabteilungs-Besuchen generell sowie der Anstieg psychischer Gesundheitskrisen-induzierter Besuche in den letzten Jahren, unterstreicht den Bedarf an Forschung bezüglich der Erfahrungen Notfallpflegender.</p> <p>Ziel und Zweck</p> <p>Das Ziel der Studie ist es, die Perspektive Notfallpflegender in Bezug auf ihre Erfahrungen mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten zu untersuchen mit dem Zweck dieser Patientengruppe die beste Behandlung gewähr-</p>	<p>Design</p> <p>Qualitatives Forschungsdesign; die Forschenden nutzten ein Fokusgruppen-Format.</p> <p>Durchführungsort der Studie war ein mittelgrosses Allgemeinkrankenhaus. Es wurde bewusst ein Spital ausgewählt, das über keine psychiatrische Notaufnahme verfügt.</p> <p>Sample</p> <p><u>Rekrutierung:</u> Um auf die Studie aufmerksam zu machen, wurden Flyer in der Notaufnahme ausgelegt und per E-Mail versendet. Sofern Pflegende Interesse haben sollten, konnten sie sich bei den Forschenden melden. Anschliessend wurden ein Datum und eine Zeit vereinbart, um die Studiendetails zu besprechen und mögliche Daten für die Gruppenteilnahme zu vereinbaren.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> Registrierte Pflegende mit mindestens 6-monatiger Erfahrung (auch „Pool-Pflegende“) auf der Notfallabteilung im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen.</p> <p><u>Beschreibung des Samples:</u> Es wurden 4 Fokusgruppen gebildet. Von diesen 4 Fokusgruppen beinhalteten 2 Gruppen 2 Teilnehmende und 2 Gruppen 3 Teilnehmende. Es handelte sich ausschliesslich</p>	<p>Anhand der in den Interviews getätigten Aussagen wurden Unterkategorien gebildet und diesen entsprechende Kategorien zugeordnet. Im Anschluss wurden die Unterkategorien in finale Themen umgeformt und die Kategorien angepasst.</p> <p>Als dominierender Begriff kristallisierte sich Machtlosigkeit heraus.</p> <p>Es werden im Ergebnisteil 4 Themen angeschaut, welche jeweils kurz beschrieben und mit Zitaten untermauert werden. Es handelt sich hierbei um die Themen: sich den Herausforderungen stellen, das Kämpfen mit den Herausforderungen, unbewegliche Barrieren, und Versinken in Hoffnungslosigkeit und Suche von Entschlusskraft.</p> <p><u>Thema 1: Sich der Herausforderung stellen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Egal welches Alter, welche Erfahrung, welche Fähigkeiten die Pflegenden haben, die Triagierung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Leiden sei im Gegensatz zu Patientinnen und Patienten mit physischen Leiden immer sehr herausfordernd gewesen - es war aus Sicht Pflegender nicht immer klar, ob sich die psychisch kranken Patientinnen und Patienten wirklich auf- 	<p>In diesem Teil wird noch einmal der Begriff der Machtlosigkeit, welcher sich als wichtigster Begriff herauskristallisierte, aufgegriffen und genauer definiert. Es handelt sich dabei um einen Begriff, welcher bereits gut in der Pflegeliteratur studiert ist. Machtlosigkeit kann man in diesem Studienkontext in strukturelle und psychologische Machtlosigkeit einteilen.</p> <p>Strukturelle Machtlosigkeit = Fehlen eines Pflege-Experten für Psychiatrie, Fehlen eines speziellen Ortes für die Unterbringung psychisch kranker Patientinnen und Patienten, Bedarf an Wissen und möglichen Ressourcen wie Unterricht</p> <p>Psychologische Machtlosigkeit = Mangel persönlicher Effizienz oder Motivation, Unwissenheit, kein Hintergrund, um psychiatrische Pflege betreiben zu können, Mangel an Fähigkeiten (Interventionen), Unkenntnis über geeignete Interventionen, nicht den Grund des Aufenthalts der Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme kennen, wenig Zeit, kein Erfolgsgefühl nach</p>

<p>leisten zu können. Dabei sollen die Erfahrungen erforscht, beschrieben und interpretiert werden.</p> <p>Theoretischer Hintergrund</p> <p>Der grosse Anteil der bestehenden Literatur fokussiert sich auf die Schwierigkeiten und Herausforderungen. Im theoretischen Hintergrund dieser Studie werden zwei Hauptthemenbereiche beleuchtet: <i>Wissen, Fähigkeiten und Kompetenz</i> und die <i>Einstellungen der Pflegenden gegenüber Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen</i></p> <p><i>Wissen, Fähigkeiten und Kompetenz</i></p> <p>Studien haben erwiesen, dass Notfallpflegende einen Mangel an Wissen und Fähigkeiten bezüglich der Pflege von psychiatrischen Patientinnen und Patienten aufweisen. Unter anderem wurde die Genauigkeit der pflegerischen Triagierungen untersucht: Es zeigte sich, dass, während die Genauigkeit bei medizinischen Patientinnen und Patienten hoch war, diejenige von Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich geringer war.</p> <p><i>Einstellungen Notfallpflegender gegenüber psychiatrischen Patientinnen und Patienten</i></p> <p>Bezüglich dieser Thematik wurde bisher nur sehr wenig Forschung betrieben. Die meisten Berichte beziehen sich auf die Einstellungen von «<i>general nurses</i>» und nicht von Notfallpfle-</p>	<p>um Frauen. Es wurden über einen Zeitraum von 6 Wochen Interviews innerhalb dieser Gruppen geführt.</p> <p>Datenerhebung</p> <p>Es wurde ein Interview-Leitfaden vom Erstautor entwickelt.</p> <p>Die Fokusgruppen-Interviews wurden alle im selben Spital und im selben Raum geführt. Sie dauerten durchschnittlich 1 ½ Stunden.</p> <p>Alle Fokusgruppen-Gespräche wurden per Aufnahmegerät aufgezeichnet. Umfangreiche Notizen wurden gemacht, um chronologische Ereignisse und objektive Erfahrungen festzuhalten, wie zum Beispiel Reaktionen von Teilnehmenden oder die Intensität bestimmter diskutierter Themenbereiche. Forschende protokollierten die Lebhaftigkeit der Diskussion sowie Eindrücke aus der nonverbalen Kommunikation der Teilnehmenden.</p> <p>Analyse</p> <p>Die Daten der Fokusgruppen wurden kodiert, kategorisiert und analysiert, dies mithilfe von Inhaltsanalyse und vergleichender Methoden („comparison methods“).</p> <p>Für die Analyse wurde sich der Methode von Krueger und Casey (2009) bedient, welche mehrere Schritte beinhaltet.</p> <p>Ethik</p> <p>Die Erlaubnis für die Miteinbeziehung von Menschen in die Studie wurde sowohl von der Universität des Erstautors gegeben</p>	<p>grund akuter Symptomatik oder aufgrund der Suche nach Aufmerksamkeit in Behandlung begaben</p> <ul style="list-style-type: none"> - man sähe kein Resultat bei der Behandlung psychisch kranker Menschen im Vergleich zu physisch Kranken. - Mangel an Wissen und Fähigkeiten in Sachen Diagnostik und Behandlung - Patientinnen und Patienten werden als manipulativ angesehen, sie würden das System oder Personal ausnutzen. <p><u>Thema 2: Das Kämpfen mit den Herausforderungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - dieses Kämpfen wird folgendermassen definiert: sich nicht des Ausmasses der Effektivität der eigenen Kommunikation bewusst sein, kein Feedback seitens der Betroffenen zu erhalten, sich nicht der Langzeitwirkungen bewusst sein, welche psychische Erkrankungen auf Patientinnen und Patienten haben - viele Teilnehmende sagten, dass sie ihr bestes für die Patientinnen und Patienten geben würden, unter Benutzung all ihrer Fähigkeiten und Erfahrungen - für viele Pflegende ist unklar, ob das was sie für diese Patientengruppe tun, hilfreich ist - limitierte Fähigkeiten, Unsicherheit - Angestellte mit längerer Berufserfahrung äusserten, dass sie im Laufe der Zeit ein besseres Verständnis für die Bedürfnisse Betroffener entwickelten. Sie äusserten weiterhin, dass sie das 	<p>Behandlung („sie kommen ja wieder“)</p> <p>Limitationen</p> <ul style="list-style-type: none"> - nur 41% der Notfallpflegenden dieser Institution nahmen an der Studie teil - sehr geringe Teilnehmerzahl - Für eine wirkliche Fokusgruppe hätte es 5 Leute benötigt - Bei weniger Teilnehmern kommt eine weniger grosse Bandbreite verschiedener Erfahrungen hervor <p>Implikationen</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine spezifische Art von Ausbildung in einem Face-to-Face-Format, rund um psychiatrische Themen - einen Pflege-Ausbildner als Alternative zu einem Psychiatrie-Pflege-Experten in der Notaufnahme - der Aufruf für ein separates psychiatriespezifisches Areal in der Notaufnahme für Menschen mit psychischen Erkrankungen - regelmässige Ausbildung und regelmässiges Training für Kriseninterventionen, Triagierungs- und Assessmentskills
---	---	--	---

<p>genden. Eine ältere Studie aus Australien zeigte, dass Triage-Pflegende dazu tendierten, die Dringlichkeit an Pflegebedarf geringer einzuschätzen als bei medizinischen oder chirurgischen Patientinnen und Patienten.</p> <p>Andere Autorinnen und Autoren berichteten, dass Patientinnen und Patienten mit vagen Symptomen, die ein längeres Assessment erforderten, den normalen Arbeitsrhythmus in der Notaufnahme unterbrechen können. Dies kann Gefühle von Unzulänglichkeit unter dem Personal auslösen, dessen Expertise sich mehr auf medizinische und chirurgische Aspekte beschränkt.</p>	<p>als auch von der zuständigen Ethikkommission des Spitals, in dem die Studie durchgeführt wurde. Teilnehmende wurden im Vorfeld ausführlich über die Studie aufgeklärt, auch über Risiken und Vorteile. Dies geschah sowohl mündlich als auch schriftlich. Die Freiwilligkeit und Anonymität im Falle einer Teilnahme wurde klar kommuniziert.</p>	<p>„bigger picture“ sähen; die Fähigkeit nicht zu urteilen/verurteilen und die Fähigkeit sich verschiedener Interventionen zu bedienen, um den Patientinnen und Patienten das Gefühl von Sicherheit, Wohlbefinden und Fürsorge zu vermitteln.</p> <p><u>Thema 3: Unbewegliche Barrieren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - verschiedene Bedenken und Problem- punkte aus Sicht Pflegender: der Bedarf an Unterbringung und Privatsphäre aller triagierten Patientinnen und Patienten, das Verlangen nach beständigem Teamwork, die Einhaltung der Grundsätze und Verfahren, die mangelnde Ausbildung, die mangelnde Koordination der Dienstleistungen des interdisziplinären Teams und der Wille nach Unterstützung seitens des Managements - viel in der Diskussion mitschwingende Frustration seitens der Pflegenden; es würde sich ja sowieso nichts ändern - unvorteilhafte Infrastruktur - Bedarf an fortlaufender Bildung und Training (einer der am häufigsten diskutierten Punkte). <p><u>Thema 4: Versinken in Hoffnungslosigkeit und die Suche nach Entschlusskraft</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Während der Diskussion kam eine Stimmung der Hoffnungslosigkeit auf (es wird sowieso nicht besser) 	<p>- Verbesserung der Zuversicht und Kompetenz der Mitarbeitenden, um diese zu „bemächtigen“</p> <p>Schlussfolgerung</p> <p>Notfallpflegende sehen sich aufgrund mangelnden Wissens und mangelnder Ausbildung nicht in der Lage Patientinnen und Patienten, welche sich in der Notaufnahme aufgrund eines psychischen Leidens vorstellen, adäquat aufzunehmen/ zu beurteilen, eine Diagnose zu stellen und zu managen/betreuen.</p> <p>Dies ist insofern beunruhigend, als ein schlechter Umgang mit dieser Patientengruppe zu Komplikationen, Fehldiagnostik, Vermeidung durch das Personal, sowie schlechten Outcomes führen kann.</p> <p>Es ist wichtig, dass alle Mitarbeitenden der Notfallmedizin regelmäßig Zugang zu Trainingsmöglichkeiten bekommen, um besser in der Wahrnehmung der Bedürfnisse psychisch kranker Patientinnen und Patienten zu werden.</p> <p>Um Pflegende zu bemächtigen, ist es wichtig sie in Entscheidungsprozesse miteinzubeziehen.</p>
---	--	--	---

