
Strukturierte Einschätzung des Suizidrisikos: Instrumente und praktische Erfahrungen

Christoph Abderhalden ¹⁾²⁾

Bernd Kozel ¹⁾

Konrad Michel ³⁾

¹⁾ Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege & Pädagogik
Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern

²⁾ Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

³⁾ UPD Bern

5. Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“
LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

Werte- und Evidenzbasierte Pflege

- Evidenzbasierung: ... *das systematische Bestreben, bei Entscheidungen bezüglich Diagnostik, Prognose und Wahl von Interventionen die besten zur Zeit verfügbaren Ergebnisse klinischer Studien zu berücksichtigen*
- Wertebasierung: *ebenso wichtig wie Evidenz aus Studien – Nicht alles muss/kann wissenschaftlich belegt werden!*

- *Professionelle Verantwortung (sich selbst, den PatientInnen gegenüber)*
 - *Sicher sein, dass das, was ich tue, dem aktuellen Stand des Wissens entspricht*
 - *Instrumente verwenden, die wissenschaftlich und überprüft sind (reliabel, valide)*
 - *Massnahmen wählen, von denen belegt ist, dass sie wirksam sind*
 - *Das, was ich tue, mit Fachwissen erklären, begründen und rechtfertigen können*

Hintergrund

- Die **Risikobeurteilung** der Suizidgefährdung ist eine wichtige und verantwortungsvolle Aufgabe in der Psychiatrie
- Einige Experten empfehlen die Verwendung strukturierter **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 zu wenig zwischen erhöhtem Basisrisiko und akuter Suizidalität
 - sie berücksichtigen das Erleben der PatientInnen wenig
 - sie berücksichtigen die klinische Expertise wenig

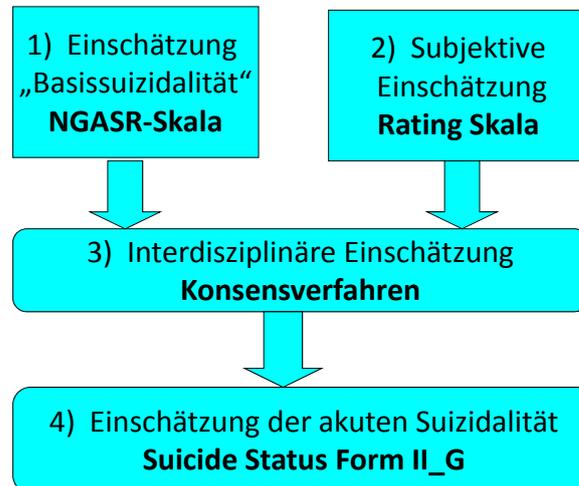
- Projekt in Bern
 - Initiative aus der Praxis (habt ihr für uns ein Instrument?)
 - Literatursuche
 - Auswahl von zwei Instrumenten (NGASR, SSFII)
 - Übersetzung NGASR, Prüfung Beurteilerübereinstimmung (Interraterreliabilität), (Kozel 2007); Anleitung
 - Anwendung + Evaluation Erfahrungen mit NGASR (D, CH)
 - Praxisversuch Kombination NGASR+SSFII auf einigen Stationen der UPD
 - *Geplant: Entwicklung NGASR; Validierung NGASR*

Hintergrund

Vorteile einer systematisierten Einschätzung

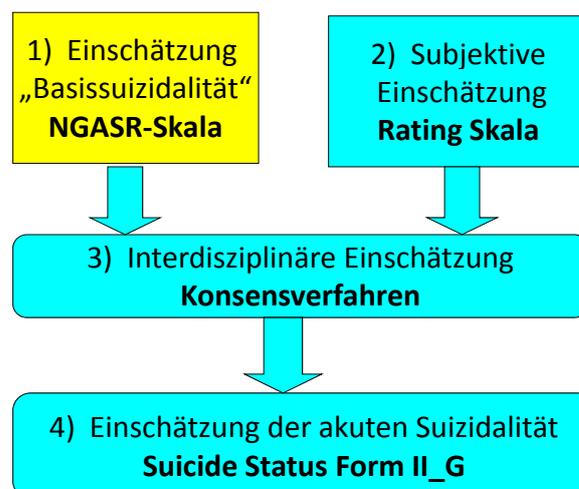
- *Vereinheitlicht den Einschätzungsprozess*
- *Liefert Fakten für die Dokumentation*
- *Argumentationsgrundlage im interdisziplinären Team*
- *Begründet Interventionen*
- *Gibt unerfahrenen MitarbeiterInnen Sicherheit*
- *Verhindert, dass wichtige Informationen über PatientInnen „unter den Tisch fallen“*
- *Hypothese: Hilft dem interdisziplinären Team möglicherweise bei der Bewältigung von Suiziden*

