

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
DIREKTION PFLEGE UND PÄDAGOGIK
Bernd Kozel

Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60
info.dpp@gef.be.ch, www.gef.be.ch/upd

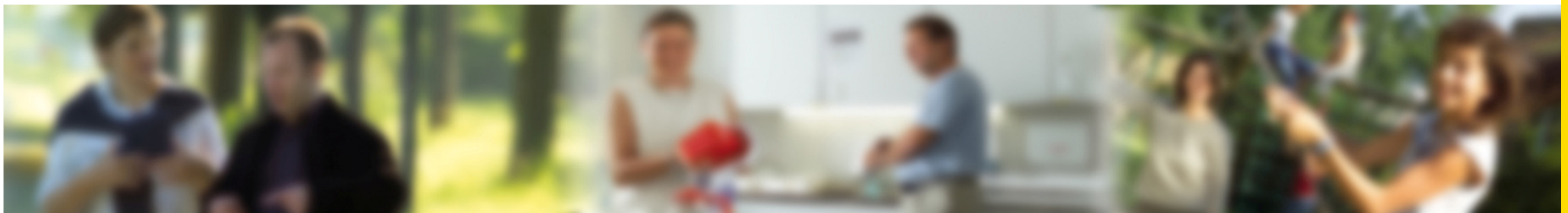


Systematisierte Einschätzung der Suizidalität: Instrumente und Erfahrungen

Bernd Kozel

Konrad Michel

Christoph Abderhalden



Donnerstag, 15. September 2011

Hintergrund

- Die **Risikobeurteilung** der Suizidgefährdung ist eine wichtige und verantwortungsvolle Aufgabe in der Psychiatrie
- Einige Experten empfehlen die Verwendung geeigneter **Einschätzungsinstrumente** (Cutcliffe 2005, Ebner 2005, Lyons 2000)
- **Problem:** Es gibt viele Instrumente, aber:
 - sie werden fast nur in Studien verwendet, nicht im Alltag
 - sie unterscheiden kaum Basissuizidalität und akute Suizidalität
 - sie berücksichtigen kaum das Erleben der PatienInnen
 - sie berücksichtigen nicht den klinischen Gesamtkontext

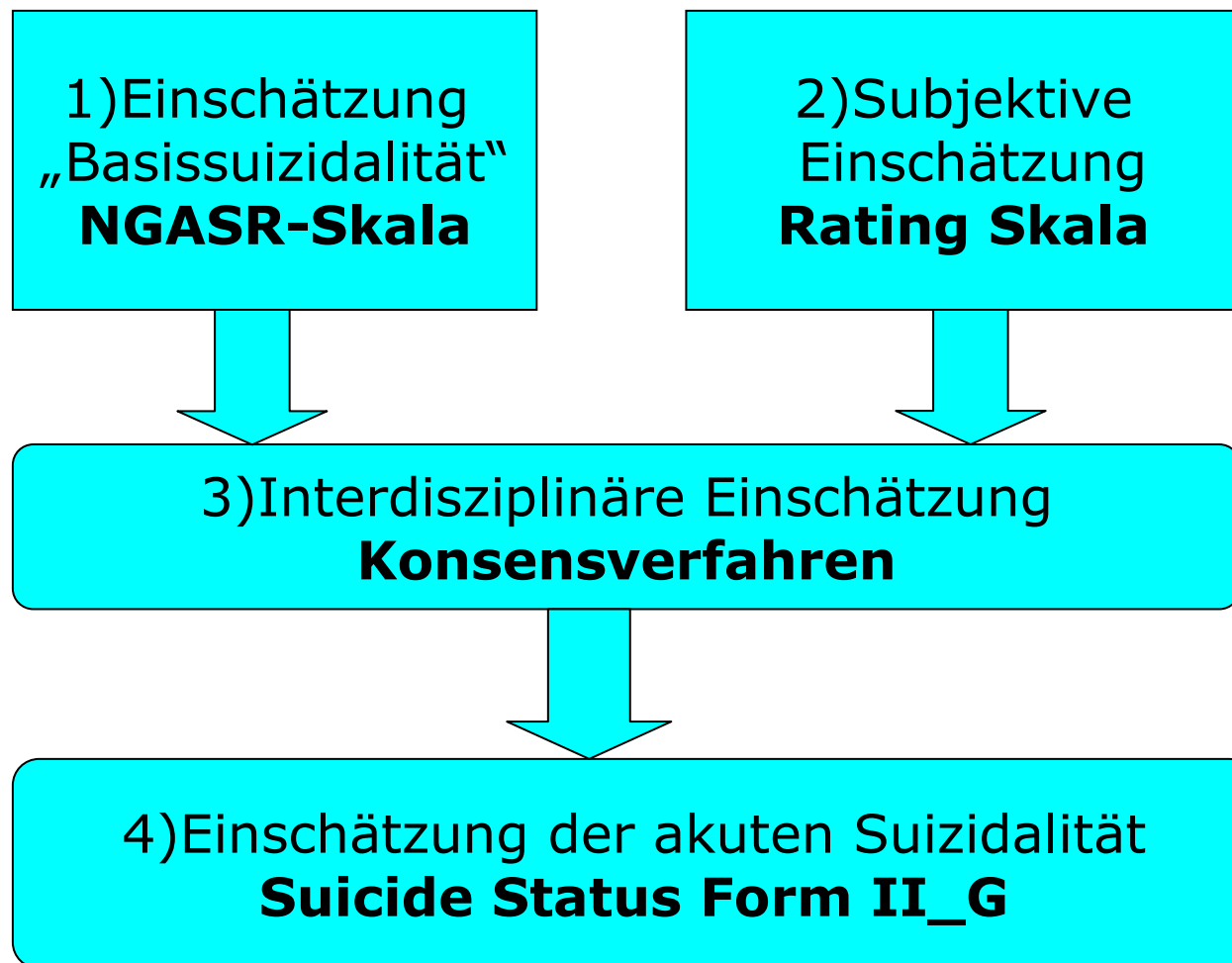
Hintergrund

Praxisentwicklungsprojekt Bern

- Initiative aus der Praxis
- Literatursuche
- Auswahl eines Instrumentes (NGASR)
- Übersetzung NGASR, Prüfung Beurteilerübereinstimmung (Interraterreliabilität), Anleitung
- Evaluation Erfahrungen NGASR (D, CH)
- Praxistest Bern: Systematisches Assessment der Suizidalität
- Kombination: Risikoscreening (NGASR) + strukturierte Einschätzung der Suizidalität gemeinsam mit den PatientInnen (SSF_II)

