

DokumenteneignerIn:  
Leiterin Ressort Pflege/ MTT

Ressort Pflege/ MTT

---

# Richtlinie für Pflegefachpersonen in der Patientenversorgung: Betreuung von Patientinnen und Patienten, die Suizidgedanken äussern

## Versionskontrolle

Version	Datum	Status	Änderungen / Aktivität	Genehmigt durch
1.0	12.09.17	In Kraft	Kontrolle zur Unterschrift und Publikation	GenSek

## 1 Geltungsbereich

In dieser Richtlinie sind die Rahmenbedingungen festgehalten für den Umgang mit Patienten, die Suizidgedanken äussern oder selbstgefährdendes Verhalten zeigen sowie die Aufgaben der Pflegefachpersonen beschrieben.

## 2 Zielsetzung der Richtlinie

- Erkennen von Verhaltensweisen von Patienten mit suizidalen / selbstgefährdenden Absichten
- Gewährleisten einer professionellen Pflege

## 3 Hintergrund

In der Schweiz wird bei 1 bis 2% aller Todesfälle Suizid als Todesursache angegeben. 10% aller Schweizerinnen und Schweizer begehen im Laufe ihres Lebens einen oder mehrere Suizidversuche, jedoch ist die Dunkelziffer hoch. Jede zweite Person berichtet in retrospektiven epidemiologischen Erhebungen über Suizidgedanken (BAG, 2015). Zu den Risiken für einen Suizidversuch zählen schwere psychische und somatische Erkrankungen oder ein bereits statt gefundener Suizidversuch (APA, 2013; Sauter et al., 2011).

Mitarbeitende auf bestimmten Stationen des USB (z.B. IMC, Chir. 5.1, Med. 5.1) kommen oft mit Patienten in Kontakt, die in Folge eines Suizidversuchs hospitalisiert sind oder bei denen (ein Verdacht auf) Suizidalität besteht. Der fachlich korrekte Umgang mit diesen Patienten ist anspruchsvoll. Gleichzeitig leisten Pflegefachpersonen einen wichtigen Beitrag bei der Erkennung suizidaler Absichten und bei der Prävention eines selbstgefährdenden Verhaltens. Ethische Überlegungen zu Fürsorge und Autonomie leiten das Handeln der Pflegefachpersonen und persönliche Entscheidungen von Patienten werden im USB respektiert (Ethikbeirat USB, 2015). Diese können jedoch bei den Behandelnden und Pflegefachpersonen zu einem Dilemma führen, da es gleichzeitig darum geht, vermeidbare Suizide zu verhindern.

## 4 Definitionen und Risikofaktoren

Unter „Suizid“ wird die absichtliche Selbsttötung verstanden. Als Suizidalität bezeichnet man die Neigung zum Suizid. In umfassenderem Sinne stellt Suizidalität eine Sammelbezeichnung für Denk- und Verhaltensweisen eines Menschen dar, die einen autodestruktiven Charakter haben können und das eigene Versterben direkt oder indirekt in Kauf nehmen (Sauter et. al. 2011).