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Es handelt sich um ein pflegerisch relevantes Thema. Dies wird durch den Zuwachs an Notfallbehandlungen, sowie der Zunahme an sich in Behandlung begebender psychiatrischer Patientinnen und Patienten durch die Autorschaft begründet. Ausserdem wird der Bedarf mit der bisher mangelnden Forschung in diesem Bereich begründet.</p> <p>Durch das der Einleitung angeknüpfte Literatur-Review wird der Leserschaft ein guter Überblick über die bisherigen Erkenntnisse geliefert. Es werden ausserdem Mängel der bestehenden Literatur aufgeführt, die zum Beispiel wären, dass es bisher überwiegend Studien quantitativer Art zu diesem Thema gibt, welche sich nicht für die Untersuchung der Erfahrungen Pflegender eignen.</p> <p>Das Forschungsziel ist klar definiert, wenn auch erst im Methodenteil, was eher unüblich ist.</p>	<p>Design</p> <p>Die Verwendung des Fokusgruppenformats grundsätzlich geeignet. Die Auswahl des Fokusgruppenformats wird folgendermassen begründet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Auseinandersetzung mit einem schwierigen/kontroversen Thema ist oft einfacher in Anwesenheit von Kollegen - Individuen, die sich gegenseitig bekannt sind, erweitern oft die Kommentare der anderen oder geben gegensätzliche Blickwinkel, welche sowohl für Breite, als auch für Tiefe sorgen können. <p>Aus diesen Gründen habe man von individuellen Interviews abgesehen. Die Begründung ist nicht unbedingt einleuchtend, denn möglicherweise fühlen sich Mitarbeitende im Gruppenformat unter Druck gesetzt gewisse Meinungen zu teilen.</p> <p>Fragen wie sie im Interview vorkamen, wurden erwähnt.</p> <p>Die Studie wurde nur in einem Spital durchgeführt, was die Verallgemeinerbarkeit relativiert. Bezüglich des Settings lässt sich aber positiv vermerken, dass sich bewusst für ein Spital entschieden wurde, welches über keine Notfallstation verfügt. Die Autorschaft hielt dies für bedeutsam. Die Auswahl des Settings ist nachvollziehbar begründet.</p> <p>Sample</p> <p>Es handelt sich um eine sehr geringe Anzahl Teilnehmender. insgesamt nur 10 Leute.</p> <p>Es wurden 6 Monate Notfallerfahrung als Ein- und Ausschlusskriterium genommen, da die Forschenden fanden, dass man mit unter 6 Monaten Erfahrung nicht genug gesehen hätte, um das Forschungsthema diskutieren zu können. Wieso genau 6 Monate ist nicht begründet. Auch Pflegende aus dem „Pool“ sind darin inkludiert, was das Ausmass der Erfahrungen dieser Pflegenden-Gruppe noch weniger vergleichbar macht.</p>	<p>Die Ergebnisse scheinen aufgrund einer kunstvollen und präzisen Analyse entstanden zu sein. Die Ergebnisse wurden in 4 Hauptbereiche gegliedert. Es wurde sich sehr genau mit den Aussagen der Teilnehmenden auseinandergesetzt. Es wurde kodiert und kategorisiert, Kernpunkte herausgearbeitet und somit versucht eine möglichst grosse Aussagekraft zu bieten. Die Kategorien muten logisch und konsistent an.</p> <p>Die Ergebnisse erweitern die Vorstellungen rund um die Erfahrungen mit psychisch kranken Patientinnen und Patienten. Sie geben Hinweise darauf, was in den Köpfen Angestellter vorgeht, welche in Kontakt mit dieser Patientengruppe treten. Es handelt sich aber mehr um Eindrücke als um Fakten, dies aufgrund des gewählten Designs, als auch der geringen Teilnehmeranzahl.</p>	<p>Die Interpretation der Ergebnisse scheint nachvollziehbar. Limitationen, welche in der Studie besonders im Kontext der Aussagekraft der Resultate, wichtig sind, werden genannt. Diese scheinen mir jedoch etwas untertrieben dargestellt. Es handelt sich um eine ausgesprochen kleine Anzahl Teilnehmender, weshalb die Verallgemeinerbarkeit der Resultate sehr kritisch beäugt werden muss. Die Autorschaft der vorliegenden Studie erweckt den Anschein als würden sie bei der Auswertung ihrer Resultate faktisches Wissen vorbringen wollen, was in Anbetracht des gesamten Studiendesigns etwas verwegen scheint.</p> <p>Die Diskussion gestaltet sich ansonsten als sehr ausführlich. Viele verschiedene Aspekte werden berücksichtigt, auch Bezug zur Literatur genommen. Die Bedeutung von für die Leserschaft möglicherweise noch unklaren Wörtern wird noch einmal erläutert, was positiv ist.</p> <p>Die Schlussfolgerung beinhaltet wichtige Aspekte. Es wird aber ersichtlich, was auch von der Autorschaft erwähnt wird, dass weitere Forschung in diesem Gebiet erforderlich ist.</p>

	<p>Es handelt sich ausschliesslich um Frauen. Möglicherweise würden die Meinungen von Männern divergieren.</p> <p>Datenerhebung Es wurde nicht nur der Inhalt der Diskussion, sondern auch Non-verbales und die Gruppendynamik schriftlich festgehalten, was positiv ist. So gingen keine wichtigen Eindrücke verloren, welche man während der Gespräche bekam.</p> <p>Analyse Die Daten-Analyse ist detailliert und nachvollziehbar festgehalten.</p> <p>Ethik Die ethische Genehmigung zur Durchführung der Studie wurde eingeholt.</p>	<p>Die Tabellen helfen die doch eher komplexe und schwierig verständliche Beschreibung des Analyseverfahrens im Resultatteil nachvollziehen zu können.</p>	
--	--	--	--

Zusammenfassende Gesamteinschätzung: Die Autorenschaft vermittelt der Leserschaft eine gute Übersicht über die bisherige Forschungslage, dies mithilfe des der Einleitung folgenden Literatur-Reviews. Datensammlung- und Analyse sind nachvollziehbar dargestellt. Was die Ergebnisse anbelangt, so sind diese zwar reichhaltig, jedoch aufgrund verschiedener Faktoren in ihrer Aussagekraft bzw. Verallgemeinerbarkeit zu hinterfragen.

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln/Guba:

Positives wird mit + und Negatives mit – gekennzeichnet

- + Triangulation vorhanden: So wurden die Interviews aufgenommen, gleichzeitig aber auch Eindrücke aus der nonverbalen Kommunikation festgehalten
- + Ethische Genehmigung wurde eingeholt. Weiterhin wurden die Teilnehmenden im Vorfeld aufgeklärt informiert und Anonymität zugesichert
- + Verwendung von Zitaten mit jeweils einleitenden Inputs
- + Die Studie ist vom Design her so ausgerichtet, dass sie in einem ähnlichen Setting wieder durchgeführt werden könnte
- + Tabellarische und weitere graphische Darstellungen zur Veranschaulichung der Ergebnisse
- Studie wurde in nur einer Notfallstation durchgeführt
- Geringe Anzahl Teilnehmender, kleine Fokusgruppen (10 Teilnehmende)
- ausschliesslich Frauen unter den Teilnehmenden
- Die Erfahrungen der Teilnehmenden mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten variiert möglicherweise stark, besonders unter Berücksichtigung der Tatsache, dass auch Pflegende aus dem Pool inkludiert wurden

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Evidenzlage der Studie lässt sich dem untersten Niveau der 6S Pyramide nach DiCensio zuordnen.

Bewertung Lincoln und Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung): Die Autorin und der Autor lasen die Transkripte durch und kodierten diese unabhängig voneinander. Weiterhin wurde während des Prozesses ein externer Experte für qualitative Methodenforschung hinzugezogen, von dem die Kodierungen, Kategorien sowie die festgelegten Subkategorien validiert wurden. Bias durch potenzielle Voreingenommenheit werden seitens der Forschenden nicht thematisiert.

Dependability (Zuverlässigkeit): Datensammlung- und Analyse sind nachvollziehbar dargestellt. Im Kapitel *Purpose and Design* wird die Vorgehensweise der Autorenschaft begründet. Die Hauptfragen, aus welchen sich die Diskussionen ergaben, werden offengelegt. Es fand keine Prüfung der Datenanalyse und der Ergebnisse seitens eines hochschulinternen oder externen Gremiums statt.

Credibility (Glaubwürdigkeit): Es wurde trianguliert. Die Fokusgruppeninterviews wurden aufgenommen. Am Ende jeder Diskussion wurden Notizen zu den Beobachtungen, welche während der Gespräche gemacht wurden, festgehalten. Dazu gehörten die Reaktionen der Teilnehmenden, die Intensität, mit der Themen diskutiert wurden und die allgemeine Lebhaftigkeit der Diskussionen. Die Autoren der betreffenden Studie begründen die Unterlassung des Member-Checkings damit, dass dies kein Bestandteil der von ihnen angewendeten Methode von Krueger und Casey (2009, Quelle) ist. Sie führen jedoch an, dass es am Ende jeder Fokusgruppe eine Zusammenfassung und Schlussfolgerung der Diskussion gab und dies eine Möglichkeit für die Teilnehmenden darstellte, weitere Gedanken zu teilen oder Kommentare abzugeben.

Transferability (Übertragbarkeit): Die Ergebnisse sind nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt. Weiterhin werden Aussagen Teilnehmender zitiert. Die Ausführlichkeit der Resultate gibt gute Anhaltspunkte dafür, welche weitere Forschung man in diesem Bereich betreiben könnte. Aufgrund der Art und Weise, wie die Rekrutierung von statt ging (Flyer und Versendung von E-Mails) liegt möglicherweise ein Selbst-Auswahl-Bias vor. Was die Übertragbarkeit zusätzlich relativiert ist die geringe Anzahl Teilnehmender (zehn Personen), bei denen es sich zusätzlich ausschliesslich um Frauen handelte, teilweise auch nur Pool-Mitarbeiterinnen. Ausserdem wurde die Studie auf nur einer Notfallstation durchgeführt, wobei anzumerken ist, dass die Autorenschaft sich immerhin bewusst für ein Spital entschied, welches weder über eine psychiatrische Notfallstation noch über psychiatriespezifisch geschultes Personal verfügte.

Hilfstabelle zum Arbeits-Instrument für ein Critical Appraisal (AICA)

Referenz: Studie von Hannah Beks, Christopher Healey und Kate G Schlicht, erschienen 2018