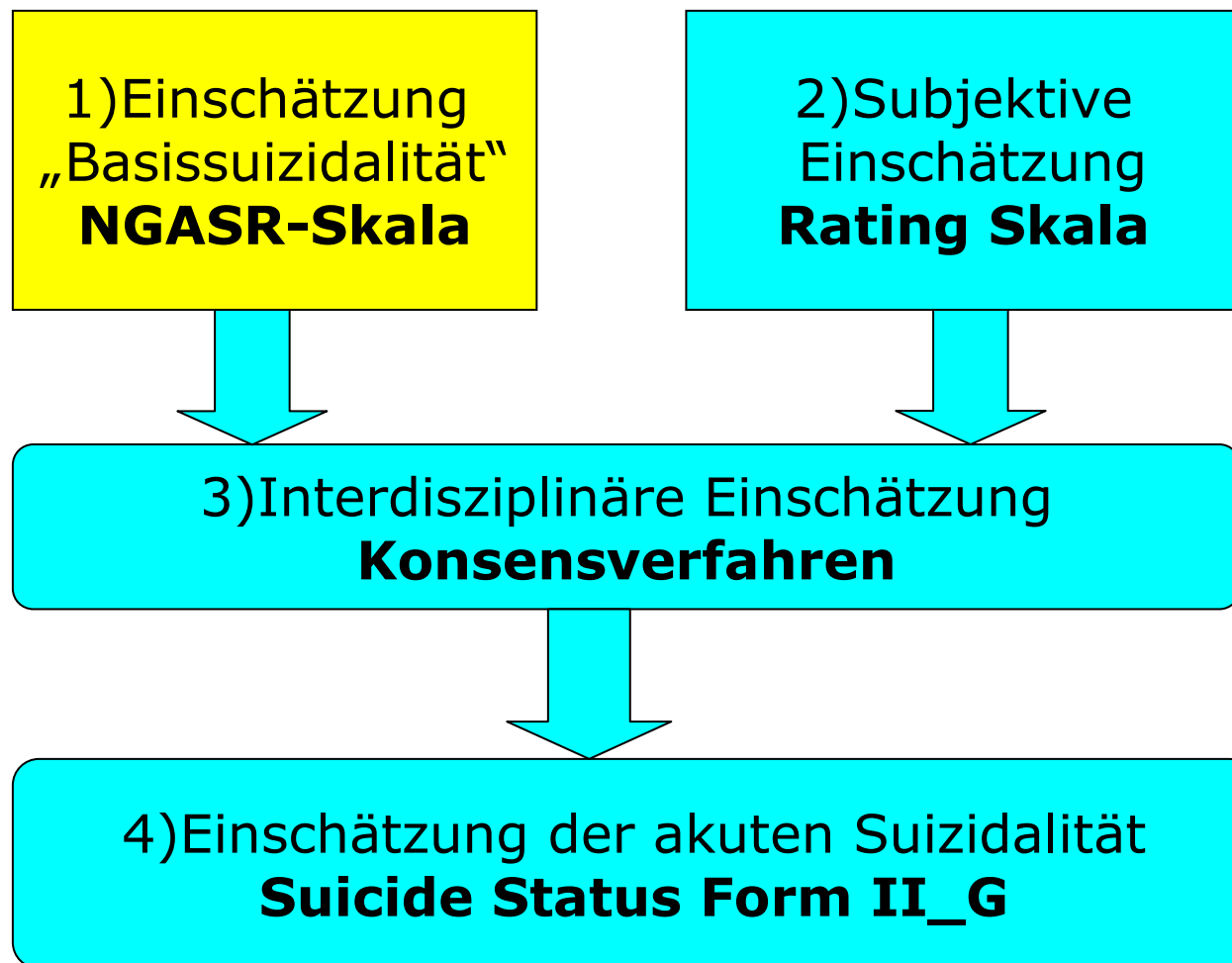


Ablauf „Einschätzung Suizidalität“





Ablauf „Einschätzung Suizidalität“



1) Einschätzung „Basissuizidalität“

Risikoscreening mittels NGASR-Skala

- Bei allen eintretenden PatientInnen
- 16 evidenzbasierter Risikofaktoren für Suizid („Basissuizidalität“)
- Risikostufen:
 - 1=kleines Risiko
 - 2=mässiges Risiko
 - 3=hohes Risiko
 - 4=sehr hohes Risiko