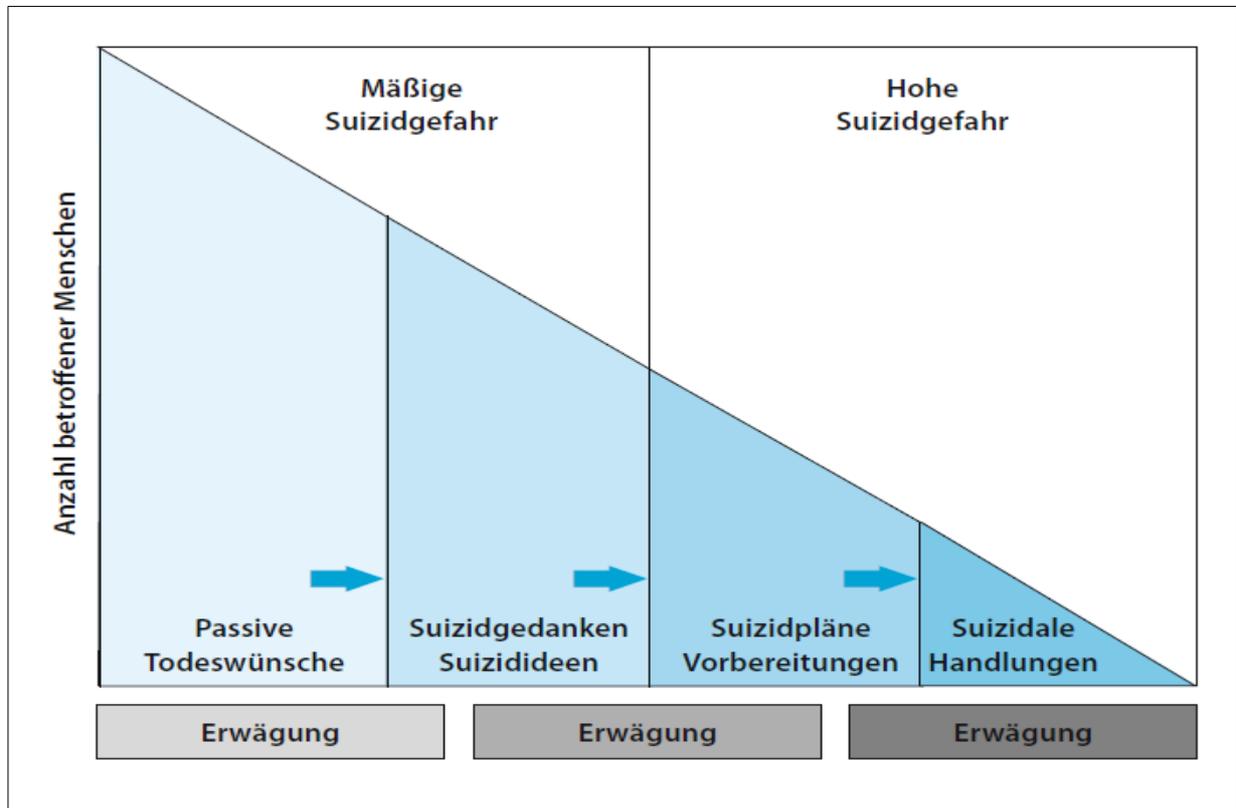
Risikofaktoren für Suizidversuche:

- Suizidversuch in Anamnese
- Äusserungen suizidaler Gedanken
- Psychische Erkrankungen wie Depression, Abhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, post- traumatische Belastungsstörungen
- Somatische Erkrankungen mit geringer Heilungsaussicht und/oder hohem letalem Risiko
- Life Events wie unerwarteter Verlust nahestehender Bezugspersonen, Verlust der Arbeitsstelle, Diagnoseeröffnung bei einschneidenden Erkrankungen
- Gefühl der Ausweglosigkeit, Überforderung, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit und/oder Wertlosigkeit
- Ältere Männer haben das höchste Suizidalitätsrisiko, junge Frauen das höchste Risiko für einen Suizidversuch

(APA, 2013; Sauter et al., 2011)

## 5 Suizidale Entwicklung

Eine deutliche Mehrheit der Menschen mit Suizidalität, respektive suizidalen Absichten, bringen diese vorgängig zum Ausdruck. Das Erscheinungsbild ist jedoch sehr unterschiedlich und von Risikofaktoren abhängig. Stufen der Suizidalität sind im untenstehenden Schema ersichtlich.



Stufen der Suizidalität (Abbildung aus Möller, 2011)

Stufe 1: Passive Todeswünsche werden auch Lebensüberdrussgedanken genannt; z.B.: „Das ist doch so kein Leben mehr“.

Stufe 2: Betroffene haben konkrete Gedanken und Ideen, sich selbst zu töten.

Stufe 3: Aus Gedanken werden Pläne abgeleitet, beispielsweise welche Hilfsmittel für den Suizid auf welche Art beschafft werden müssen.

Stufe 4: Alle Handlungen mit suizidaler Absicht werden zusammengefasst, unabhängig davon, ob diese im Suizid enden.

Durch Ansprechen und Feststellen der Suizidalität bereits auf einer tiefen Stufe, kann dem weiteren Anstieg in eine nächste Stufe entgegengewirkt werden, da bereits das Verbalisieren der Suizidalität für den Betroffenen entlastend wirken kann (Möller, 2011; Wolfersdorfer & Etzersdorfer, 2011). Voraussetzung ist jedoch der Aufbau einer Beziehung damit der Patient Vertrauen zu den betreuenden Personen haben kann.

## 6 Pflegerische Interventionen

Die Betreuung von Patienten mit einem selbstgefährdenden Verhalten ist Aufgabe des interprofessionellen Teams. Gemäss der Zielsetzung werden in dieser Richtlinie lediglich die pflegerischen Aufgaben, resp. Interventionen beschrieben.