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen Oftmals ist die erste Anlaufstelle für Personen, die an akuten psychiatrischen Problemen leiden, entweder die Notfallabteilung eines Spitals oder eine Notfall-Anlaufstelle (urgent care centre). Diese Institutionen sind jedoch auf somatische Beschwerden spezialisiert. Die Pflegenden, welche in Australien in ländlichen Notfallabteilungen und Notfall-Anlaufstellen tätig sind, haben trotz häufigerer Konfrontation mit Fragestellungen zur psychischen Gesundheit verglichen mit den städtischen Spitälern, weniger Möglichkeiten zur Behandlung dieser (beispielsweise, wenn man den Zugang zu Fachpersonal betrachtet).</p> <p>Australische Studien berichten bezüglich der Erfahrungen „ländlicher“ Pflegenden mit psychischen Gesundheitsfragestellungen von einem Mangel klinischer Fähigkeiten und einem Mangel an Wissen zur psychischen Gesundheit. Auch das Thema Unterstützung</p>	<p>Design Deskriptive qualitative Studie</p> <p>Sample <u>Rekrutierung:</u> Die Teilnehmenden wurden gezielt ausgewählt. Einladungen für eine potenzielle Teilnahme wurden von der Pflegedienstleitung an geeignet scheinende Pflegenden verteilt. Interview-Termine wurden mit der Pflegedienstleitung oder dem Hauptforschenden vereinbart. <u>Einschlusskriterien:</u> Pflegenden, welche in den teilnehmenden Spitälern auf der Notfallabteilung oder Notfall-Anlaufstelle, egal zu welchem Arbeitspensum, arbeiteten. Die Teilnehmenden Institutionen beinhalteten eine ländliche Notfallabteilung und zwei Notfall-Anlaufstellen, welche mindestens 90 km von dem nächsten regionalen Spital mit einer psychiatrischen Station entfernt waren. <u>Ausschlusskriterien:</u> Studierende wurden ausgeschlossen, auch Berufsanfänger. Die Pflegenden hatten alle über zwei Jahre Erfahrung, was jedoch kein Einschlusskriterium war.</p> <p>Insgesamt erfüllten 13 Pflegenden (ausschliesslich Frauen) die Kriterien. Bei den Teilnehmenden handelte es sich um registrierte Pflegerinnen ohne Qualifikationen zur psychischen Gesundheit. Die Mehrheit dieser Pflegerinnen hatten mehr als 10 Jahre Berufserfahrung.</p> <p>Datenerhebung</p>	<p>Meistern von multiplen Notfällen Ungeachtet dessen, ob Psychiatrie-Personal anwesend ist oder nicht, müssen die Teilnehmenden Personen mit psychischen Problemen beurteilen, triagieren und eine Behandlung anbieten- Zusätzlich zur Betreuung anderer Klientinnen und Klienten mit medizinischen Problemen.</p> <p>Eingeschränkte Unterstützung Eine Teilnehmende hat Wertschätzung gegenüber einem männlichen Mitarbeiter oder männlicher Präsenz gesamthaft geäußert, insbesondere was den Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen von Patientinnen und Patienten anbelangt. Die Polizei kann aufgrund anderer Notfälle nicht immer ihre Hilfe anbieten.</p> <p>Zusätzliches Personal kann auch die Eskalation einer Situation begünstigen- einerseits aufgrund mangelnden Wissens rund um psychische Erkrankungen, andererseits aufgrund wahrgenommener Einschüchterung.</p> <p>Unser Bestes geben, um Pflege zur Verfügung zu stellen Trotz der Arbeit in einem Umfeld mit limitierter Unterstützung äusserte die Mehrheit der Teilnehmenden, dass sie versuchten Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen die bestmögliche Pflege zu gewährleisten.</p> <p>Anspruchsvolle Fähigkeiten und Wissen Das Fehlen von klinischen Fähigkeiten und Wissen bei der Beurteilung und dem Umgang mit psychisch kranken Personen fand beim Grossteil der Teilnehmenden seinen Nachhall.</p>	<p>Wie beleuchten/erklären die Forschungsergebnisse das Phänomen? Die Studie zeigt auf, dass die Pflegenden einen Mangel an Selbstvertrauen, Kenntnissen und Fähigkeiten bezüglich der Behandlung von psychiatrischen Fällen haben. Ein bedeutender Faktor war die hohe Arbeitsbelastung. Diese verhinderte die Entstehung einer therapeutischen Beziehung, welche wiederum zu Frustration seitens der Pflegenden führte. Die mangelnde Ausbildung bezüglich psychischer Gesundheit wird durch diese Studie bestätigt.</p> <p>Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug? Die Ergebnisse werden von weiteren Studien gestützt, welche ebenfalls in Australien durchgeführt wurden.</p> <p>Limitationen Kleine Stichprobe. Ausserdem wurden Berufsanfänger aus der Studie ausgeschlossen.</p> <p>Schlussfolgerung gemäss Autor/-innen:</p>

<p>und Support spielen eine Rolle.</p> <p>Ziel und Zweck: Ziel der Studie ist es die Erfahrungen von Pflegenden, welche in ländlichen Notfallsettings arbeiten, in Zusammenhang mit der Behandlung von Personen mit psychiatrischen Problemen, zu untersuchen. Die ländlichen Pflegenden haben nur beschränkte Unterstützung von psychiatrisch geschultem Personal und keine passende örtliche Infrastruktur für die Behandlung.</p>	<p>Die Teilnehmenden füllten einen einseitigen Fragebogen zur Demographie aus und nahmen an einem semi-strukturierten Interview teil, welches der Forschende mit den Pflegenden von Angesicht zu Angesicht durchführte. Ein Gesprächsleitfaden wurde anhand eines Literatur-Reviews erstellt, welcher die Bereiche Erfahrungen, klinisches Vertrauen, Sicherheit und Wissen erfasste. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 18 und 45 Minuten. Die Interviews wurden aufgenommen und wortwörtlich transkribiert. Die transkribierten Versionen wurden den Teilnehmenden zur Kontrolle via Email zugesandt. Der Forschende dokumentierte nach jedem Interview allgemeine Beobachtungen, sowie Punkte zur Interaktion (ob die Teilnehmenden einen entspannten Eindruck während des Interviews vermittelten).</p> <p>Analyseverfahren Die Transkripte wurden für die Analyse in das Programm NVivo importiert. Mithilfe von Kodierungsprozessen wurden die Daten aufbereitet. Die vom Forschenden dokumentierten Beobachtungen und Stichpunkte zur Interaktion wurden während des Analyse- und Interpretationsprozesses diskutiert.</p> <p>Ethik Die Erlaubnis zur Durchführung der Studie wurde vom Alfred Health Krankenhaus und der Deakin Universität eingeholt.</p>	<p>Die Teilnehmenden (ausser zwei mit psychiatrischer Erfahrung) schätzten ihren Wissensstand als gering ein, besonders, wenn es um komplexe psychiatrische Erkrankungen, psychiatrierelevante Medikamente oder spezifische Fragestellungen geht.</p> <p>Bei herausforderndem Verhalten psychiatrisch Betroffener Patientinnen und Patienten, sowie Intoxikierter, gaben die Teilnehmenden an, sich unwohl oder eingeschüchtert zu fühlen.</p> <p>Die Teilnehmenden achteten mehr auf ihre non-verbale Kommunikation, wenn sie mit psychisch kranken Personen interagierten.</p> <p>Das Erleben von Frustration Der Kern der Frustration bestand in einem empfundenen Insuffizienz-Gefühl bei der Betreuung psychisch kranker Patientinnen und Patienten. Der Mangel an Zeit, um eine therapeutische Beziehung herzustellen, wurde auch als Auslöser von Frustration definiert.</p> <p>Andere Themen waren auch, dass die Patientinnen und Patienten sich verdrückten, während sie auf die Resultate oder auf die Überweisung in eine Psychiatrie zu warten hatten.</p> <p>Schwierigkeiten bei der Navigation des Systems Zusätzliche Frustration resultierte aus der Navigation des Systems der psychischen Gesundheitsfürsorge und der Koordination der Patientinnen und Patienten, welche sich aufgrund psychischen Leidens vorstellten.</p> <p>Defizite der Telefontriage Die Mehrheit der Teilnehmenden fand die Telefontriage für die Beurteilung der Patientinnen und</p>	<p>Pflegende, welche auf Notfallabteilungen oder allgemeinen Notfall-Anlaufstellen arbeiten, begegnen multiplen Herausforderungen bei der Betreuung von psychiatrischen Fällen. Die Teilnehmenden berichten davon, dass sie schlecht ausgerüstet sind, um optimale Betreuung zu gewährleisten. Gezielte Bildung und engere Zusammenarbeit mit psychiatrischen Organisationen seien erforderlich. Es wird vermutet, dass Pflegende, welche fortlaufend psychiatrisches Training absolvieren, kompetenter werden bezüglich der Betreuung von psychiatrischen Fällen.</p>
---	--	---	--

		<p>Patienten ungeeignet und weiterhin abhängig von der nonverbalen Kommunikation.</p> <p>Die Unstimmigkeiten zwischen den Pflegenden und der Telefontriage war ein potenzieller Konflikt-punkt. Die Betroffenen Personen haben zum Teil die Telefonate abgelehnt.</p> <p>Koordination der Betreuung Die Teilnehmenden fanden die Betreuung von Pa-tientinnen und Patienten weniger problematisch während der Geschäftszeiten, da dann ein Psy-chiater anwesend war und dieser das Assessment von Angesicht zu Angesicht und die Behandlung übernahm.</p> <p>Stigma Die Teilnehmenden konnten stigmatisierende Ein-stellungen, welche sie gegenüber Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen in der Begegnung innehatten, reflektieren.</p> <p>Mehr Ausbildung und Unterstützung Um die aktuelle Lage (Fokus auf ländliche Notfall-pflege) zu verbessern, gaben die Teilnehmenden an, dass Bedarf an psychiatriespezifischer Schu-lung bestünde.</p>	
--	--	---	--

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie liefert zu verschiedenen Themenbereichen Ergebnisse. Die Autorenschaft nimmt in der Einleitung Bezug auf die aktuelle Lage und Erkenntnisse aus der Literatur. Es wird erwähnt, dass es nur wenig Literatur darüber gibt, wenn es um Erfahrungen von Notfallpflegenden in Bezug auf die Betreuung von psychiatrischen Fällen geht.</p> <p>Die Hypothese der Autorenschaft fehlt, die Zielsetzung ist klar formuliert.</p>	<p>Design Das Design wurde nach Meinung der Autorenschaft passend ausgewählt. Der einseitige Fragebogen über die Demographie und die semi-strukturierten Interviews liefern wichtige Ergebnisse.</p> <p>Sample Die Stichprobe ist nicht repräsentativ für die Zielpopulation, da die Studie insgesamt nur 13 Teilnehmende beinhaltet. Es gab keine Drop-Outs. Der Gesprächsleitfaden wurde unter Betrachtung der bestehenden Literatur entwickelt. Er erfasst die Bereiche Erfahrungen, klinische Vertrauen, Sicherheit und Wissen. Es nahmen keine Männer an der Studie teil. Mann sein war kein erwähntes Ausschlusskriterium für die Teilnahme. Die Ausschlusskriterien der Teilnehmenden werden in der Methodenteil nicht vollständig aufgelistet, bei der Limitation wird berichtet, dass auch Berufsanfänger nicht teilnehmen durften. Es wird nicht beschrieben, wie Berufsanfänger definiert wird. Über das Setting wird nur wenig preisgegeben. Klar ist, dass insgesamt 3 Abteilungen teilnahmen (1 ländliche Notfallabteilung, 2 Notfall-Anlaufstellen).</p> <p>Datenerhebung Die Datenerhebung ist detailliert beschrieben (Fragebogen und semi-strukturierte Interviews). Es wurde auch ein Protokoll nach jeder Interview durchgeführt, um die Beobachtungen und Interaktionen der Teilnehmenden zu erfassen. Die Interviews sind eher kurz gehalten (18-45 Minuten). Somit ist die Differenziertheit der Auseinandersetzung mit der erforschten Thematik in Frage zu stellen.</p> <p>Analyse Es wird erwähnt mit welcher Software die Analyse durchgeführt wurde. Die Interviews wurden aufgenommen und wortwörtlich transkribiert. Zur Überprüfung der Korrektheit, wurden die Abschlussversionen an Teilnehmenden via Mail versendet.</p> <p>Ethik Ethische Genehmigung und das Einverständnis der Teilnehmenden zu Tonaufnahmen wurden eingeholt.</p>	<p>Die Ergebnisse sind nicht tabellarisch oder grafisch dargestellt. Bei den Ergebnissen wird immer von Mehrheit oder Minderheit gesprochen, jedoch wird die konkrete Anzahl nie erwähnt.</p> <p>Die Ergebnisse werden in verschiedene Themenbereiche aufgeteilt, was für die Gesamtübersicht hilfreich ist. Die Themenbereiche sind logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar.</p> <p>Es werden viele verschiedene Hinweise auf die von der Autorenschaft der Bachelor-Arbeit untersuchte Fragestellung geboten.</p> <p>Beobachtungen, welche während den Interviews von den Forschenden gemacht wurden, sind teilweise im Ergebnisteil integriert- mehr Hinweise wären jedoch wünschenswert gewesen. Sonst wirkt es eher wie eine Alibiübung.</p>	<p>Im Diskussionsteil werden alle Resultate diskutiert. Die Interpretationen der Autorenschaft stimmen überein mit den Ergebnissen. Es werden Interventionen von den Autorenschaft vorgeschlagen, welches zur Besserung der Problemstellungen führen soll.</p> <p>Die Studie ist sinnvoll, da diese die Erfahrungen der Pflegenden erfasst, welche auf einer Notfallabteilung oder allgemeinen Notfall-Anlaufstellen arbeiten. Die Studie kann durchaus in anderen Notfallabteilungen oder Notfall-Anlaufstellen durchgeführt werden.</p>

Zusammenfassende Gesamteinschätzung: Der Forschungsprozess wird konkret beschrieben. Die Studie ist im EMED-Format aufgebaut. Das Vorverständnis der Forschenden ist klar in der Einleitung dargestellt. Die Ausschlusskriterien werden im Methodik-Teil nicht vollständig aufgelistet. Beim Punkt Limitationen wird berichtet, dass auch Berufsanfänger nicht teilnehmen durften. Das Analyseverfahren ist verständlich und nachvollziehbar dokumentiert. Wie die Interviews transkribiert, analysiert und verarbeitet wurden, ist logisch aufgezeichnet. Die Ergebnisse liefern differenzierte Erkenntnisse. Die Studie wurde nur mit Pflegenden durchgeführt, was für die Autorenschaft von grosser Bedeutung war. In der Studie fehlen diverse Informationen, z.B. über die Rekrutierung der Teilnehmenden. Das Setting wird nicht detailliert beschrieben. Ausserdem wird vielmals von Mehrheit oder Minderheit gesprochen, jedoch keine konkreten Zahlen angegeben.