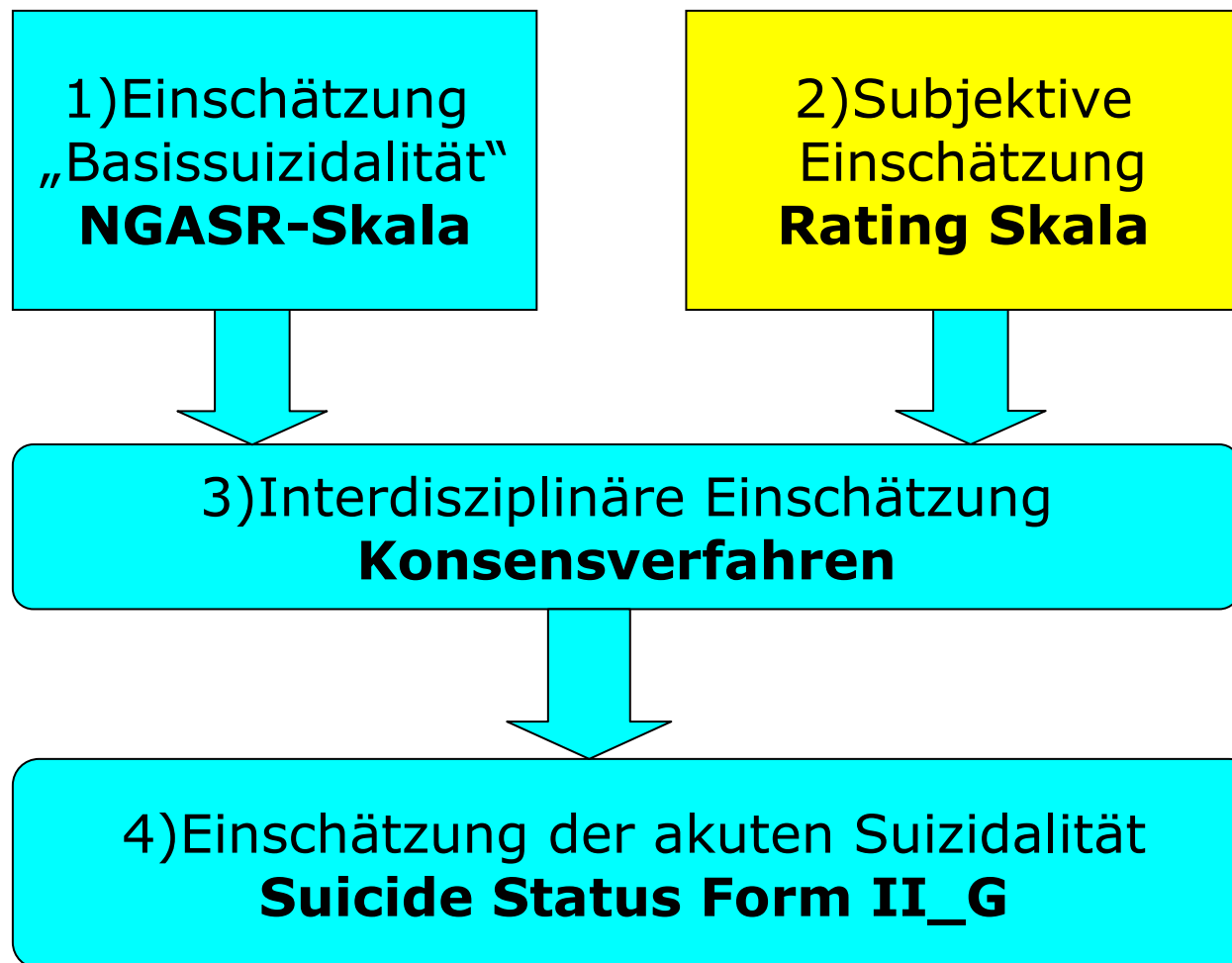
1) Einschätzung „Basissuizidalität“



Kriterien	Punktwerte
1) Vorhandensein/Einfluss von Hoffnungslosigkeit	3
2) Kürzliche, mit Stress verbundene Lebensereignisse z.B.: Verlust der Arbeit, finanzielle Sorgen, schwebende Gerichtsverfahren	1
3) Deutlicher Hinweis auf Stimmen hören/Verfolgungsideen	1
4) Deutlicher Hinweis auf Depression, Verlust an Interesse oder Verlust an Freude	3
5) Deutlicher Hinweis auf sozialen Rückzug	1
6) Äußerung von Suizidabsichten	1
7) Deutlicher Hinweis auf einen Plan zur Suizidausführung	3
8) Familiengeschichte von ernsthaften psychiatrischen Problemen oder Suizid	1
9) Kürzlicher Verlust einer nahe stehenden Person oder Bruch einer Beziehung	3
10) Vorliegen einer psychotischen Störung	1
11) Witwe/Witwer	1
12) Frühere Suizidversuche	3
13) Vorliegen schlechter sozioökonomischer Verhältnisse z.B.: Schlechte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Armut	1
14) Vorliegen von Alkohol -oder anderem Substanzmissbrauch	1
15) Bestehen einer terminalen Krankheit	1
16) Mehrere psychiatrische Hospitalisationen in den letzten Jahren, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung	1
Total	26




Ablauf „Einschätzung Suizidalität“



2) Subjektive Einschätzung

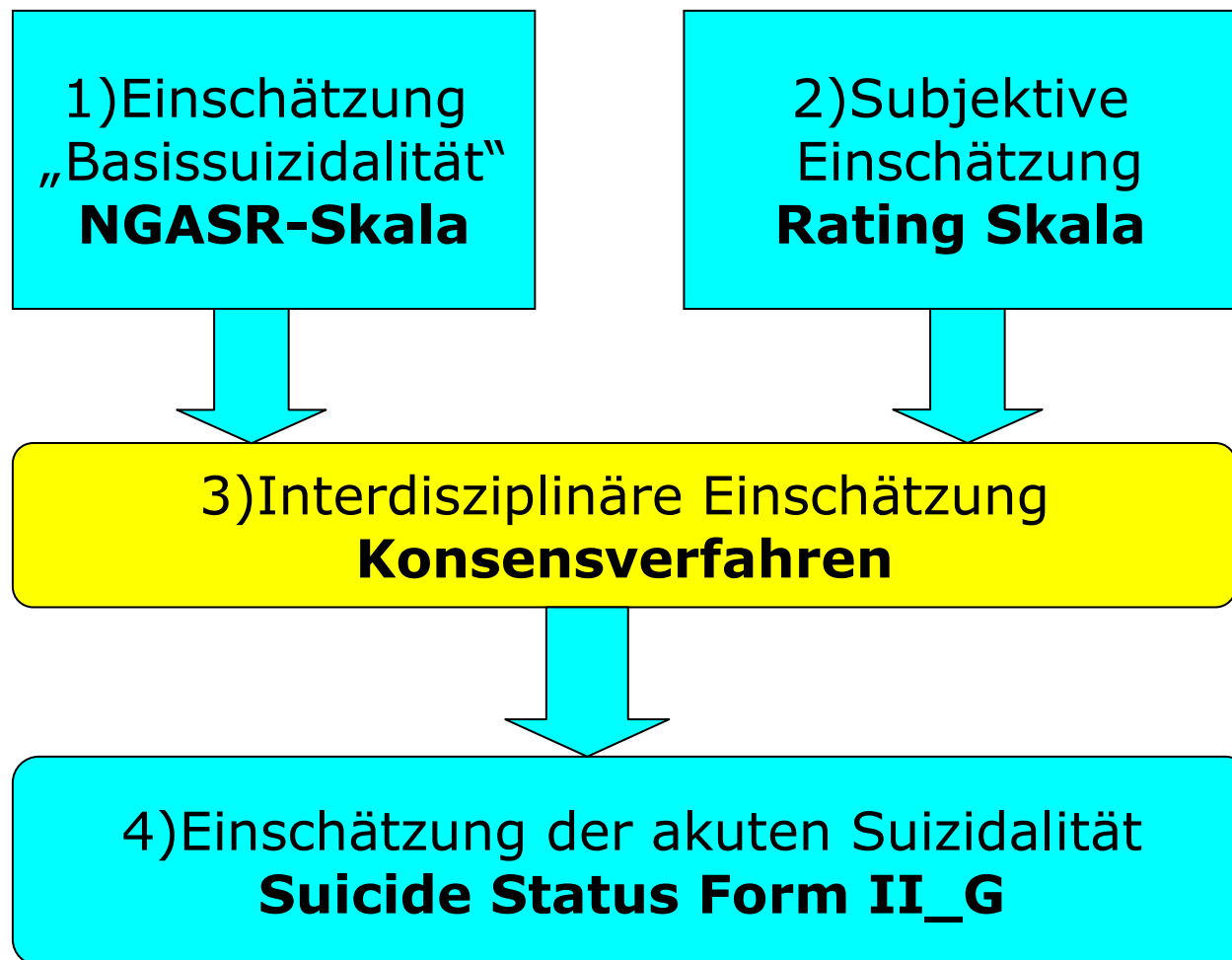
Subjektive Rating-Skala:

- subjektive, gefühlsmäßige, intuitive Einschätzung
- Skala von 1 für „kleines Risiko“ bis 4 für „sehr hohes Risiko“ vor

Subjektive Einschätzung des Suizidrisikos				
Wie gross ist nach Ihrer subjektiven, gefühlsmässigen, intuitiven Einschätzung das Suizidrisiko?				(mit X markieren)
				
	kleines Risiko	mässiges Risiko	hohes Risiko	sehr hohes Risiko
Punkte	1	2	3	4
				→



Ablauf „Einschätzung Suizidalität“





3) Interdisziplinäre Einschätzung

- Auf der Basis der 1) Objektiven und 2) Subjektiven Einschätzung wird die 3) **tatsächliche Risikostufe** festgelegt
- Die Festlegung der tatsächlichen Risikostufe ist ein **Konsens** zwischen Arzt und Bezugspflegerperson
- **Risikostufen:** 1 für „kleines Risiko“ bis 4 für „sehr hohes Risiko“
- Die Festgelegte Risikostufe ist **massgebend** („Diagnose der Suizidgefährdung“) für den weiteren Behandlungsverlauf

Interdisziplinäre Einschätzung des derzeitigen Suizidrisikos (<i>Teammitglieder aufführen</i>)	Risikostufe

Interventionen

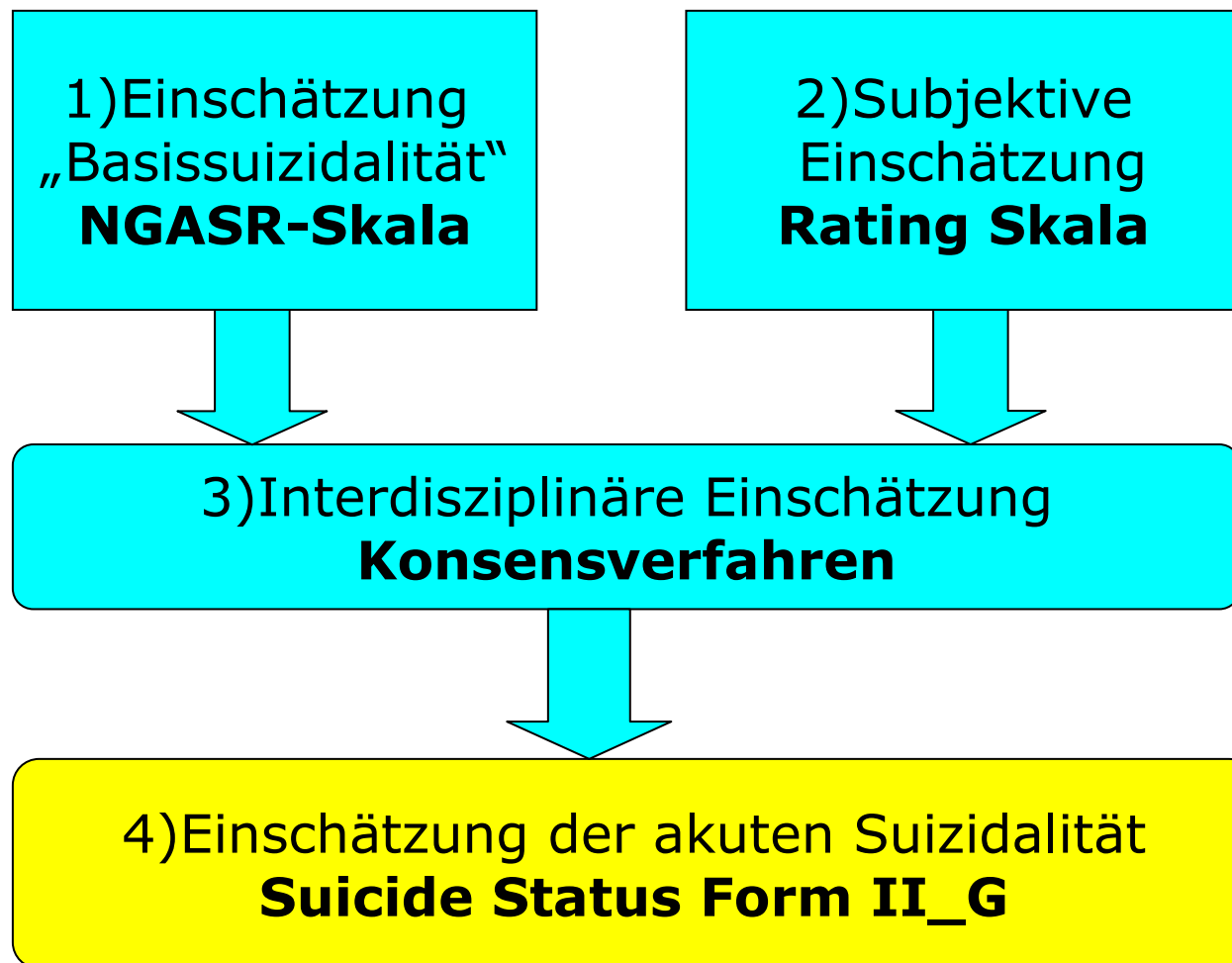
- eine Risikobeurteilung der Suizidalität muss Konsequenzen haben
- Zuordnung von Interventionen zu den einzelnen Risikostufen (siehe Auszug zur Risikostufe 4)

☐ Stufe 4 = sehr hohes Risiko

- ☒ Dokumentation des Suizidalitätsgrades im Pflegebericht
- ☒ Einschätzung der akuten Suizidalität in Intervallen mit dem SSF_II_G mit Dokumentation der Risikogefährdung (Intervalle festlegen)
- ☒ 1:1 Betreuung (Dauer festlegen aufgrund SSF_II_G)
- ☒ Absprachefähigkeit überprüfen und verbindliche Absprachen treffen
- ☒ Versprechen, dass sich PatientIn bei Suizidgedanken meldet
- ☒ Ausgangs- und/ oder Urlaubsregelung treffen
- ☐ Notfallplan überprüfen (falls keiner vorhanden: Neuen erstellen)
- ☐ Abgabe von (Reserve)Medikamenten
- ☐ Stationstüre schliessen



Ablauf „Einschätzung Suizidalität“



4) Einschätzung akute Suizidalität

Strukturierte Einschätzung gemeinsam mit den Patienten

- Instrument: Suicide Status Form II (SSF-II) (Jobes 1997)
- **Suicide Status Form II German Version** (Gekle & Michel 2003)
- **Anwendung:** wenn Risikostufe 3 oder 4 festgelegt wurde
- **Selbstbeurteilung** durch den Patienten gemeinsam mit der Bezugspflegeperson oder dem Arzt

4) Einschätzung akute Suizidalität

Theoretischer Hintergrund (1)