### 6.1 Mit Patienten im Kontakt sein

Eine Zurückhaltung, Patienten auf das Thema Suizid anzusprechen, ist unbegründet, denn Patienten werden nicht Suizid begehen, weil sie darauf angesprochen werden; aber sie könnten vielleicht Suizid begehen, weil sie nicht darauf angesprochen werden (Michel, Frey & Merz, 1995). Daher ist es ratsam, dass Pflegefachpersonen Patienten auf ihren Leidensdruck ansprechen, da dies von den Betroffenen als Entlastung wahrgenommen wird. Es gilt auch, sich unter keinen Umständen zum Geheimnisträger machen zu lassen.

### 6.2 Einschätzung des Suizidalitätsrisikos und Massnahmen

Pflegefachpersonen nehmen geäusserte Ideen, Pläne oder Beschreibungen von Patienten zu einem beabsichtigten Vorgehen des Suizids wahr und informieren umgehend den Stations- oder Dienstarzt und die zuständige pflegerische Führungsperson der Abteilung (Tagesverantwortliche am Wochenende). Sie informiert den Patienten, dass sie diese Information weiter geben wird, da dies Symptome einer Erkrankung sein können und überprüft werden sollen. Der Stationsarzt entscheidet abschliessend über das weitere Vorgehen. In der Regel wird der Konsiliar-Psychiater der Kriseninterventionsstation beigezogen.

Eine allgemeingültige Klassifizierung zur Einschätzung der Suizidalität existiert nicht. In den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) kommt nebst der subjektiven Situationseinschätzung das Instrument „Globale pflegerische Einschätzung der Suizidalität“ (Cutcliffe & Barker, 2004; deutsche Version Kotzel, 2007) zur Anwendung. Diese Einschätzungskriterien können den Pflegefachpersonen helfen gezielt Informationen zu sammeln, die sie bei einem Psychiatrischen Konsilium einbringen können.

Tabelle: Deutsche Version der NGASR-Skala von Kozel et al. (2007). Original von Cutcliffe & Barker (2004) The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR).

Nr.	Kriterien
1.	Vorhandensein / Einfluss von Hoffnungslosigkeit
2.	Kürzliche, mit Stress versehene Lebensereignisse z. B: Verlust der Arbeit, finanzielle Sorgen, schwebende Gerichtsverfahren
3	Deutlicher Hinweis auf Stimmen hören / Verfolgungsideen
4	Deutlicher Hinweis auf Depression, Verlust von Interessen und / oder Verlust an Freude
5	Deutlicher Hinweis auf sozialen Rückzug
6	Äusserung von Suizidabsichten
7	Deutlicher Hinweis auf einen Plan zur Suizidausführung
8	Familienvorgeschichte von ernsthaften psychiatrischen Problemen oder Suizid
9	Kürzlicher Verlust einer nahe stehenden Person oder Bruch einer Beziehung
10	Vorliegen einer psychotischen Störung
11	Witwe / Witwer
12	Früherer Suizidversuch
13	Vorliegen schlechter sozioökonomischer Verhältnisse, z.B: schlechte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Armut
14	Vorliegen von Alkohol- oder Substanzenmissbrauch
15	Bestehen einer terminalen Krankheit (präfinal, im Endstadium)
16	Mehrere psychiatrische Hospitalisationen (Klinikaufenthalte) in den letzten Jahren, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung

Ein psychiatrisches Konsilium wird durch den Stationsarzt veranlasst. Die Pflegefachperson teilt dem Konsiliar-Psychiater ihre Wahrnehmung und Einschätzung mit. Entscheidend in der Beurteilung des Suizidrisikos ist die Einlassung des Patienten selbst zur Situation und den Suizidgedanken. Daraus ergibt sich die Absprachefähigkeit. Daher erfolgt die Einschätzung des Suizidrisikos durch den

Konsiliar-Psychiater nach dem ärztlichen Gespräch mit dem Patienten unter Einbezug der Informationen der Pflegefachpersonen und fallführenden Ärzte.

Die weiteren Massnahmen werden durch den Konsiliar-Psychiater in Abstimmung mit dem Patienten und dem Behandlungsteam festgelegt. Eine besonders intensive Überwachung wird in der Regel dann notwendig, wenn bei akuter Suizidalität eine „fehlende Absprachefähigkeit“ besteht. Diese Massnahmen bleiben gültig bis zur nächsten Einschätzung der Suizidalität durch den Konsiliar-Psychiater, die bei hohem Suizidrisiko meist täglich oder jeden zweiten Tag erfolgt.