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln/Guba:

Positives wird mit + und Negatives mit – gekennzeichnet

- + Detaillierte Beschreibung des Forschungsprozesses
- + Ethische Genehmigung eingeholt
- + Auswahl des Samples und Datenerhebungsmethoden passend gewählt
- + Die Teilnehmenden wurden während des Interviews beobachtet, die Eindrücke wurden von den Forschenden protokolliert
- + Das Vorwissen ist empirisch verankert
- + Limitation übersichtlich dargestellt
- + differenzierte Ergebnisse in verschiedene Themenbereiche aufgeteilt
- + Im Ergebnissteil wurden Zitate aus den Interviews erwähnt
- + Nachvollziehbare Datenanalyse
- + Studie ist wiederholbar in anderen Notfallabteilungen und Notfallanlaufstellen
- + Triangulation vorhanden
- Nur Frauen nahmen teil
- Das Setting wird nicht detailliert beschrieben
- Begründung der Ausschlusskriterien fehlt
- Bei Ergebnissen werden keine genauen Zahlen erwähnt, es wird immer von Mehrheit oder Minderheit gesprochen
- Eher geringe Interviewdauer (18-45 Minuten)
- Geringe Teilnehmeranzahl (13 Teilnehmende)
- Bei den Teilnehmenden handelt es sich ausschliesslich um „rural nurses“, also eine bestimmte Kategorie Pflegender, was bei der Verallgemeinerbarkeit der Resultate zu berücksichtigen ist

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Studie entspricht dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo.

Bewertung Lincoln und Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung): Die Forschenden beschäftigten sich unabhängig voneinander mit der ersten Bearbeitung der Transkripte, um die Einarbeitung sicherzustellen. Um die interne Validität zu gewährleisten, wurden die Ansätze des Kodierungsrahmens vom zweiten Forschenden überprüft. Während des Analyse- und Interpretationsprozesses wurden die Transkripte unter den Forschenden gegengelesen und vom Erstautor entwickelte Reflektionen diskutiert. Es ist keine Reflexion potenzieller Voreingenommenheit und damit einhergehender Bias seitens der Forschenden ersichtlich. Es fand kein Audit durch eine externe Person statt.

Dependability (Zuverlässigkeit): Der Forschungsprozess wird beschrieben, die erforderlichen Kernbestandteile sind vorhanden. Teilweise hätte man vermehrt, vor allem im Datenanalyseprozess, die Vorgehensweise genauer schildern und auch die Beweggründe für bestimmte Entscheidungen darstellen können. Es fand keine Überprüfung der Datenanalyse oder der Ergebnisse durch ein externes Gremium statt.

Credibility (Glaubwürdigkeit): Es fand ein Member-Checking der Transkripte durch die Teilnehmenden statt, um die Plausibilität dieser sicherzustellen. Weiterhin wurde trianguliert. Die Teilnehmenden wurden während des Interviews beobachtet, die Eindrücke von den Forschenden protokolliert.

Transferability (Übertragbarkeit): Die Ergebnisse werden unter Benutzung von Zitaten Teilnehmender dargestellt. Der Ergebnisteil ist übersichtlich strukturiert und für die Leserschaft verständlich. Die Resultate sind nur bedingt übertragbar. Bei der kleinen Stichprobe (13 Teilnehmerinnen) handelte es sich ausschliesslich um Frauen. Bei den Frauen handelt es sich um „rural nurses“, also eine bestimmte Kategorie Pflegender, was bei der Verallgemeinerbarkeit der Resultate zu berücksichtigen ist.

Hilfstabelle zum Arbeits-Instrument für ein Critical Appraisal (AICA)

Referenz: Studie von Tracey J Weiland, Claire Mackinlay, Nicole Hill, Marie F Gerdtz und George A Jelinek, erschienen 2011

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen Die Art und Weise, auf welche Patientinnen und Patienten Zugang zu psychiatrischen Dienstleistungen bekommen, hat sich signifikant verändert. Notfälle sind oft die erste und einzige Anlaufstelle, die 24h lang am Tag offen hat, im Falle akuter Zustandsverschlechterungen oder allgemein psychiatrischer Symptome. Die hohe Nachfrage setzt bestimmte Fähigkeiten des Personals voraus. Bedürfnisse psychisch kranker Betroffener unterschieden sich zu jenen physisch Kranker. Notfälle sind grundsätzlich auf die Behandlung physischen Leids ausgerichtet. Dies zeigt sich in multiplen Bereichen: Ausgestaltung/ Design des Notfalls, Ressourcen der Spitäler, Personalbesetzung, Wissen, Ausbildung, Einstellungen. Die Betreuung psychisch Kranker scheint nach wie vor suboptimal. Betroffene scheinen unter-triangiert und inkonsistent (nicht immer angemessen) triangiert, haben längere Wartezeiten, warten oft nicht um</p>	<p>Design Deskriptive, exploratorische, qualitative Studie.</p> <p>Sample Es wurden für die Interview-Teilnahme Ärzte, welche Mitglieder der ACEM sind und Pflegenden, Mitglieder der CENA, eingeladen. Von den 39 auf die Anfrage der Forschenden antworteten Ärztinnen und Ärzten und den 32 antwortenden Pflegenden wurden schliesslich 20 Notfall-Ärztinnen und Ärzte und 16 Notfall-Pflegende für die Teilnahme ausgewählt, dies basierend auf Eignung, Klinik-Rolle, Zuständigkeitsbereich und Verfügbarkeit für ein Interview.</p> <p>Einschlusskriterien: Klinische Tätigkeit auf einer Notfallabteilung zu Zeiten der Durchführung der Studie.</p> <p>Datenerhebung Es wurden semistrukturierte telefonische Interviews mit offenen und geschlossenen Fragen durchgeführt. Die Gespräche wurden aufgezeichnet und wortwörtlich</p>	<p>Barrieren beim effektiven Assessment und Management von psychisch kranken Patientinnen und Patienten in australischen Notaufnahmen</p> <p>3 Kernthemen kamen auf: Probleme in Bezug auf</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) Umgebung oder Ressourcen (ii) Die Angestellten betreffende Faktoren (iii) Patientenfaktoren <p>Besorgnis seitens Ärzteschaft und Pflegenden bezüglich Eintritts-Sperre, Überbelegung und Mangel an ausreichendem Platz.</p> <p><u>Zitate Teilnehmender betreffend Angemessenheit der Notfall-Ausgestaltung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Notaufnahmen sind der falsche Platz. Es ist ein Problem des Systems. Notfallaufnahmen sind auf genau das ausgerichtet, was im Falle der Betreuung einer psychisch kranken Person ungünstig ist: Damit ist die Balance zwischen Privatsphäre und Sichtbarkeit gemeint, der Geräuschpegel ist falsch, es bedarf eines so breiten Trainings der Angestellten, dass Themen rund um psychische Gesundheit verloren gehen oder entpriorisiert werden (Arzt) - oft sind Patientinnen und Patienten unfreiwillig in Begleitung eines Sicherheitsdiensts da, was schon zu Vorfällen geführt hat, welche wiederum einen Effekt auf die Fürsorge anderer Patientinnen und Patienten hatten (Arzt) - Hauptbarriere ist der Mangel an technischer/materieller Infrastruktur (Arzt) - keine Privatsphäre, Interviewräume oft zu weit vom Notfallweg (Pflegende) <p><u>Zitate Teilnehmender betreffend Einstellungen der Angestellten</u></p>	<p>Barrieren Die vorliegende Studie deckt einige wichtige, negativ die Pflege von psychisch Kranken in der Notaufnahme beeinflussende Faktoren auf: -> Mangel an geeignetem Raum, um Betroffene zu behandeln -> unpassende räumliche Gegebenheiten, was potenziell schlechte Outcomes für psychisch kranke Patientinnen und Patienten, aber auch für die anderen, zur Folge haben kann -> Ärzte und Pflegenden sind sehr besorgt über die Einschränkungen von Sicherheit und Qualitätspflege, welche aus Eintritts-Sperren resultieren -> Zeitdruck ist eine grosse Barriere -> Mangelndes Wissen und Erfahrung</p> <p>Lösungen Es wird in den Interviews seitens der Teilnehmenden Lösungsvorschläge gemacht. Diese Lösungsvorschläge sind häufig systembasierter Natur, z.B. Notfall-Neuplanung, Anpassung der Infrastruktur.</p> <p>Stärken und Limitationen</p>

<p>gesehen zu werden und erscheinen häufiger als physisch Betroffene erneut im Notfall.</p> <p>Ziel und Zweck Ziel dieser Studie war es folgendes zu umschreiben: Die wahrgenommenen Barrieren, welchen Notfall-Kliniker beim Assessment und Management von Patientinnen und Patienten mit psychischen Beschwerden in Australischen Krankenhaus-Notfällen begegnen; die wahrgenommenen Strategien/Möglichkeiten, um die Pflege von sich psychisch unwohl Fühlenden zu optimieren.</p>	<p>transkribiert. Im Anschluss wurden sie den Interviewten zur Validierung ausgehändigt.</p> <p>Analyse Die Interviews wurden Wort für Wort transkribiert und validiert. Die Inhaltsanalyse der qualitativen Daten wurde von zwei Forschenden unter Benutzung des Framework Approachs (Ritchie und Spencer) durchgeführt. Es handelte sich um eine systematische Vorgehensweise, bei der Material gemäss Schlüsselwörtern und Themen sortiert und kategorisiert wurde. Die Themen und Subthemen wurden getrennt (Ärztin/Arzt oder Pflegefachperson) analysiert</p> <p>Ethik Alle Methoden wurden vom Human Research und Ethik-Komitee der La Trobe Universität genehmigt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - hegen oft Groll; es kann die Pflege der anderen Patientinnen und Patienten gefährden (Arzt) - Oft herrscht in der Notaufnahme die Annahme, dass die Patientinnen und Patienten die Probleme selbst kreiert haben (Arzt) - Viele der psychisch Kranken kommen immer und immer wieder, sie ändern nichts; Patientinnen, Patienten und Angestellte sind deshalb frustriert (Arzt) - immer noch herrscht ein grosses Stigma gegenüber psychisch kranken Menschen. Die Ärzteschaft, sowie die Pflege sind hart. Sie teilen die Meinung, dass Betroffene sowieso wieder in ihrem Verhalten rückfällig werden (Arzt) <p><u>Zitate Teilnehmender betreffend Arbeitsbelastung und Zeitdruck</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - wir stehen unter Druck alle Patientinnen und Patienten zu sehen, die zu uns kommen. Um dies zu erreichen und besser zu werden, wird oft in der Kommunikation gekürzt, besonders bei psychisch Kranken (Arzt) - Psychisch kranke Patientinnen und Patienten benötigen einen beträchtlichen Zeitaufwand, welchen wir schlichtweg nicht bieten können (Pfleger) <p><u>Zitate Teilnehmender betreffend Wissen, Zuversicht/Vertrauen, sowie Ausbildung oder Erfahrung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Es bestehen Wissenslücken und ein Mangel an Fähigkeiten im Umgang mit psychisch kranken Kindern und Teenagern (Arzt) - Ich habe zwar ein bisschen etwas gelernt, z.B. die Betrachtung des Affekts, der Stimmung, die Art wie jemand spricht; was fehlt, ist assistiertes Training. (Pfleger) <p>Einfluss von Komorbiditäten Bezüglich des Einflusses gab es unterschiedliche Aussagen. So äusserten mehrere, dass Komorbiditäten das Assessment, sowie das Zeitmanagement verkomplizieren (6 Ärzte, 11 Pfleger); ein anderer Teil meinte, dass die meisten Patientinnen und Patienten Komorbiditäten hätten und es somit nur einen minimalen Einfluss gäbe (1 Arzt, 6 Pfleger).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stichprobe ist repräsentativ, was Zuständigkeit, Region und Dienstgrad des medizinischen Personals anbelangt. Es gab aber keine Pflegenden von New South Wales oder Ärzte/Ärztinnen aus dem Australischen Hauptstadt-Gebiet. Hinzu kommt, dass Selbst-Auswahl-Bias aufgetreten sein könnten; Leute mit einem höheren Interesse in psychische Gesundheit waren möglicherweise eher dazu geneigt teilzunehmen. Diese Faktoren limitieren die Generalisierbarkeit der Resultate. <p>Schlussfolgerung Viele Menschen kommen beim Ausbruch einer psychischen Erkrankung als erstes in die Notaufnahme. Eine strukturierte und systematische Annäherung zum Assessment psychischer Gesundheit sowie zur Pflege scheint logisch, genauso wie eine koordinierte Annäherung zur Ausbildung der Angestellten.</p> <p>Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Notfall-Personal mehrere Barrieren im Zusammenhang mit der Betreuung psychisch kranker Menschen sieht. Viele dieser sind systemischer Natur, z.B. Eintritts-Sperre, Limitationen in den Ressourcen, unpassende Notfall-Infrastruktur, sowie Wissensdefizite.</p>
--	---	---	---