- Suizid / Suizidversuch ist eine zielorientierte Handlung (Michel & Valach 1997)
- Kurzfristiges Ziel: einem unerträglichen inneren Zustand ein Ende zu setzen. „Escape from self“ (Baumeister 1990)
- Dem Entschluss zur „erlösenden“ Suizidhandlung geht meistens eine längere Entwicklung voraus (Michel 2004)
- Es gibt lebensorientierte und suizidorientierte Ziele (Michel 2004)

4) Einschätzung akute Suizidalität

Theoretischer Hintergrund (2)

Der suizidale Patient erlebt:

- Seelische Schmerzen / unerträgliche Gedanken (Sheidman 1983)
- Selbstentwertung / Selbsthass
- Hoffnungslosigkeit
- Dissoziation – eine Handlung wird nicht schmerzhaft oder angstbesetzt erlebt, die Erleichterung steht im Vordergrund (Orbach 2003)

4) Einschätzung akute Suizidalität

Theoretischer Hintergrund (3)

- Nur der Patient kann Auskunft darüber geben, was in ihm vorgeht (Gefühle, Gedanken, usw.)
- Der Patient hat die Kompetenz, seine Geschichte zu erzählen
- Der Patient ist der eigentliche Experte seiner Suizidalität
- In diesem Sinn versucht die Suicide Status Form II abzubilden, was im Patienten vorgeht, der Patient beurteilt sich selbst
- Die Suizidalität des Patienten wird gemeinsam betrachtet
- „I want to see it through your eyes“ (Jobes 1997)

Teil A : PatientIn und UntersucherIn gemeinsam! „I WANT TO SEE IT THROUGH YOUR EYES“



Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich gerade jetzt fühlen (Bitte zutreffende Zahl einkreisen). Ordnen Sie nachher in der linken Spalte die Fragen entsprechend der Wichtigkeit, die Sie ihnen zuordnen. Dabei steht 1 für die wichtigste und 5 für die unwichtigste Frage.

Rang

.....	<p>1) Beurteilen Sie den psychischen Schmerz (Gefühl der Verletzung, des Leids, des Elends, nicht jedoch Anspannung und Stress oder körperlichen Schmerz):</p> <p style="text-align: center;">niedriger psychischer Schmerz: 1 2 3 4 5 : hoher psychischer Schmerz</p> <p>Ich finde psychisch am schmerzhaftesten:</p>
.....	<p>2) Beurteilen Sie das Ausmass des aktuellen inneren Stresszustandes (Ihr allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überwältigt zu sein u.ä.):</p> <p style="text-align: center;">niedriger innerer Stresszustand: 1 2 3 4 5 : hoher innerer Stresszustand</p> <p>Für mich ist am meisten mit Stress verbunden:</p>
.....	<p>3) Beurteilen Sie innere Spannung und Erregung (bedrängende Gefühlsinhalte, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas – ohne zu wissen was – tun; nicht jedoch Verärgerung, nicht „Verleider“):</p> <p style="text-align: center;">niedrige Erregung: 1 2 3 4 5 : hohe Erregung</p> <p>Ich habe am ehesten das Bedürfnis etwas zu tun, um diesem Erregungszustand ein Ende zu setzen, wenn:</p>
.....	<p>4) Beurteilen Sie die Hoffnungslosigkeit (Ihre Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie machen werden):</p> <p style="text-align: center;">wenig Hoffnungslosigkeit: 1 2 3 4 5 : viel Hoffnungslosigkeit</p> <p>Ich bin am hoffnungslosesten in Bezug auf:</p>
.....	<p>5) Beurteilen Sie die Selbstentwertung, den Selbsthass (Ihr allgemeines Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, keinen Selbstwert zu haben, sich selbst nicht zu respektieren):</p> <p style="text-align: center;">wenig Selbstentwertung: 1 2 3 4 5 : viel Selbstentwertung</p> <p>Was ich an mir am meisten ablehne, ist:</p>
	<p>6) Allgemeine Einschätzung der Suizidgefährdung:</p> <p style="text-align: center;">extrem niedrig (werde mich <u>nicht</u> umbringen): 1 2 3 4 5 : extrem hoch (werde mich umbringen)</p>



1) Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von **Gefühlen und Gedanken über sich selbst?**

Überhaupt nicht 1 2 3 4 5 völlig

2) Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von **Gefühlen oder Gedanken anderen gegenüber?**

Überhaupt nicht 1 2 3 4 5 völlig

Bitte schreiben Sie im Folgenden möglichst viele Gründe oder Motive auf, warum Sie leben wollen, oder warum Sie sterben wollen. Bitte ordnen Sie dann die einzelnen Gründe entsprechend ihrer Wichtigkeit von 1 – 5 in der Spalte „Rang“.

Rang	Gründe/Motive für das Leben	Rang	Gründe Motive für den Tod

Mein Wunsch zu leben, ist: **Überhaupt nicht vorhanden:** 1 2 3 4 5 6 7 8 : ganz besonders stark

Mein Wunsch zu sterben, ist: **Überhaupt nicht vorhanden:** 1 2 3 4 5 6 7 8 : ganz besonders stark

Das, was mir am meisten helfen würde, nicht mehr an Suizid zu denken, wäre

.....

4) Einschätzung akute Suizidalität

Ziele bei der Anwendung der SSF_II_G

1. „Therapeutische Beziehung“

- Der Patient hat Raum über sich zu sprechen, ihm wird wertfrei zugehört
- Der Patient erfährt Offenheit und Interesse an seinem inneren Erleben
- Der Patient spürt, dass er verstanden wird
- Der Patient glaubt das ihm geholfen wird
- Der Patient spürt, dass er gemeinsam mit jemandem an seinen Schwierigkeiten arbeitet

4) Einschätzung akute Suizidalität

Ziele bei der Anwendung der SSF_II_G

2. Verwendung der erhobenen Daten zur „Behandlung der Suizidalität“
 - Erkennen von Handlungsmustern, die beeinflusst werden können
 - Einüben/ erlernen von Skills
 - Notfallpläne, Notfallkoffer, usw.
3. Beurteilung der akuten Suizidalität durch Interpretation der erhobenen Daten aus dem Gespräch über die Suizidalität

Erfahrungen

Evaluation

- Sammlung der Risikobeurteilungen und Auswertung der Häufigkeiten der Risikostufen (UPD / Kilchberg)
- Sicherheitsempfinden bei der Einschätzung der Suizidalität (10-cm VAS T1-T2, UPD / Kilchberg)
- Überprüfung des Zeitaufwandes für das Risikoscreening (Kilchberg)
- Leitfadeninterviews unmittelbar nach der Anwendung der NGASR-Skala und der Suicide Status Form II (Beischreibung Fallbeispiel, UPD)