Nachfolgend sind pflegerische Interventionen aufgeführt. Diese sollen jedoch nicht automatisch zur Anwendung kommen, sondern wie oben erwähnt nach Absprache erfolgen. Gerade bei Patienten, die psychische Hilfe benötigen ist eine individuelle Betreuung besonders wichtig.

#### Pflegerische Interventionen

- Regelmässiger Patientenkontakt: Intervall absprechen
- Verbindliche Absprachen durch die Pflegefachpersonen in Bezug auf die Mobilität ausserhalb des Zimmers. Dies bedeutet z.B. die Vereinbarung von zeitlich definierten Rauchpausen inkl. Ab- und Rückmeldung bei der zuständigen Pflegefachperson oder Begleitung durch die Pflegefachperson.
- Absprache, dass der Patient sich meldet, wenn die Suizidgedanken drängender werden
- Entfernung von gefährlichen Gegenständen aus dem Zimmer (persönliche Gegenstände nach Absprache) wie Messer oder chemische Substanzen (z.B. Desinfektionsmittel)
- Abschliessen der Zimmerfenster mit Schlüssel (wenn möglich)
- Verlegung innerhalb der Chirurgie auf die IMC oder Betreuung auf der Bettenstation (z.B. Medizin 5.1) in Absprache mit dem Konsiliar-Psychiater und dem Stationsarzt
- Sitzwache in Absprache mit dem Konsiliar-Psychiater und dem Stationsarzt
- Verlegung in die UPK gemäss Entscheid des Konsiliar-Psychiaters in Absprache mit dem Stationsarzt. Pflegerische Akutversorgung ist durch das USB sicherzustellen, wie z.B. aufwändige Wundversorgung.

### 6.3 Allgemeine Massnahmen bei Suizidalität

„Eine absolut sichere Suizidprävention gibt es nicht“ (Hemkendreis, 2010:8). Dennoch soll durch die Einleitung von Massnahmen adäquat und patientenorientiert reagiert werden, um dem Patienten und den Angehörigen ein Mindestmass an Sicherheit zu vermitteln. Basis aller Massnahmen bildet das Gespräch mit dem Patienten, bei dem die Suizidalität eingeschätzt wird. Zudem ist es wichtig, dass der Kontakt zum Patienten aufrechterhalten wird und mit ihm abgesprochen wird, ob (auf Basis von Schweigepflichtentbindung und Zustimmung des Patienten) bzw. wie Angehörige einbezogen werden sollen. Die Betreuung hat durch eine Dipl. Pflegefachperson zu erfolgen. Soweit als möglich ist die Betreuungskontinuität zu gewährleisten.

Da Schmerzen, Angstzustände, Trauer etc. zu einer Verstärkung der Symptome und in der Folge zu einem erhöhten Suizidalitätsrisiko führen können, ist in Absprache mit dem behandelnden Stationsarzt auf eine gute Basismedikation mit entsprechender Reservemedikation zu achten.

Die Zimmerwahl ist von der Symptomausprägung und des Suizidalitätsrisikos abhängig und individuell festzulegen. Bei einer 1:1 Betreuung ist ein 1-Bett-Zimmer ratsam, ansonsten ein 2-Bett-Zimmer sofern verfügbar und dem Zimmernachbarn zumutbar.

Um Sicherheit im Umgang und in der Betreuung und Begleitung von selbstgefährdeten Menschen erlangen zu können, ist eine gewisse Erfahrung im Umgang mit solchen Patientensituationen notwendig. Es ist anzustreben, dass Patienten mit einem Suizidalitätsrisiko auf eine Station verlegt werden, wo das entsprechend geschulte Personal (Medizin 5.1) zur Verfügung steht. Patienten der

Chirurgie mit einem hohen Suizidalitätsrisiko und bei fehlender Absprachefähigkeit sollten wenn immer möglich auf der IMC betreut werden. Die Verlegung in die UPK ist im Behandlungsteam stets zu prüfen.

Es ist wichtig, den Patienten über jede Sicherheitsmassnahme gut zu informieren und ihn nicht alleine zu lassen. Zudem sind die Absprachen auch seitens der Pflegefachpersonen verbindlich einzuhalten. Stationsärzte sind in die Interventionsplanung einzubeziehen, die Pflegefachverantwortliche und Stationsleitung sind zeitnah über das wahrgenommene Risiko und die Massnahmen zu informieren.