		<p>Strategien, um das Assessment und Management von psychisch kranken Patientinnen und Patienten zu optimieren</p> <p><u>Zitate Teilnehmender betreffend Bildung als Strategie für verbesserte Pflege psychisch kranker Patientinnen und Patienten</u> - es muss mehr Training rund um psychische Gesundheit für Triage-Pflegende geben (Pfleger)</p> <p><u>Zitate Teilnehmender betreffend Notfall-Neuplanung als Strategie für verbesserte Pflege psychisch kranker Patientinnen und Patienten</u> - wir brauchen ein paar extra Kabinen/Räume. Es besteht Bedarf an einem besseren System für Betroffene um hereinzukommen, eingeschätzt zu werden und von einem Psychiatrie-Pfleger gesehen zu werden (Pfleger) - Umgebungsanpassung wäre meine Nummer 1 (Pfleger) - Eine Sache die helfen würde, wären extra Räume für psychische Gesundheit (Arzt)</p> <p><u>Zitate Teilnehmender betreffend der Eignung einer Notaufnahme als Zugangspunkt psychisch kranker Patientinnen und Patienten</u> - Ich halte es für wichtig, dass auch psychisch kranke Patientinnen und Patienten eine ordentliche körperliche Untersuchung erfahren sollten, aber ich denke nicht, dass dies notwendigerweise alle Patientinnen und Patienten sein sollten, die in die Notaufnahme kommen (Arzt).</p> <p><u>Zitate Teilnehmender betreffend Verbesserung der interdisziplinären Beziehungen als Strategie für eine bessere Pflege psychisch kranker Patientinnen und Patienten</u> - Es soll ein Modell geben für solche Patientinnen und Patienten, welche sich nicht klar der Toxikologie, Medizin oder Psychiatrie zuordnen lassen. Alle Parteien sollen in der Pflege dieser Menschen involviert sein (Pfleger)</p>	
--	--	--	--

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Es handelt sich um eine pflegerisch relevante Fragestellung, was in der Einleitung durch eine detaillierte Beschreibung des Sachverhalts ersichtlich wird. Es wird langsam an das Thema herangeführt, der rote Faden ist die gesamte Einleitung über klar ersichtlich, die Struktur ist übersichtlich (Fragestellung am Ende erläutert). Es wird die momentane Situation geschildert, auch Bezug genommen auf vergangene Forschungsergebnisse. Die Fragestellung wird klar und präzise definiert.</p> <p>Negativ anmerken lässt sich, dass man bei den „psychisch kranken Patientinnen und Patienten“ mit der Begrifflichkeit „psychisch krank“ sehr oberflächlich bleibt. Was sind das primär für psychische Erkrankungen? Welche kommen besonders häufig vor? Schaut man Menschen mit schon gestellten psychiatrischen Diagnosen an? Oder welche, bei denen zum ersten Mal psychiatrische Symptome auftreten? Was ist mit Leuten, die sich wegen einem physischen Leidens vorstellen, den Patientendaten aber auch eine psychische Erkrankung zu entnehmen ist? Sind diese allenfalls auch von bestimmten Einstellungen betroffen? Dies wäre insofern wichtig zu wissen, als man einen besseren Vergleich mit Resultaten anderer Studien ziehen könnte. Vielleicht divergieren die psychischen Leiden ja stark von Region zu Region.</p>	<p>Design Das Interviewbasierte Design eignet sich, um an die gewünschten Informationen zu kommen. Es wurden sowohl offene, als auch geschlossene Fragen gestellt. Dass die Interviews per Telefon geführt wurden, ist eher ungünstig. Dadurch geht der Teil der Beobachtung vollständig verloren. Fragebogen fehlt</p> <p>Sample Von den 71 potenziellen Teilnehmenden, welche auf die E-Mail-Einladung antworteten, blieben schlussendlich nur noch 36 übrig. Das ist einerseits eine eher geringe Anzahl Teilnehmender, andererseits zeugt es aber auch davon, dass das Ausschlussverfahren der Forschenden möglicherweise genau und streng von Statten ging. Demographische Angaben zu den Teilnehmenden fehlen (Alter, Geschlecht).</p> <p>Im Kapitel <i>Participant characteristics</i> wird erwähnt, dass es das Ziel war eine ausgeglichene Stichprobe, d.h. gleich viel rural ED's wie metropolitan ED's zu inkludieren. Dies ist nur mässig gelungen (Pfleger: 11 metropolitan nurses, 3 rural nurses; Ärzte: 13 metropolitan doctors, 7 rural doctors).</p> <p>Bei den Teilnehmenden handelt es sich nicht ausschliesslich um Pfleger, sondern auch um Ärztinnen/Ärzte.</p> <p>Analyse Die Inhaltsanalyse wurde unter Benutzung der Framework Method von Ritchie und Spencer durchgeführt. Hierbei handelt es sich um ein validiertes Werkzeug. Die Aufarbeitung der Daten ist klar und nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Ethik Erlaubnis wurde von Human Research und vom Ethik-Komitee an der LA Trobe Universität eingeholt.</p>	<p>Der Ergebnisteil ist übersichtlich gestaltet. Es ist klar ersichtlich, welche Aussagen von Ärzten und welche von Pflegenden getätigt wurden. Es wurden Teilabschnitte aus den Interviews zitiert, welche die Genauigkeit der Ergebnisse zusätzlich verstärkt und verständlich macht für die Leserschaft. Es handelt sich um relevante, differenzierte Aussagen.</p> <p>Es wird eine breite Palette an Hinweisen bezüglich der untersuchten Thematik gegeben. Da die Teilnehmenden verschiedenste Bereiche ansprechen, diese Bereiche oft nur von 1-3 Personen thematisiert werden, ist bei der Verallgemeinerbarkeit der Resultate Vorsicht geboten.</p> <p>Man weiss nicht immer, ob die Ärzte in ihren Aussagen auch Bezug auf die Pflege nehmen oder nur auf die Ärzteschaft und andersherum, weswegen die Verallgemeinerbarkeit der Aussagen fraglich ist.</p>	<p>Der Diskussionsteil zeigt nochmals die Relevanz der Studie auf, sowie die Bedürfnisse und Sorgen Pflegender und der Ärzteschaft bezüglich der Behandlung von psychisch kranken Patientinnen und Patienten auf der Notfallabteilung. Die Resultate werden diskutiert und noch einmal zusammengefasst, was angesichts der Fülle an Informationen als hilfreich empfunden wird. Es wird über diverse Lösungsvorschläge diskutiert, wie zum Beispiel die Neugestaltung der Notfallabteilung, Schaffung von mehr Ressourcen (personelle) und engere Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Spezialisten.</p> <p>Die Studie wäre auf jeden Fall in einem anderen klinischen Setting wiederholbar. Es wäre spannend zu sehen, wie sich die Infrastruktur in anderen Spitälern, vielleicht sogar anderen Ländern, verhält und ob es dort grosse Unterschiede gibt.</p>

Zusammenfassende Gesamteinschätzung: Bezüglich der Gesamteinschätzung lässt sich konstatieren, dass einem in der Einleitung ein guter Gesamtüberblick über das Thema geboten wird. Der rote Faden ist nicht nur die Einleitung, sondern die gesamte Arbeit über hinweg klar ersichtlich. Was die Methodik angeht, so handelt es sich um ein passendes Studiendesign. Das Führen von Interviews ist eine anerkannte, qualitative Methode. Face-to-Face-Interviews wären jedoch Telefon-interviews vorzuziehen gewesen. Die Ergebnisse liefern wichtige Hinweise auf die formulierte Fragestellung und gestalten sich als differenziert. Aufgrund verschiedener Faktoren ist die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse kritisch zu hinterfragen.

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln/Guba:

Positives wird mit + und Negatives mit – gekennzeichnet

- + Studie gut wiederholbar auf anderer Notfallstation
- + Teilnehmerzahl ist im Rahmen, vor allem verglichen mit anderen Studien zu dieser Thematik
- + Ethische Genehmigung wurden eingeholt
- + Benutzung der Framework Method von Ritchie und Spencer, bei welcher es sich um ein validiertes Werkzeug handelt
- Fragebogen fehlt
- Ungleichgewicht zwischen rural nurses und metropolitan nurses
- Die Objektivität der Studie ist aufgrund des Selbst-Auswahl-Bias zu hinterfragen
- Keine Triangulation vorhanden
- „Clinicians“ für die Leserschaft unklar definiert
- Demographische Angaben zu den Teilnehmenden fehlen
- Bei den Teilnehmenden handelt es sich nicht ausschliesslich um Pflegenden, sondern auch um Ärzte
- Keine Begründung seitens Autorenschaft, wieso von den anfangs gesamthaft 71 Teilnehmenden nur 36 übrig blieben

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Evidenzlage der Studie lässt sich dem untersten Niveau der 6S Pyramide nach DiCensio zuordnen.

Bewertung Lincoln und Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung): Die Inhaltsanalyse der qualitativen Daten wurde von zwei Forschenden unabhängig voneinander durchgeführt. Diskrepanzen im Kodierungsprozess wurden diskutiert bis man einen Konsens fand. Es ist keine Reflexion potenzieller Voreingenommenheit und damit einhergehender Bias seitens der Forschenden ersichtlich. Es fand kein Audit durch eine externe Person statt.

Dependability (Zuverlässigkeit): Erstelltes wurde im Prozess regelmässig durch die Forschenden gegengelesen und überprüft. Es fand jedoch keine Prüfung der Datenanalyse und der Ergebnisse durch ein externes Gremium statt.

Credibility (Glaubwürdigkeit): Es wurde ein Member-Checking durchgeführt. Teilnehmenden wurden die Transkripte zur Sicherstellung der Validität ausgehändigt. Es fand keine Triangulation statt.

Transferability (Übertragbarkeit): Die Ergebnisse werden übersichtlich und in Kategorien unterteilt dargestellt. Weiterhin werden konkrete Zitate Teilnehmender genannt. Die Studienresultate lassen sich nur bedingt auf die Gesamtpopulation übertragen. Dies hängt unter anderem mit der Stichprobe zusammen, bei denen es sich um *rural* und *metropolitan nurses* handelte. Weiterhin fehlen grundsätzliche Informationen. Diese umfassen demographische Angaben zu den Teilnehmenden, eine unklare Verwendung des Begriffs *clinicians* sowie keine Erklärungen zu den Drop-Outs seitens der Forschenden. Ausserdem liegen möglicherweise Selbst-Auswahl-Bias vor.