Ablauf „Einschätzung Suizidalität“



Aberhalder/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

Ablauf „Einschätzung Suizidalität“



Aberhalder/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

1) Einschätzung „Basissuizidalität“

Risikoscreening mittels NGASR-Skala

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

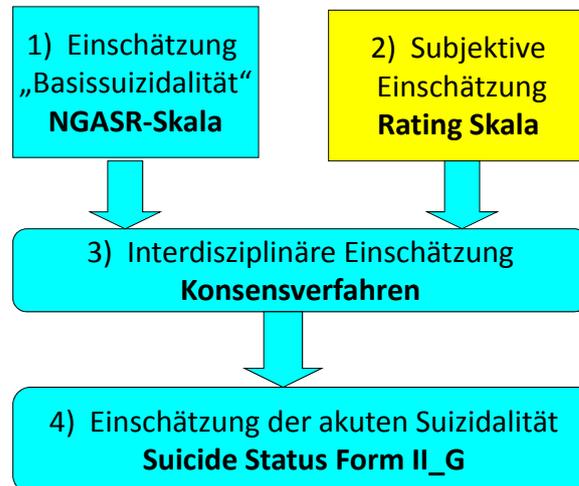
Aberhalden/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

1) Einschätzung „Basissuizidalität“ NGASR

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

(Quelle: Aberhalden, Grieser, Kozel, Scifritz, Rieder 2005)

Ablauf „Einschätzung Suizidalität“



Aberhalder/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

2) Subjektive Einschätzung

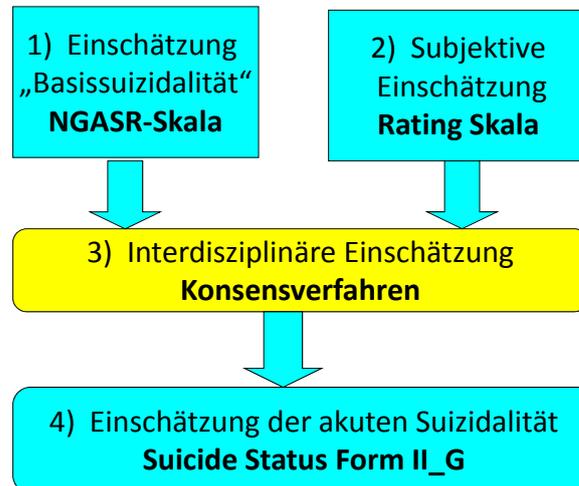
Subjektive Rating-Skala:

- 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
	→			3

Aberhalder/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

Ablauf „Einschätzung Suizidalität“



Abderhalden/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

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 Bezugspflegeperson
- **Risikostufen:** 1 - 4 („kleines“ - „sehr hohes Risiko“)
- Die Festgelegte Risikostufe ist **massgebend** („Diagnose der Suizidgefährdung“) für den weiteren Behandlungsverlauf

Interdisziplinäre Einschätzung des derzeitigen Suizidrisikos (Teammitglieder aufführen)	Risikostufe