Praxisentwicklungsprojekt

- Zeitraum: März bis August 2008 (6 Monate)
- Setting: Allgemeinpsychiatrie, 2 offene Stationen
- Geschlecht: M=29, W= 25
- Alter in Jahren: Mittelwert 41

	Risikostufen			
Einschätzungen (n=54)	1	2	3	4
Basissuizidalität	15 (27,8%)	23 (42,6%)	11 (20,4%)	5 (9,3%)
Subjektiv	37 (68,5%)	11 (20,4%)	2 (3,7%)	1 (1,9%)
Interdisziplinär	38 (70,4%)	8 (14,8%)	2 (3,7%)	1 (1,9%)



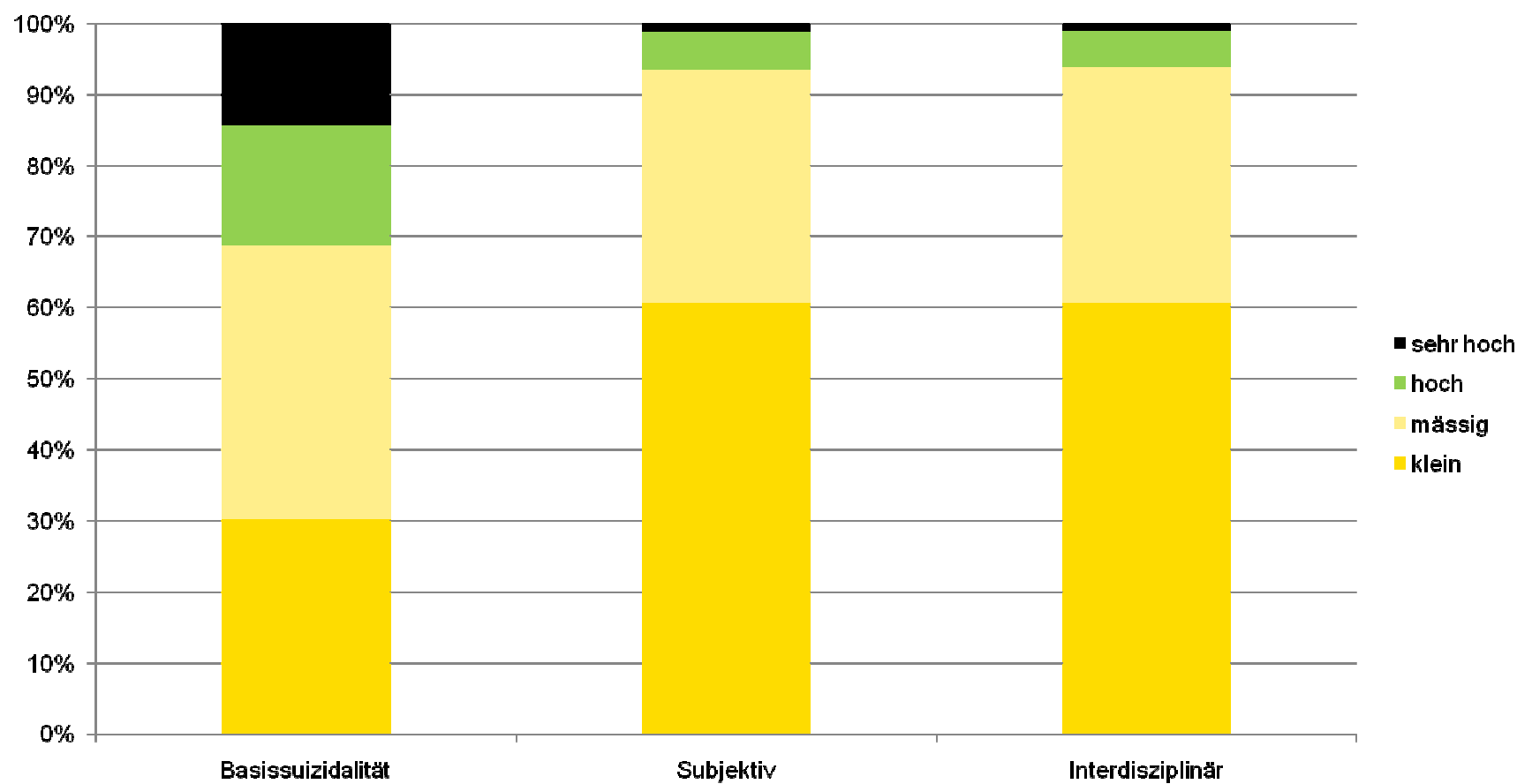
Praxisentwicklungsprojekt

	Risikostufe	
Einschätzung (n=54)	1 + 2	3 + 4
Basissuizidalität	38 (70,4%)	16 (29,7%)
Subjektiv	48 (88,9%)	3 (5,6%)
Interdisziplinär	46 (85,2%)	3 (5,6%)

- Das SSF_II_G wurde bei **4 PatientInnen** durchgeführt
- **18,75%** der PatientInnen mit einer hohen bis sehr hohen Basissuizidalität wurden als akut suizidal betrachtet (Anwendung SSF_II_G)
- **Ein Patient** wurde erst während des Behandlungsverlaufes als akut suizidal betrachtet (Anwendung SSF_II_G)