Hilfstabelle zum Arbeits-Instrument für ein Critical Appraisal (AICA)

Referenz: Studie von Shirilee A. Kerrison und Rose Chapman, erschienen 2006

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen Im Jahre 2004 wurden Daten erhoben, welche ergaben, dass bis zu ein Zehntel aller Notfallaufnahmen in Australien in Zusammenhang mit psychischer Verfassung oder Verhaltensproblemen stehen. Auslöser bei vielen dieser Patientinnen und Patienten sind Alkohol oder anderer Substanzmissbrauch. Zusätzlich zu den psychischen Gesundheitsproblemen steigern diese Substanzen Aggressionen und Gewaltpotenzial auf den Notfallstationen. Die Teilhabe in solch dynamischen Situationen erhöht das Risiko für sowohl psychisches, als auch physisches Leid bei allen Involvierten.</p> <p>Ein weiterer Punkt betrifft unpassende Triagierung und unpassendes Assessment, welche häufig in verlän-</p>	<p>Design Qualitative Studie</p> <p>Durchführungsort: Westaustralien, in einem Ausbildungskrankenhaus auf der Notfallabteilung</p> <p>Sample <u>Rekrutierung:</u> Auf der Notfallabteilung arbeitenden Pflegende wurden mithilfe von Postern mit dem Titel „Was brauchen/wollen Pflegende an Ausbildungsprogramm, um effektiv mit aggressiven oder psychisch kranken Patientinnen und Patienten auf der Notfallstation arbeiten zu können?“ <u>Beschreibung des Samples:</u> 5 Notfallpflegende mit Erfahrung von sechs Monaten bis zu fünfzehn Jahren formten die einzige Fokusgruppe. Der „Schneeball-Prozess“ wurde genutzt um zusätzliche Fachexperten mit Wissen, Fähigkeiten, Erfahrungen und Interesse zum Thema zu identifizieren. Zwölf Fachexperten wurden gefunden (Psychiatrie-Personal, klinisches Schlüsselpersonal auf Notfallstationen, Bildungs-Interessensvertreter, eine „rural nurse“). <u>Ein- und Ausschlusskriterien:</u> Keine genaueren Informationen</p> <p>Datenerhebung</p>	<p>Ergebnisse Die Teilnehmenden betrachteten drei Lernbereiche als besonders wichtig für das Notfallpflegepersonal: - <i>Kundenorientierung</i> - <i>Aggressionen und Gewalt am Arbeitsplatz</i> - <i>Umgang bezüglich sich aufgrund psychischer Erkrankungen vorstellender Patientinnen und Patienten</i></p> <p>Der Lernbereich Umgang mit sich aufgrund psychischer Erkrankungen vorstellender Patientinnen und Patienten wurde in drei weitere Lernbereiche unterteilt, die wären: - Theorie bezüglich sich aufgrund psychischer Erkrankungen vorstellender Patientinnen und Patienten - Assessment zur psychischen Gesundheit auf der Notfallstation - chemische Abhängigkeit- Drogen und Alkohol</p> <p>Kundenorientierung - Teilnehmende der Fokusgruppe beobachteten, dass die Behandlung psychisch Kranker gelegentlich inadäquat war und Ursache für chemische oder physische Zurückhaltung seitens der Patientinnen und Patienten und dass diese deshalb längere Aufenthalte in der Notfallaufnahme hatten. Diese Mängel wurden mit einer ungeeigneten Kommunikationsstrategie in Verbindung gebracht. - Teilnehmende identifizierten, dass Angestellte mit mangelndem Wissen und mangelnder Fähigkeit die Reaktionen der Patientinnen und Patienten zu verstehen, Barrieren in der Kommunikation in vielerlei Situationen kreieren. - weiterhin käme es laut Fokusgruppe zu Kommunikationsproblemen, wenn Frustration von Besuchern und Patientinnen und Patienten aufgrund langer Wartezeiten auftrete</p>	<p>Diskussion Die Sorgen betreffend Sicherheit am Arbeitsplatz und der Mangel an psychiatrischem Wissen, Assessment- und Kommunikationsfähigkeiten verhindert die Zurverfügungstellung einer optimalen Pflege</p> <p>Notfallpflegende fühlen sich schlecht ausgerüstet um diese Patientengruppe korrekt einzuschätzen, zu triagieren und zu betreuen.</p> <p>Gesamt betrachtet lässt sich konstatieren, dass das Notfallpersonal einen Mangel an Wissen und Selbstvertrauen beim Assessment und im Umgang mit psychisch kranken Patientinnen und Patienten hat.</p> <p>Kundenorientierung Teilnehmende des Projektes äusseren starke Besorgnis bezüglich der inadäquaten Behandlung psychisch kranker Klientinnen und Klienten, woraus häufig längere Wartezeiten resultierten.</p> <p>Die Fokusgruppe erzählte von teilweise unpassend aggressiven oder defensiven Einstellungen des Notfallpersonals, welche brisante Situationen zusätzlich verschlechterten.</p> <p>Aggressionen und Gewalt am Arbeitsplatz</p>

<p>gerte Aufenthaltsdauern auf den Notfallstationen kulminieren.</p> <p>Ziel und Zweck Ziel dieses Projekts war es die herrschenden Besorgnisse, welche Pflegende bei der Betreuung sich aufgrund psychischer Erkrankungen in der Notaufnahme präsentierender Patientinnen und Patienten, zu bestimmen. Ausserdem sollte, sobald die Besorgnisse identifiziert wären, ein Ausbildungsprogramm entwickelt werden, um ausbildungsspezifische Defizite anzugehen.</p>	<p>Es wurden semistrukturierte Interviews durchgeführt. Die Interviews begannen damit, dass der Erstautor Vertrauen zu den Teilnehmenden aufbaute. Der Forschende unterstützte diesen Prozess durch Empfänglichkeit und urteilsfreies Zuhören. Schlüsselwörter, Aussagen und Konzepte wurden auf grossen Blättern dokumentiert. Die ausgänglichen Daten wurden vom Projekt-Autor und Fachexperten reduziert, analysiert und später in Konzeptkarten rekonstruiert.</p> <p>Analyse Die Interview-Daten wurden mithilfe einer Inhaltsanalyse analysiert, welche den folgenden Prozess beinhaltet: Kodierung, Finden von Kategorien, Gruppierung und Identifizierung von Mustern und Bedeutungen. Die Ergebnisse wurden im Anschluss den Teilnehmenden übermittelt, um deren Validität und Reliabilität zu überprüfen (aufgrund der Möglichkeit interpretativer Fehler). Weiterhin wurden Konzeptkarten als visuelle Instrumente eingesetzt.</p> <p>Ethik Es fand eine Anonymisierung der Daten statt. Keine Genehmigung vorhanden.</p>	<p>Aggressionen und Gewalt am Arbeitsplatz</p> <ul style="list-style-type: none"> - besonders ein Problem bei intoxikierten Patientinnen und Patienten - laut Fokusgruppe zwei Wege wie das Personal mit Konfliktsituationen umging: 1) Der Weg des Personals, der Erfahrung mit geeigneten Diffusions-Fähigkeiten hat 2) Der Weg derjenigen, welcher sich der Hinweise, des Potenzials oder der bevorstehenden Gewalt nicht bewusst waren - Vorfälle aufrührerischen Verhaltens der Angestellten gegenüber den psychisch kranken Patientinnen und Patienten. Solches Verhalten riss die Patientinnen und Patienten mit, infolgedessen es zu aggressivem Verhalten ihrerseits kam - Mitarbeitende seien sich des Mangels an umgebungsgebundener Sicherheit nicht bewusst, vor allem im Kontakt mit potenziell gewalttätigen Menschen - Mangelnde Dokumentation von Vorfällen, in welchen Aggression eine Rolle spielte <p>Theorie bezüglich sich aufgrund psychischer Erkrankungen vorstellender Patientinnen und Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laut Fokusgruppe war die Bildung zur psychischen Gesundheit so geringfügig, dass sie ihnen nur limitierte Fähigkeiten und Zuversicht gab, um dieses Wissen im Notfall-Kontext anzuwenden <p>Assessment zur psychischen Gesundheit auf der Notfallstation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Teilnehmenden zogen in Betracht, dass Notfallpflegende und medizinisches Personal variierende Niveaus hatten, was die Kompetenz und das Selbstvertrauen, besonders bei der Durchführung von Assessments zur psychischen Gesundheit und Interviewtechniken bei Patientinnen und Patienten, welche sich mit psychischen Krankheiten präsentieren, angeht 	<p>Vermeidung und Widerwille sich um psychisch Kranke zu kümmern entstand oft aus einem mangelnden Wissen oder bestehender Erfahrungen mit Angst oder Einschüchterung heraus.</p> <p>Psychiatrische Theorie Einige Institutionen in Westaustralien bieten einen 6-monatigen Austauschkurs bezüglich psychiatrischer Erkrankungen an. Diesen nehmen jedoch nur wenige Pflegende wahr. Das Desinteresse am Kurs kann daher kommen, dass manche während ihrer Ausbildung keine positiven Erfahrungen mit psychisch kranken Patientinnen und Patienten gemacht haben. Diese Thematik sei auch häufig mit Angst und Furcht verbunden, bedingt durch mangelndes Wissen und Verständnis, und der Annahme, dass Psychiatrie-Pflege nicht eine fürsorgliche und zufriedenstellende Arbeit sei.</p> <p>Assessment und Umgang bezüglich sich aufgrund psychischer Erkrankungen präsentierender Patientinnen und Patienten auf der Notfallaufnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> - riesiger Bereich an Bildungsdefiziten in diesem Gebiet - Bestehende Literatur beschreibt, dass Pflegende besonders intolerant gegenüber sich selbst verletzenden Patientinnen und Patienten seien und unzureichend Risikoeinschätzungen implementierten- und, dass sie bei bis zu 50% der Patientinnen und Patienten, welche sich aufgrund eines psychischen
---	--	---	--

		<p>- Laut Teilnehmenden gäbe es Notfallpersonal, welches psychiatrische Patientinnen und Patienten aktiv meide, weil sie diese als soziale oder verhaltensbedingte Probleme wahrnehmen würden, sie bevorzugten „richtige“ Patientinnen und Patienten, zum Beispiel Trauma-Opfer</p> <p>- Ausserdem bestrafe manches Personal „schlechtes“ Verhalten mittels Zuteilung tieferer Triage-Scores und längerer Wartezeiten</p> <p>Chemische Abhängigkeit</p> <p>- Die Fokusgruppe bestätigte, dass sie eine gute Unterstützung seitens des multidisziplinären Teams bei Drogen- und Alkoholthematiken erhielten. Diese Teammitglieder seien regelmässig auf der Notfallstation unterwegs, sei es aufgrund Patientinnen- und Patienten-Einschätzungen, der Implementierung des Selbstverletzungs-Interventions-Programms oder der zur Verfügungstellung von Unterstützungsmassnahmen.</p>	<p>schen Leidens vorstellten, nicht psychisch relevante Begleiterscheinungen identifizierten.</p> <p>Limitationen</p> <p>- geringe Teilnehmeranzahl</p> <p>Schlussfolgerung</p> <p>- Assessment und Umgang mit psychisch kranken Patientinnen und Patienten sei momentan auf der Notfallstation unzureichend. Dies resultiere aus Wissens- und Fähigkeits-Defiziten, resultierend aus einem Mangel an Ausbildung und Training in diesem Bereich</p> <p>- Notfallpersonal hatte oft ein stereotypisiertes Denkmuster und Wertvorstellungen gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten, welche oft die Entstehung einer Barriere in der Behandlung verursachten</p> <p>- Die Resultate brachten zum Vorschein, dass Psychiatrie-Theorie und psychisches Gesundheits-Assessment im Notfallsetting zwei Bereiche waren, wo sehr wenig Training erfolgte</p>
--	--	--	---

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studienfrage befasst sich mit einer relevanten Fragestellung in der Pflege. Ziel und Zweck der Studie sind klar definiert und für die Leserschaft nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Was die Auseinandersetzung mit dem Phänomen anbelangt, so wird sich zu einem Grossteil auf Substanz-Konsum und dessen Auswirkungen beschränkt. Weitreichendere Überlegungen und Ausführungen wären hilfreich gewesen, um ein erweitertes Grundverständnis für die Thematik zu erlangen.</p>	<p>Design Qualitatives Design geeignet. Das Fokusgruppenformat eignet sich grundsätzlich auch, um die von der Autorenschaft untersuchte Fragestellung zu beantworten. Eine Begründung für das Vorziehen von Fokusgruppen-Interviews zu individuellen Interviews hätte man erwähnen können.</p> <p>Sample Eine sehr geringe Anzahl Teilnehmender (Fünf). Es besteht ausserdem ein starker Mangel an Informationen zu dieser Stichprobe. Wie viele Männer, Frauen? Alter der Befragten? Ethnie, etc.? Ein- und Ausschlusskriterien fehlen. Die Beziehung von Fachexperten scheint sinnvoll, die genaue Funktion dieser wurde jedoch nicht erläutert. Anscheinend waren sie teilweise in die Analyseprozesse involviert, es bedürfte aber genauerer Aufklärung.</p> <p>Datenerhebung Der Datenerhebungsprozess ist nachvollziehbar beschrieben. Während des Interviews wurde dokumentiert. Es ist aber nicht davon die Rede, dass die Unterhaltungen aufgenommen wurden. Auch keine Triangulation vorhanden.</p> <p>Analyse Die Datenanalyse ist nur sehr grob beschrieben. Mehr Einblicke in den Kodierungs- und Identifizierungsprozess wären für die Leserschaft von Nöten, um den Analyse-Prozess nachvollziehen zu können.</p> <p>Die Teilnehmenden erhielten die Ergebnisse zur Überprüfung der Reliabilität und Validität.</p> <p>Ethik Keine Ethische Genehmigung vorhanden. Die Daten wurden anonymisiert.</p> <p>Allgemeines Positiv zu werten ist die Beschreibung des Begriffs „Fokusgruppe“</p> <p>Die Konzeptkarten sind in der Studie dargestellt.</p>	<p>Der Ergebnisteil ist anschaulich dargestellt. Die Autorenschaft hat eine Kategorisierung vorgenommen, Aussagen in verschiedene Themenbereiche aufgeteilt. Diese Themenbereiche sind logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar. Es werden viele wichtige Hinweise auf die untersuchte Thematik gegeben. Was der Leserschaft leider verborgen bleibt, sind die genauen Aussagen der Teilnehmenden. Es sind keinerlei Zitate vorhanden. Demnach liegt die Bewertung bzw. Interpretation der getätigten Aussagen vollständig bei der Autorenschaft.</p>	<p>Was den Diskussionsteil anbelangt, so hat man als Leserin oder Leser nicht wirklich den Eindruck, dass die Ergebnisse diskutiert werden. Es wirkt eher so als sei es eine erneute Zusammenfassung der Resultate und eine Ergänzung dieser mit Ergebnissen anderer Studien. Weiterhin wird sich in der Diskussion bezüglich gewisser Punkte regelmässig wiederholt, was den Lesefluss beeinträchtigt.</p> <p>Der Punkt Limitation ist zwar erwähnt, die geringe Teilnehmerschaft ist aber nur einer von vielen Punkten, der die Aussagekraft der Studie einschränkt. Die Autorenschaft der Studie ist sich aber trotz dieser Einschränkungen überzeugt, dass diese Studie die mangelnde Ausbildung des Notfallpersonals in Bezug auf Psychiatrie-Pflege zum Vorschein bringt.</p> <p>Die Schlussfolgerung gestaltet sich als klar und präzise. Die Schlussfolgerungen spiegeln die Ergebnisse der Studie wieder.</p>