Abderhalden/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

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

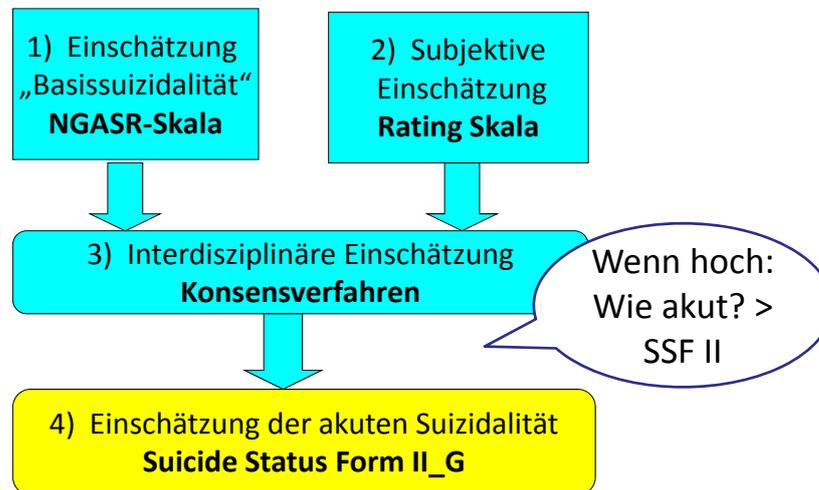
- Dokumentation des Suizidalitätsgrades im Pflegebericht
- Einschätzung der akuten Suizidalität in Intervallen mit dem SSF_II_G mit Dokumentation der Risikogefährdung (Intervalle festlegen)
- 1:1 Betreuung (Dauer festlegen aufgrund SSF_II_G)
- Absprachefähigkeit überprüfen und verbindliche Absprachen 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

4) Einschätzung **akute** Suizidalität

Strukturierte Einschätzung gemeinsam mit den Patienten

- Instrument: Suicide Status Form II (SSF-II) (Jobes 1997)
- **SSF II_G 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

Ablauf „Einschätzung Suizidalität“



Aberhalder/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

4) Einschätzung akute Suizidalität

Theoretischer Hintergrund

- Suizidalität ist keine Krankheit
- 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 meist eine längere Entwicklung voraus (Michel 2004)
- Es gibt lebensorientierte und suizidorientierte Ziele (Michel 2004)

Aberhalder/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

4) Einschätzung akute Suizidalität

Der suizidale Patient erlebt:

- Unerträgliche seelische Schmerzen (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

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

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

Aberhalder/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

4) Einschätzung akute Suizidalität

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

Aberhalder/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

4) Einschätzung akute Suizidalität

Handling

- Man sollte die Anwendung der SSF_II_G **trainiert** haben
- Es ist von Vorteil, wenn man die Inhalte der SSF_II_G **verinnerlicht** hat
- Die Anwendung der SSF_II_G sollte in ein **Gespräch** eingebettet sein (Gesprächseinstieg sollte überlegt werden)
- **Zuhören** und **Blickkontakt** sind wichtiger als das Abarbeiten der einzelnen Punkten
- Unter Umständen müssen einzelne Punkte den PatientInnen **erklärt** werden
- Man muss **neben den PatientInnen sitzen**

Aberhalder/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

4) Einschätzung akute Suizidalität



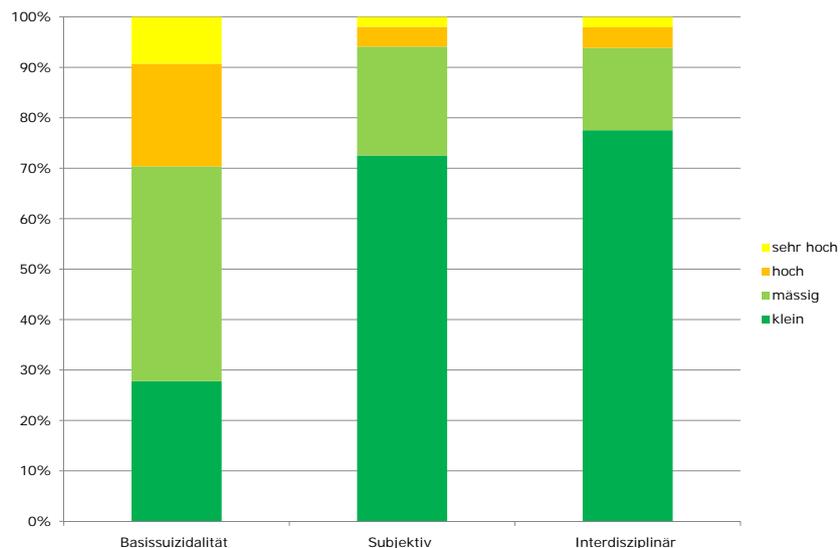
Aberhalder/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