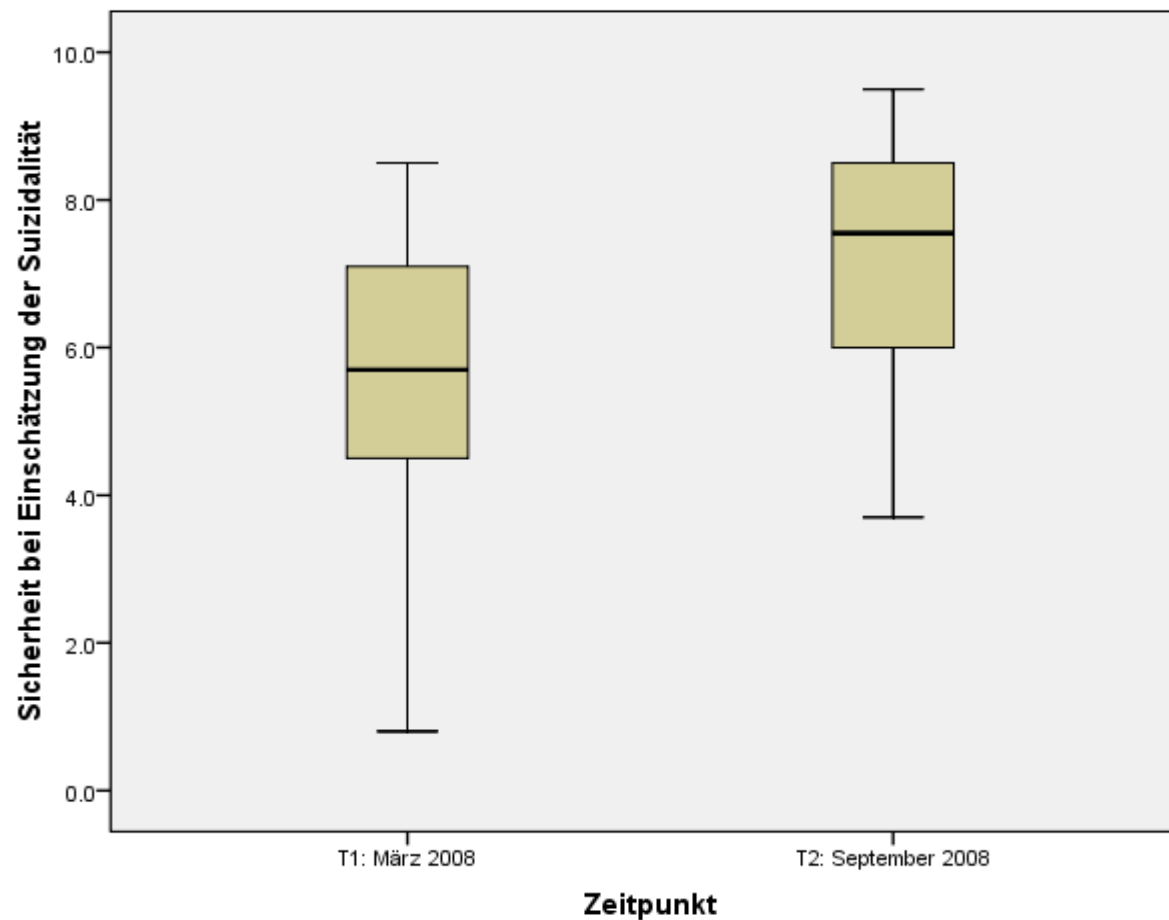


Verteilung Risikostufen UPD





Sicherheit beim Einschätzen UPD



Mann-Whitney-Test

T1

N=31

T2

N=22

Signifikanz

.003

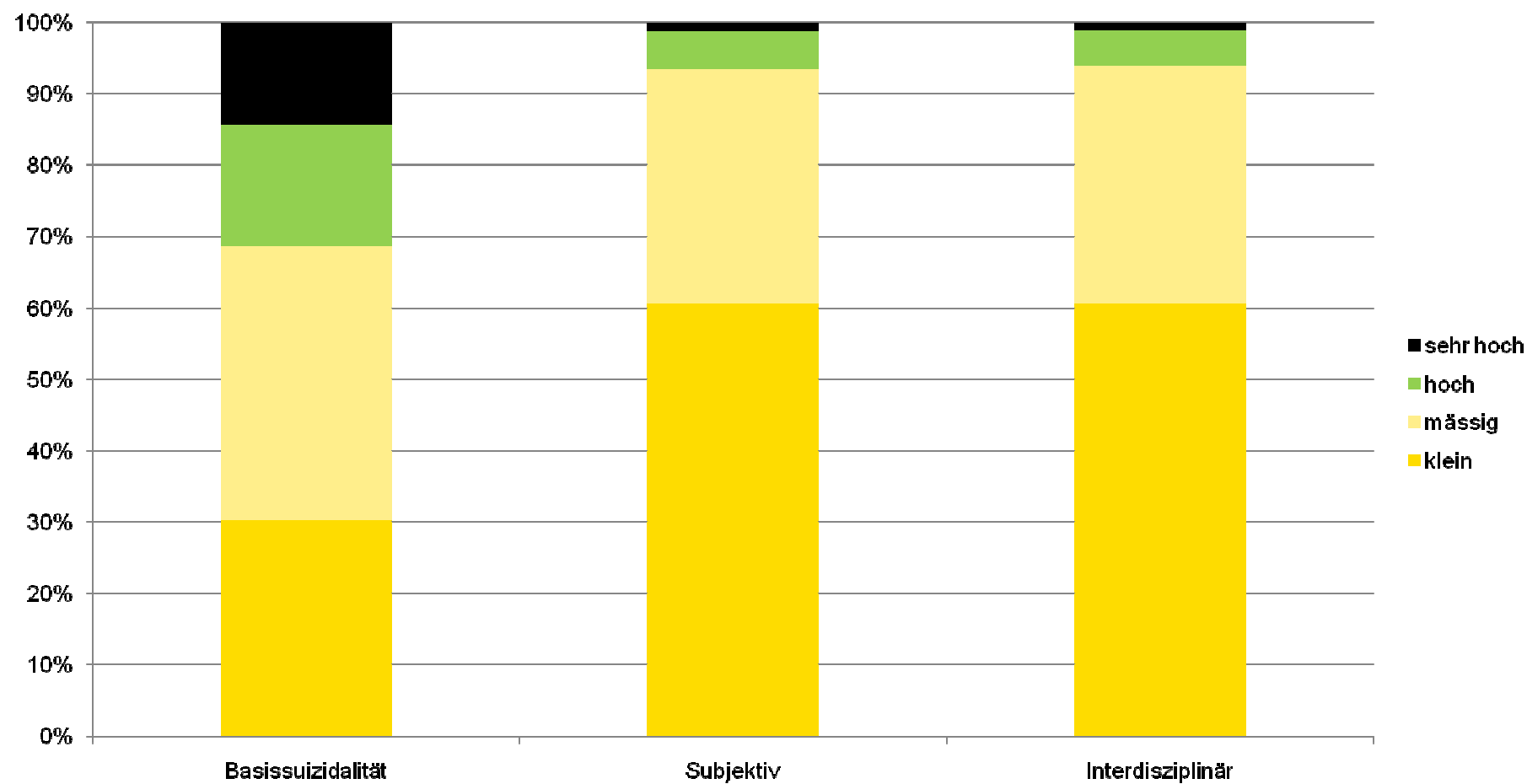
Verteilung Risikostufen Kilchberg

- Zeitraum: August 2007 bis August 2008
- Setting: ganze Klinik

	Risikostufen			
Einschätzungen (n=765)	1	2	3	4
Basissuizidalität	158 (30.3%)	200 (38.4%)	88 (16.9%)	75 (14.4%)
Subjektiv	315 (60.5%)	171 (32.8%)	28 (5.4%)	6 (1.2%)
Interdisziplinär	292 (56.0%)	160 (30.7%)	24 (4.6%)	5 (1.0%)