Zusammenfassende Gesamteinschätzung: Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sich um eine Studie handelt, in der die Aussagekraft der Ergebnisse mit Vorsicht zu genießen ist. Es gibt viele Unklarheiten, besonders, wenn man den Methodikteil betrachtet. Es fehlt eine Vielzahl an Informationen (Ein- und Ausschlusskriterien, Informationen zur Stichprobe, etc.). Weiterhin wurden Kernaspekte wie Triangulation bei der Durchführung der Studie nicht berücksichtigt. Die theoretischen Inputs sind teils hilfreich, beeinflussen jedoch den Gesamteindruck der Studie, den man beim Bearbeiten erhält, nicht wirklich. Nichtsdestotrotz sind Ergebnisse vorhanden mit denen man grundsätzlich arbeiten kann. Dies aber vermutlich eher als Bestätigung bereits bestehender Resultate, weniger als verallgemeinerbare neue Erkenntnisse.

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln/Guba:

Positives wird mit + und Negatives mit – gekennzeichnet

- + „member checks“ vorhanden
- + grundsätzlich passend ausgewählte Methodik zur Untersuchung der Fragestellung (Fokusgruppen-Interviews)
- + differenzierte Ergebnisse, diese wurden in verschiedene Themenbereiche aufgeteilt
- + Studie ist wiederholbar auf anderen Notfallabteilungen
- Keine Triangulation vorhanden
- Keine genaue Aufzeichnung des Interview-Inhalts
- Keine Angaben zur Interviewlänge
- Es werden keine Zitate aus dem Interview genannt
- Keine Ethische Genehmigung vorhanden
- Setting nicht beschrieben
- Sample wenig bis gar nicht beschrieben
- sehr geringe Anzahl Teilnehmender (Fünf)
- Ein- und Ausschlusskriterien fehlen

Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Die Evidenzlage der Studie lässt sich dem untersten Niveau der 6S Pyramide nach DiCensio zuordnen.

Bewertung Lincoln und Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung): Die Anfangsdaten wurden sowohl von der Projekt-Autorin als auch von Fachexperten reduziert, analysiert und zu einem späteren Zeitpunkt in Konzeptkarten verarbeitet.

Dependability (Zuverlässigkeit): Externe Fachexperten waren während des Prozesses involviert und wirkten im Datenerhebungs- und Auswertungsprozess mit.

Credibility (Glaubwürdigkeit): Es wurde ein Member-Checking durchgeführt. Die Teilnehmenden erhielten die Ergebnisse, um die Gültigkeit der Interpretationen der Forschenden zu prüfen. Es wurde keine Triangulation getätigt.

Transferability (Übertragbarkeit): Die Ergebnisse werden nicht mit Zitaten Teilnehmender untermauert. Die Ergebnisse sind in verschiedenen Kategorien unterteilt.

Verschiedene Faktoren limitieren die Übertragbarkeit. Die Ein- und Ausschlusskriterien und die Informationen zum Sample fehlen, das Setting wird nicht beschrieben. Weiterhin handelt es sich bei fünf Personen um eine sehr geringe Anzahl Teilnehmender.

Anhang C: Übersicht der Resultate

Themenbereich	Resultate	Studie
Diagnostic overshadowing 1.0 Probleme eine Geschichte zu erhalten 1.1	- 95% der Diagnose sei in der Geschichte der Person zu finden - Laut mehreren Teilnehmenden sei es aufgrund bestehender psychischer Erkrankungen schwierig Fragen zu beantworten (Apathie, Ablenkung, NW's) - Sedation verkompliziert Assessment meistens, wenn erforderlich	Studie 1 Studie 1
Probleme bei der Untersuchung 1.2 Mangelndes Wissen des Gesundheitspersonals über psychische Erkrankungen 1.3	- Untersuchung gestalte sich aufgrund Agitiertheit und Misstrauen als schwieriger - erzeugt Unwohlsein in der Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen (Arzt) - Ansichten darüber, wie man mit der Situation umgehen sollte, variierten	Studie 1 Studie 1
Umgebungsbedingte Faktoren 1.4	- Keiner der Teilnehmenden hatte das Gefühl, dass Notfallabteilungen passend für psychisch kranke Patientinnen und Patienten sind. Der Mangel an Privatsphäre und der Lärm wurde als sehr belastend beschrieben - Das Bewusstsein um die negativen Auswirkungen der Notfallabteilung auf die psychisch Kranken führte zu Versuchen Patientinnen und Patienten schnell zu entlassen oder zu verweisen, wenn das physische Leiden nicht frühzeitig erkannt werden konnte	Studie 1
Etikettierung und Stigma 1.5	- Teilnehmende äusserten, dass ihre Art und Weise zu denken von dem Wissen um eine psychische Erkrankung beeinflusst wurde - Man fährt sicherer, wenn man einer wirklichen Gegebenheit ausgeht, aber ich weiss, dass dies nicht jeder tut- Menschen urteilen (Pfleger) - Etikettierungen spielten eine wichtige und negative Rolle in der Beeinflussung des diagnostischen Prozesses - Selbst wenn Patientinnen und Patienten noch keine psychiatrische Diagnose hatten, sich aber mit psychisch bedingt anmutenden Symptomen präsentierten, so sagte man, dass dies die Kliniker von den vorgestellten physischen Beschwerden ablenkte - Neben der Etikettierung „psychisch krank“ gab es zwei weitere, welche mit Stigma assoziiert wurden, nämlich „frequent attenders“ und „substance abusers“	Studie 1
Angst vor Gewalt und Vermeidung 1.6	- Die Angst vor psychisch kranken Patientinnen und Patienten wurde mit Vermeidung in Verbindung gebracht, was wiederum dazu führte, dass diese Patientengruppe weniger informiert über ihre Behandlung war	Studie 1
Zeitdruck 1.7	- Der häufigste diskutierte Umgebungsfaktor war derjenige des Zeitdrucks	Studie 1
Fehlende Umsetzung parallel mit der Psychiatrie zu arbeiten 1.8	- Teilnehmende identifizierten die Zusammenarbeit zwischen der Notfallabteilung und der psychiatrischen Abteilung als besten Weg Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen zu behandeln	Studie 1

Machtlosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - sich der Herausforderung stellen - der Kampf mit den Herausforderungen - unbewegliche Barrieren - Versinken in Hoffnungslosigkeit und die Suche von Entschlusskraft 	Studie 2
Sich den Herausforderungen stellen	<ul style="list-style-type: none"> - Egal welches Alter, welche Erfahrung, welche Fähigkeiten die Pflegenden haben, die Triagierung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Leiden sei im Gegensatz zu Patientinnen und Patienten mit physischem Leiden immer sehr herausfordernd gewesen - Es war aus Sicht Pflegender nicht immer klar, ob sich die psychisch kranken Patientinnen und Patienten wirklich aufgrund akuter Symptomatik oder aufgrund der Suche nach Aufmerksamkeit in Behandlung begaben - man sähe nicht wirklich ein Resultat bei der Behandlung psychisch kranker Menschen im Vergleich zu physisch Kranken - Mangel an Wissen und Fähigkeiten in Sachen Diagnostik und Behandlung - Patientinnen und Patienten werden als manipulativ angesehen, sie würden das System oder Personal ausnutzen 	Studie 2
Das Kämpfen mit Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> - dieses Kämpfen wird folgendermassen definiert: sich nicht des Ausmasses der Effektivität der eigenen Kommunikation bewusst sein, kein Feedback seitens der Betroffenen zu erhalten, sich nicht der Langzeitwirkungen bewusst sein, welche psychische Erkrankungen auf Patientinnen und Patienten haben - Viele Teilnehmende sagten, dass sie ihr bestes für die Patientinnen und Patienten geben würden, unter Benutzung all ihrer Fähigkeiten und Erfahrungen - Für viele Pflegende ist unklar, ob das was sie für diese Patientengruppe tun, hilfreich ist - limitierte Fähigkeiten, Unsicherheit - Angestellte mit längerer Berufserfahrung äusserten, dass sie im Laufe der Zeit ein besseres Verständnis für die Bedürfnisse Betroffener entwickelten. Sie äusserten weiterhin, dass sie das „bigger picture“ sähen; die Fähigkeit nicht zu urteilen/verurteilen und die Fähigkeit sich verschiedener Interventionen zu bedienen, um den Patientinnen und Patienten das Gefühl von Sicherheit, Wohlbefinden und Fürsorge zu vermitteln. 	Studie 2
Unbewegliche Barrieren	<ul style="list-style-type: none"> - verschiedene Bedenken und Problempunkte aus Sicht Pflegender: der Bedarf an Unterbringung und Privatsphäre aller triagierten Patientinnen und Patienten, das Verlangen nach beständigem Teamwork, die Einhaltung der Grundsätze und Verfahren, die mangelnde Ausbildung, die mangelnde Koordination der Dienstleistungen des interdisziplinären Teams und der Wille nach Unterstützung seitens des Managements - viel in der Diskussion mitschwingende Frustration seitens der Pflegenden; es würde sich ja sowieso nichts ändern - unvorteilhafte Infrastruktur - Bedarf an fortlaufender Bildung und Training (einer der am häufigsten diskutierten Punkte). 	Studie 2

Versinken in Hoffnungslosigkeit und die Suche nach Entschlusskraft	- Während der Diskussion kam eine Stimmung der Hoffnungslosigkeit auf (es wird sowieso nicht besser)	Studie 2
Meistern von multiplen Notfällen	- Ungeachtet dessen, ob Psychiatrie-Personal anwesend ist oder nicht, müssen die Teilnehmenden Personen mit psychischen Problemen beurteilen, triagieren und eine Behandlung anbieten- Zusätzlich zur Betreuung anderer Klientinnen und Klienten mit medizinischen Problemen.	Studie 3
Eingeschränkte Unterstützung	- Eine Teilnehmende hat Wertschätzung gegenüber einem männlichen Mitarbeiter oder männlicher Präsenz gesamthaft geäußert, insbesondere was den Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen von Patientinnen und Patienten anbelangt. - Die Polizei kann aufgrund anderer Notfälle nicht immer ihre Hilfe anbieten. - Zusätzliches Personal kann auch die Eskalation einer Situation begünstigen- einerseits aufgrund mangelnden Wissens rund um psychische Erkrankungen, andererseits aufgrund wahrgenommener Einschüchterung.	Studie 3
Bemühungen, um die bestmögliche Pflege zu gewährleisten	- Trotz der Arbeit in einem Umfeld mit limitierter Unterstützung äusserte die Mehrheit der Teilnehmenden, dass sie versuchten Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen die bestmögliche Pflege zu gewährleisten.	Studie 3
Anspruchsvolle Fähigkeiten und Wissen	- Das Fehlen von klinischen Fähigkeiten und Wissen bei der Beurteilung und dem Umgang mit psychisch kranken Personen fand beim Grossteil der Teilnehmenden seinen Nachhall. - Die Teilnehmenden (ausser zwei mit psychiatrischer Erfahrung) schätzten ihren Wissensstand als gering ein, besonders, wenn es um komplexe psychiatrische Erkrankungen, psychiatrierelevante Medikamente oder spezifische Fragestellungen geht. - Bei herausforderndem Verhalten psychiatrisch Betroffener Patientinnen und Patienten, sowie Intoxikierter, gaben die Teilnehmenden an, sich unwohl oder eingeschüchtert zu fühlen. - Die Teilnehmenden achteten mehr auf ihre nonverbale Kommunikation, wenn sie mit psychisch kranken Personen interagierten.	Studie 3
Das Erleben von Frustration	-Der Kern der Frustration bestand in einem empfundenen Insuffizienz-Gefühl bei der Betreuung psychisch kranker Patientinnen und Patienten. Der Mangel an Zeit, um eine therapeutische Beziehung herzustellen, wurde auch als Auslöser von Frustration definiert. - Andere Themen waren auch, dass die Patientinnen und Patienten sich verdrückten, während sie auf die Resultate oder auf die Überweisung in eine Psychiatrie zu warten hatten.	Studie 3
Schwierigkeiten bei der Navigation des Systems	- Zusätzliche Frustration resultierte aus der Navigation des Systems der psychischen Gesundheitsfürsorge und der Koordination der Patientinnen und Patienten, welche sich aufgrund psychischen Leidens vorstellten.	Studie 3
Defizite der Telefontriage	- Die Mehrheit der Teilnehmenden fand die Telefontriage für die Beurteilung der Patientinnen und Patienten	Studie 3