Erfahrungen

- Setting: Alltagspsychiatrie, 2 offene Stationen
- 54 PatientInnen (M=29, W= 25)
- Alter in Jahren: Mittelwert 41

Einschätzungen (n=54)	Risikostufen			
	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%)

Aberhalden/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010



Aberhalden/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

28

Fallbeispiel (Patientin, 20 Jahre)

1. Risikoscreening

- 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“*

Abderhalden/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

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

Abderhalden/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

Fallbeispiel

- 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

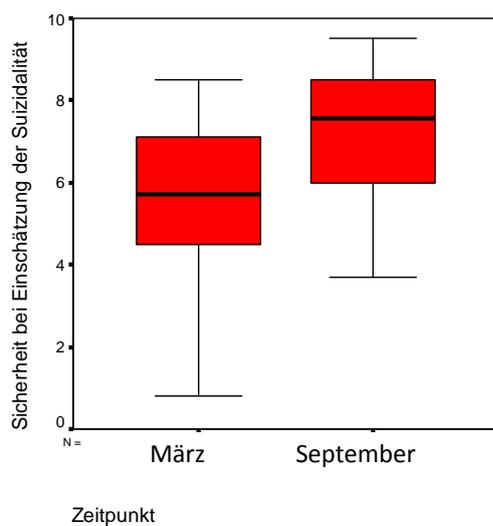
3. Konsequenzen

- 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)

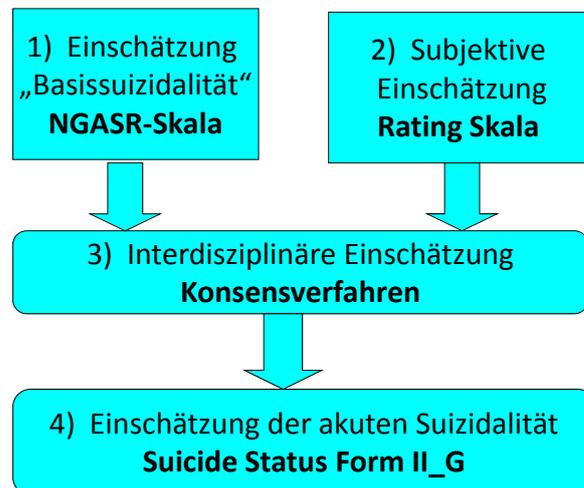
4. Feedback

- 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*“

Sicherheit bei der Risikoeinschätzung (VAS)



Ablauf „Einschätzung Suizidalität“



Abderhalden/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

Fazit

- Das „System“ bewährt sich bisher gut:
 - Kombination Einschätzung Basissuizidalität + Einschätzung akute Suizidalität
 - Kombination Screeninginstrument + Subjektive Beurteilung + Konsens
 - Gemeinsame Beurteilung Pflege/PatientIn mit SSF-II
 - Interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - Sicherheit steigt
 - Erleichtert Entscheidungen
 - Mehraufwand „netto“ nicht zu gross

Abderhalden/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

Entwicklungs/Forschungsbedarf



- Weiterentwicklung NGASR:
 - Trennung von stabilen biografischen und veränderlichen/situativen Faktoren?
 - Empirische Überprüfung der Gewichtung?
 - Integration von protektiven Faktoren [„Minus“-Werte] (Beziehungen; Pläne; Glaube/Überzeugungen; Hoffnung; Behandlung; ...?)
- Validierung der NGASR auf Itemebene

Abderhalden/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

Entwicklungs/Forschungsbedarf



- Interventionen:
 - „Paradigmawechsel“ von engmaschiger Überwachung/Kontrolle zu „Engagement“ (Beziehung; Hoffnung vermitteln)??
- Ist die Aufnahme wirklich der beste Zeitpunkt für die Einschätzung des Risikos??

Abderhalden/Kozel, Pflegesymposium „Pflege Hier, Heute und Morgen“, LWL-Klinik Gütersloh, 23.06.2010

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

abderhalden@puk.unibe.ch