#### **6.4 Dokumentation**

Im Patientendossier werden das Assessment, die Gespräche zwischen Arzt, Konsiliar-Psychiater, Pflegefachperson und Patient sowie weitere Abmachungen und Folgetermine dokumentiert. Die Pflegeplanung ist erstellt und verbindlich für alle beteiligten Mitarbeitenden.

### **7 Umgang mit belastenden Situationen**

Die Betreuung von Patienten, die Suizidgedanken äussern kann sehr herausfordernd sein. Deshalb sind Möglichkeiten zu nutzen, belastende Situationen im Team zu besprechen, z.B. durch Fallbesprechungen interdisziplinär und interprofessionell sowie durch kontinuierliche Absprachen.

- Besprechung der Situation und der Interventionen auf der täglichen Visite
- Rahmenbedingungen für die Betreuung des Patienten gemeinsam prüfen
- Erkennen und Besprechen der Grenzen (strukturell, personell, persönlich)
- Unterstützung anfordern (z.B. Seelsorge, Psychiatrie oder Psychosomatik, Peers, Ethik)

Empfohlen wird eine strukturierte Reflexion der Patientensituation, nachdem der Patient nicht mehr suizidal oder ausgetreten ist oder verlegt werden konnte. Allfällige Rückmeldungen der Patienten und Angehörigen sind einzubeziehen

- Was ist gut gegangen?
- Was hätte man konkret anders machen können?
- Woran muss ein nächstes Mal gedacht werden?

Bei Bedarf kann für die Fallbesprechung und/oder Reflexion die Bereichsfachverantwortliche hinzugezogen werden.

Wichtig ist, dass jede Pflegefachperson ihre eigenen Bewältigungsstrategien kennt, ihre persönlichen Ängste und Unsicherheiten mitteilen kann und diese auch bei ihren Kolleginnen wahrnimmt und anspricht.

### **8 Abgrenzung zur Suizidbeihilfe – Ethikberatung**

Probleme der Suizidalität und Selbsttötung werden in dieser Richtlinie vor allem unter psychopathologischen und präventiven Aspekten bearbeitet. In der Schweiz wird jedoch auch der sogenannte Bilanzsuizid als frei verantwortete Entscheidung eines urteilsfähigen Menschen, das eigene Leben zu beenden, grundsätzlich respektiert. Damit verbundene Fragen können für Mitarbeitende der Patientenversorgung erhebliche Herausforderungen mit sich bringen; so kann die Unterscheidung zwischen Aufgaben der Suizidprävention und Situationen, in denen ein einfühlsames Gespräch über Suizidbeihilfe angezeigt wäre, schwer fallen. Mitarbeitende des USB orientieren sich bezüglich dieser Fragestellungen an der Richtlinie des Ethikbeirats (Ethikbeirat USB, 2015). Zur unmittelbaren, auch dringlichen Rücksprache und Ethikberatung steht der Ethikbeirat zur Verfügung (<http://www.unispital-basel.ch/patienten-besucher/klinische-ethik/anfragen-und-kontakt/>).

## **9 Fortbildungsangebot**

Das USB bietet den Mitarbeitenden themenspezifische Fortbildungen an und/oder ermöglicht die Teilnahme an externen Veranstaltungen.

## **10 Genehmigung**

Die Richtlinie wurde durch Dr. Irena Anna Frei, Leiterin Praxisentwicklung Pflege, Stephan Schärer, Fachbereichsleiter Pflege Chirurgie, die Bereichsfachverantwortlichen Pflege und Bea Gehri, Pflegeexpertin UPK erarbeitet. Review durch Prof. Dr. S. Reiter-Theil, Ethikbeirat USB/UPK; Dr. B. Hinney, Ärztlicher Leiter KIS, UPK und Dr. Ph. Grötsch, Oberarzt ZDK, UPK. Genehmigung durch die Pflegemanagementkonferenz (PMK) am 07. Juni 2017. Die Umsetzung wird durch die Fachbereichsleitungen Pflege in Auftrag gegeben. Zugrundeliegende Literatur siehe Anhang.

Das Konzept ist bei strukturellen Veränderungen anzupassen und spätestens nach fünf Jahren des Inkrafttretens durch die Bereichsfachverantwortlichen Pflege zu evaluieren.  
Erstmalig im 2. Quartal 2022.

## **11 Inkraftsetzung**

<sup>1</sup> Diese Richtlinie wurde durch die Leiterin Ressort Pflege/MTT am 07.06.2017 genehmigt und auf den 07.09.2017 in Kraft gesetzt.

Jacqueline Martin  
Leiterin Ressort Pflege/ MTT