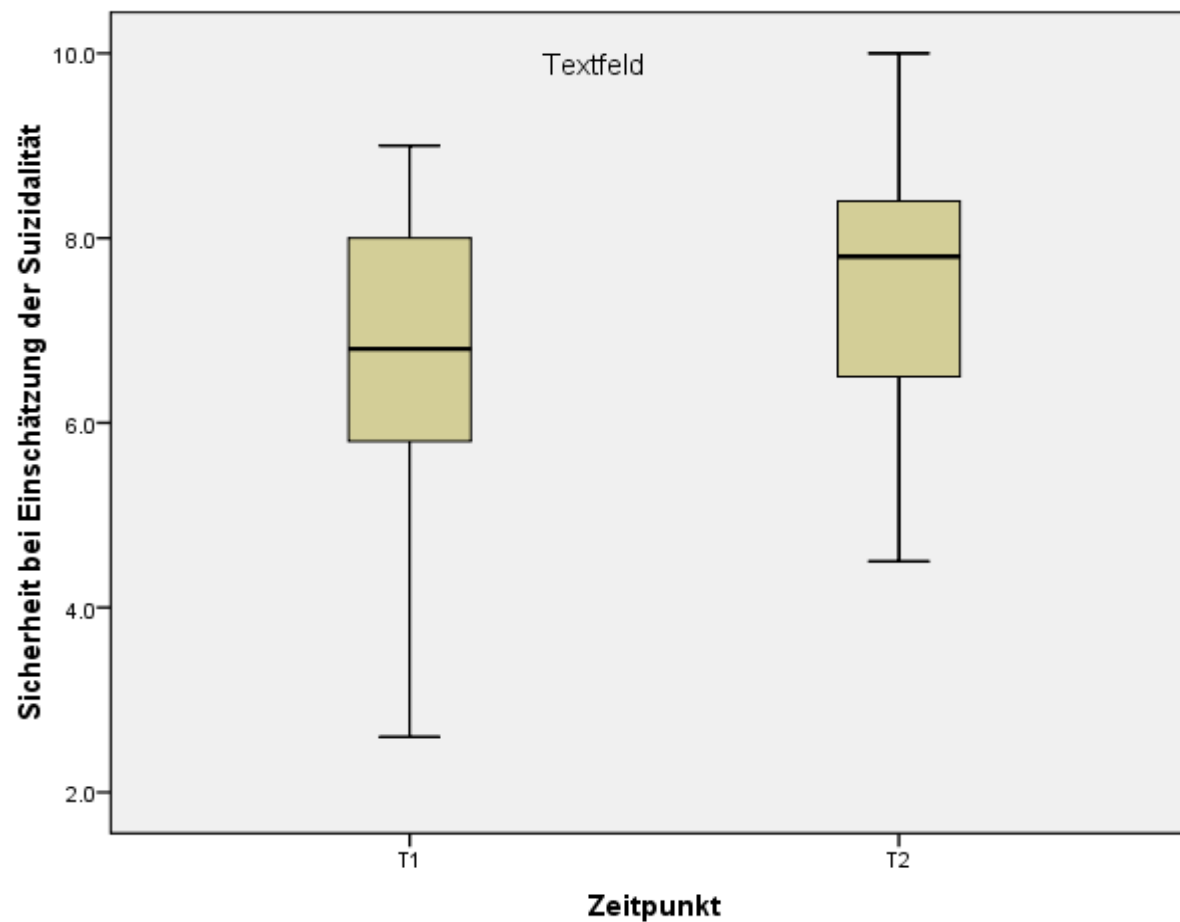


Verteilung Risikostufen Kilchberg





Sicherheit beim Einschätzen Kilchberg



Mann-Whitney Test

T1	57
T2	62
Signifikanz	.008

Zeitaufwand Screening Kilchberg

Zeitaufwand Risikoscreening (in Minuten)

N	449
Mittelwert	6.44
Median	5.00

Fallbeispiel

1. Risikoscreening

Patientin (20 Jahre)

- NGASR-Skala: Risikostufe 4=sehr hohes Risiko (12 Punkte)
- Subjektiv: Risikostufe 3=hohes Risiko (Einschätzung durch Bezugspflegeperson)
- Interdisziplinär: Risikostufe 3=hohes Risiko festgelegt
- Dauer 15 Minuten
- Der Patientin wurde mitgeteilt, dass man bei ihr von einem „hohen Suizidrisiko“ ausgehe
- Mit dem Einverständnis der Patientin wurde die Stationstüre geschlossen
- Die Patientin gab an: *„dass sie sehr erleichtert sei, da das Thema Suizid so klar angesprochen wurde“*

Fallbeispiel

2. Strukturierte Einschätzung der (akuten) Suizidalität gemeinsam mit der Patientin

- Gespräch ca. 45 Minuten auf einer Bank im Park mit Hilfe der SSF_II_G
- Patientin gab psychischen Schmerz, Hoffnungslosigkeit und inneren Stress, Spannung / Erregung in hoher Ausprägung an
- Sie gab an, dass ein Zusammenhang von „Stimmen hören“ und psychischem Schmerz, Hoffnungslosigkeit usw. besteht
- Die Patientin war überrascht, dass sie mehr Gründe hatte zu leben (5) als zu sterben (einen: Stimmen hören)
- Die Patientin beurteilte ihre „Allgemeine Suizidgefährdung“ am Ende des Gespräches als niedrig

Fallbeispiel

3. Konsequenzen

- Die Einschätzung wurde von „hohem Risiko (Stufe 3)“ auf „mässiges Risiko (Stufe 2)“ relativiert
- Die Stationstüre wurde wieder geöffnet
- Medikamentöse Behandlung der „Stimmen“
- Das Erkennen von „Gründen die für das Leben sprechen“ hatte einen motivierenden Effekt
- Die Patientin entwickelte selbstständig eine Coping Strategie (Gründe für Leben aufschreiben und aufhängen)

Fallbeispiel

4. Feedback

- Patientin: *„Die gemeinsame Einschätzung war für mich klärend“*
- Patientin: *„ich konnte besser beurteilen wie es mir geht“*
- Bezugspflegeperson: *„dieses Verständnis hat ihr im Umgang mit ihrer Suizidalität geholfen“*
- Bezugspflegeperson: *„Ich hatte nach dem Gespräch den Eindruck, eine gute Beziehung zur Patientin aufgebaut zu haben“*

Fazit

- Relativ wenige PatientInnen waren akut suizidal
- Die AnwenderInnen des Suizidassessments fühlten sich nach der Implementierung sicherer beim Einschätzen der Suizidalität
- Das Suizidassessment ist einfach und schnell in der klinischen Praxis umsetzbar
- Das Gespräch mit der SSF_II über die Suizidalität führte zu Konsequenzen, die als „positiv“ bezeichnet werden können (Coping, Türe auf, therapeutische Beziehung)

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