	ungeeignet und weiterhin abhängig von der nonverbalen Kommunikation	
	- Die Unstimmigkeiten zwischen den Pflegenden und der Telefontrage war ein potenzieller Konflikt-punkt. Die Betroffenen Personen haben zum Teil die Telefonate abgelehnt.	
Koordination der Betreuung	- Die Teilnehmenden fanden die Betreuung von Patientinnen und Patienten weniger problematisch während der Geschäftszeiten, da dann ein Psychiater anwesend war und dieser das Assessment von Angesicht zu Angesicht und die Behandlung übernahm.	Studie 3
Stigma	- Die Teilnehmenden konnten stigmatisierende Einstellungen, welche sie gegenüber Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen in der Begegnung innehatten, reflektieren.	Studie 3
Mehr Ausbildung und Unterstützung	- Um die aktuelle Lage (Fokus auf ländliche Notfallpflege) zu verbessern, gaben die Teilnehmenden an, dass Bedarf an psychiatriespezifischer Schulung besteht.	Studie 3
3 Kernthemen kamen auf: Probleme in Bezug auf		Studie 4
- Umgebung oder Ressourcen		
- Die Angestellten betreffende Faktoren		
- Patientenfaktoren		
Zitate Teilnehmender betreffend Angemessenheit der Notfall-Ausgestaltung	- Notaufnahmen sind der falsche Platz. Es ist ein Problem des Systems. Notfallaufnahmen sind auf genau das ausgerichtet, was im Falle der Betreuung einer psychisch kranken Person ungünstig ist: Damit ist die Balance zwischen Privatsphäre und Sichtbarkeit gemeint, der Geräuschpegel ist falsch, es bedarf eines so breiten Trainings der Angestellten, dass Themen rund um psychische Gesundheit verloren gehen oder entpriorisiert werden (Arzt)	Studie 4
	- oft sind Patientinnen und Patienten unfreiwillig in Begleitung eines Sicherheitsdiensts da, was schon zu Vorfällen geführt hat, welche wiederum einen Effekt auf die Fürsorge anderer Patientinnen und Patienten hatten (Arzt)	
	- Hauptbarriere ist der Mangel an technischer/materieller Infrastruktur (Arzt)	
	- keine Privatsphäre, Interviewräume oft zu weit vom Notfall weg (Pfleger)	
Zitate Teilnehmender betreffend Einstellungen der Angestellten	- hegen oft Groll; es kann die Pflege der anderen Patientinnen und Patienten gefährden (Arzt)	Studie 4
	- Oft herrscht in der Notaufnahme die Annahme, dass die Patientinnen und Patienten die Probleme selbst kreiert haben (Arzt)	
	- Viele der psychisch Kranken kommen immer und immer wieder, sie ändern nichts; Patientinnen, Patienten und Angestellte sind deshalb frustriert (Arzt)	
	- immer noch herrscht ein grosses Stigma gegenüber psychisch kranken Menschen. Die Ärzteschaft, sowie die Pflege sind hart. Sie teilen die Meinung, dass Betroffene sowieso wieder in ihrem Verhalten rückfällig werden (Arzt)	

Zitate Teilnehmender betreffend Arbeitsbelastung und Zeitdruck	<ul style="list-style-type: none"> - wir stehen unter Druck alle Patientinnen und Patienten zu sehen, die zu uns kommen. Um dies zu erreichen und besser zu werden, wird oft in der Kommunikation gekürzt, besonders bei psychisch Kranken (Arzt) - Psychisch kranke Patientinnen und Patienten benötigen einen beträchtlichen Zeitaufwand, welchen wir schlichtweg nicht bieten können (Pfleger) 	Studie 4
Zitate Teilnehmender betreffend Wissen, Zuversicht/Vertrauen, sowie Ausbildung oder Erfahrung	<ul style="list-style-type: none"> - Es bestehen Wissenslücken und ein Mangel an Fähigkeiten im Umgang mit psychisch kranken Kindern und Teenagern (Arzt) - Ich habe zwar ein bisschen etwas gelernt, z.B. die Betrachtung des Affekts, der Stimmung, die Art wie jemand spricht; was fehlt, ist assistiertes Training. (Pfleger) 	Studie 4
Einfluss von Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none"> - Bezüglich des Einflusses gab es unterschiedliche Aussagen. So äusserten mehrere, dass Komorbiditäten das Assessment, sowie das Zeitmanagement verkomplizieren (6 Ärzte, 11 Pfleger); ein anderer Teil meinte, dass die meisten Patientinnen und Patienten Komorbiditäten hätten und es somit nur einen minimalen Einfluss gäbe (1 Arzt, 6 Pfleger). 	Studie 4
Zitate Teilnehmender betreffend Bildung als Strategie für verbesserte Pflege psychisch kranker Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - es muss mehr Training rund um psychische Gesundheit für Triage-Pfleger geben (Pfleger) 	Studie 4
Zitate Teilnehmender betreffend Notfall-Neuplanung als Strategie für verbesserte Pflege psychisch kranker Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - wir brauchen ein paar extra Kabinen/Räume. Es besteht Bedarf an einem besseren System für Betroffene, um hereinzukommen, eingeschätzt zu werden und von einem Psychiatrie-Pfleger gesehen zu werden (Pfleger) - Umgebungsanpassung wäre meine Nummer 1 (Pfleger) - Eine Sache, die helfen würde, wären extra Räume für psychische Gesundheit (Arzt) 	Studie 4
Zitate Teilnehmender betreffend der Eignung einer Notaufnahme als Zugangspunkt psychisch kranker Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> Ich halte es für wichtig, dass auch psychisch kranke Patientinnen und Patienten eine ordentliche körperliche Untersuchung erfahren sollten, aber ich denke nicht, dass dies notwendigerweise alle Patientinnen und Patienten sein sollten, die in die Notaufnahme kommen (Arzt). 	Studie 4
Zitate Teilnehmender betreffend der Verbesserung der interdisziplinären Beziehungen als Strategie für eine bessere Pflege psychisch kranker Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - Es soll ein Modell geben für solche Patientinnen und Patienten, welche sich nicht klar der Toxikologie, Medizin oder Psychiatrie zuordnen lassen. Alle Parteien sollen in der Pflege dieser Menschen involviert sein (Pfleger) 	Studie 4
3 wichtige Lernbereiche für Notfallpflegepersonal	<ul style="list-style-type: none"> - Kundenorientierung - Aggressionen und Gewalt am Arbeitsplatz - Umgang bezüglich sich aufgrund psychischer Erkrankungen vorstellender Patientinnen und Patienten 	Studie 5
Unterteilung „Umgang mit sich aufgrund psychischer Erkrankungen vorstellender Patientinnen und Patienten“ in 3 Lernbereiche	<ul style="list-style-type: none"> -Theorie bezüglich sich aufgrund psychischer Erkrankungen vorstellender Patientinnen und Patienten - Assessment zur psychischen Gesundheit auf der Notfallstation - chemische Abhängigkeit- Drogen und Alkohol 	Studie 5

Kundenorientierung	<ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmende der Fokusgruppe beobachteten, dass die Behandlung psychisch Kranker gelegentlich inadäquat war und Ursache für chemische oder physische Zurückhaltung seitens der Patientinnen und Patienten und dass diese deshalb längere Aufenthalte in der Notaufnahme hatten. Diese Mängel wurden mit einer ungeeigneten Kommunikationsstrategie in Verbindung gebracht. - Teilnehmende identifizierten, dass Angestellte mit mangelndem Wissen und mangelnder Fähigkeit die Reaktionen der Patientinnen und Patienten zu verstehen, Barrieren in der Kommunikation in vielerlei Situationen kreieren. - weiterhin käme es laut Fokusgruppe zu Kommunikationsproblemen, wenn Frustration von Besuchern und Patientinnen und Patienten aufgrund langer Wartezeiten aufträte 	Studie 5
Aggressionen und Gewalt am Arbeitsplatz	<ul style="list-style-type: none"> - besonders ein Problem bei intoxikierten Patientinnen und Patienten - laut Fokusgruppe zwei Wege wie das Personal mit Konfliktsituationen umging: <ul style="list-style-type: none"> 1) Der Weg des Personals, der Erfahrung mit geeigneten Diffusions-Fähigkeiten hat 2) Der Weg derjenigen, welcher sich der Hinweise, des Potenzials oder der bevorstehenden Gewalt nicht bewusst waren - Vorfälle aufrührerischen Verhaltens der Angestellten gegenüber den psychisch kranken Patientinnen und Patienten. Solches Verhalten riss die Patientinnen und Patienten mit, infolgedessen es zu aggressivem Verhalten ihrerseits kam - Mitarbeitende seien sich des Mangels an umgebungsgebundener Sicherheit nicht bewusst, vor allem im Kontakt mit potenziell gewalttätigen Menschen - Mangelnde Dokumentation von Vorfällen, in welchen Aggression eine Rolle spielte 	Studie 5
Theorie bezüglich sich aufgrund psychischer Erkrankungen vorstellender Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> - Laut Fokusgruppe war die Bildung zur psychischen Gesundheit so geringfügig, dass sie ihnen nur limitierte Fähigkeiten und Zuversicht gab, um dieses Wissen im Notfall-Kontext anzuwenden 	Studie 5
Assessment zur psychischen Gesundheit auf der Notfallstation	<ul style="list-style-type: none"> - Die Teilnehmenden zogen in Betracht, dass Notfallpflegende und medizinisches Personal variierende Niveaus hatten, was die Kompetenz und das Selbstvertrauen, besonders bei der Durchführung von Assessments zur psychischen Gesundheit und Interviewtechniken bei Patientinnen und Patienten, welche sich mit psychischen Krankheiten präsentieren, angeht - Laut Teilnehmenden gäbe es Notfallpersonal, welches psychiatrische Patientinnen und Patienten aktiv meide, weil sie diese als soziale oder verhaltensbedingte Probleme wahrnehmen würden, sie bevorzugten „richtige“ Patientinnen und Patienten, zum Beispiel Trauma-Opfer - Ausserdem bestrafe manches Personal „schlechtes“ Verhalten mittels Zuteilung tieferer Triage-Scores und längerer Wartezeiten 	Studie 5

Chemische Abhängigkeit

- Die Fokusgruppe bestätigte, dass sie eine gute Unterstützung seitens des multidisziplinären Teams bei Drogen- und Alkoholthematiken erhielten. Diese Teammitglieder seien regelmässig auf der Notfallstation unterwegs, sei es aufgrund Patientinnen- und Patienten-Einschätzungen, der Implementierung des Selbstverletzungs-Interventions-Programms oder der zur Verfügungstellung von Unterstützungsmassnahmen.

Studie 5

Kernthemen

- Wissen/Ausbildung
- Umgebungsbedingte Faktoren
 - o Zeitlich
 - o Räumlich
 - o Personalbedingt
 - o strukturell
- Einstellungen gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten
- Selbstkundgabe/Insuffizienzgefühl/Frustration
- Umgang mit Komorbiditäten
- Behandlungerschwerende situativ bedingte Faktoren
- Kommunikation
- Sonstiges

Hierarchie:

- 1) 5 Studien: Wissen/Ausbildung, Umgebungsbedingte Faktoren, Einstellungen gegenüber psychisch kranken Patientinnen und Patienten
- 2) 4 Studien: Selbstkundgabe/Insuffizienzgefühl/Frustration (alle ausser Studie 1)
- 3) 3 Studien: Kommunikation (Studien 3,4,5)
- 4) 2 Studien:
- 5) 1 Studie: Behandlungerschwerende situativ bedingte Faktoren Studie 1, Umgang mit Komorbiditäten Studie 4