

# **Patientinnen und Patienten nach Suizidversuch – Betreuung auf der Notfallstation**



*Abbildung 1*

## **Diplomarbeit zur diplomierten Expertin Notfallpflege NDS HF**

Patricia Bühler  
Parkstrasse 6  
6214 Schenkon  
Juli 2019

Mentorin: Priska Gernet

Luzerner Kantonsspital Sursee  
Interdisziplinärer Notfall

XUND Bildungszentrum Gesundheit Zentralschweiz  
Kurs NDS F18 N

## **Abstract**

In der Schweiz sterben jährlich über 1000 Menschen an Suizid. Die Anzahl Suizidversuche wird auf das Zehn- bis Fünfzehnfache geschätzt. Alle diese Patientinnen und Patienten werden für die Erstversorgung auf die Notfallstation eingeliefert. Dies stellt Pflegefachpersonen immer wieder vor eine neue Herausforderung und der im Umgang mit suizidalen Menschen kann Unsicherheiten auslösen. Die Arbeit richtet sich nach der Frage, welches die pflegerischen Schwerpunkte auf der Notfallstation für die Betreuung von Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch sind. Desweiteren ist unklar, welche strukturellen Sicherheitsmassnahmen ergriffen werden können, um Patientinnen und Patienten vor einem weiteren Suizidversuch bzw. Suizid zu schützen. Für die Beantwortung der Fragestellungen wurde eine Literaturrecherche sowie ein Fragebogen mit einem Fachexperten durchgeführt.

Das wichtigste Element der pflegerischen Tätigkeit ist eine tragfähige Beziehung zu der suizidalen Person aufzubauen. Verschiedene Kommunikationsstrategien, der Non-Suizidvertrag und die antisuizidale Pharmakotherapie werden genauer erläutert und für die Notfallstation als geeignete Massnahmen empfunden. Das Fokusassessment ist ein wichtiger Punkt für die Abklärung der Suizidalität, welches in der Praxis meist durch den ärztlichen Dienst geführt wird. Für Pflegende ist wichtig, dass die suizidale Person beim Eintritt auf Suizidgedanken angesprochen wird. Die strukturellen Sicherheitsmassnahmen werden kontrovers diskutiert. Für die Notfallstation ist es wichtig abzuschätzen, ob eine 1:1-Betreuung nötig ist oder nicht. Falls keine 1:1-Betreuung erfolgt, sollten Gefahrenquellen eliminiert werden. Aus den gewonnenen Informationen wird am Schluss der Arbeit ein Leitfaden für Pflegende auf der Notfallstation skizziert.

# Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	2
1 Einleitung.....	5
1.1 Motivation.....	5
1.2 Fragestellung.....	6
1.3 Zielsetzung.....	6
1.4 Eingrenzung.....	6
1.5 Methodik.....	6
2 Hauptteil.....	7
2.1 Begriffserklärungen.....	7
2.1.1 Suizidalität.....	7
2.1.1.1 Akute Suizidalität.....	7
2.1.1.2 Basissuizidalität.....	7
2.1.2 Suizid.....	7
2.1.3 Suizidversuch.....	7
2.1.4 Parasuizidale Geste.....	7
2.2 Epidemiologie.....	8
2.3 Risikofaktoren.....	8
2.4 Suizidmethoden.....	9
2.5 Suizidprävention.....	9
2.6 Pflegerische Schwerpunkte.....	10
2.6.1 Fokusassessment.....	12
2.6.2 Beziehungsaufbau.....	13
2.6.3 Kommunikation mit suizidalen Menschen.....	14
2.6.4 Antisuizidale Pharmakotherapie.....	15
2.6.5 Non-Suizidvertrag.....	15
2.6.6 Strukturelle Sicherheitsmassnahmen.....	17
2.6.7 Überwachung.....	18

2.7	Diskussion.....	19
3	Schlussfolgerungen.....	22
3.1	Leitfaden für die Notfallstation.....	24
4	Reflexion.....	26
5	Danksagung.....	28
6	Literaturverzeichnis.....	29
7	Abbildungsverzeichnis.....	30
8	Erklärung zur Diplomarbeit.....	31
9	Anhänge.....	32
9.1	Standard Suizidalität Luzerner Psychiatrie.....	32
9.2	Fragebogen mit C. Simpson.....	34
9.3	BELLA- Kriseninterventionskonzept.....	37

# 1 Einleitung

## 1.1 Motivation

«Verdammt, es hat nicht gereicht!», diese Worte und ein Blick ins Leere nachdem der Arzt dem Patienten das Antidot Anexate® applizierte. Der Patient wurde nach einem Suizidversuch auf die Notfallstation eingewiesen. Er nahm eine ganze Packung Benzodiazepin-Tabletten ein und injizierte sich zusätzlich zwei Insulinpens. Als der Patient wieder ansprechbar war, verliessen die Ärzte das Notfallzimmer und ich war allein mit dem Patienten. Sofort gingen mir mehrere Fragen durch den Kopf und ich bemerkte, welche Unsicherheit ich verspürte bezüglich der Betreuung dieses Patienten.

Welche Verantwortung trage ich nun als Pflegeperson? Muss ich räumliche Sicherheitsmassnahmen ergreifen? Ist der Patient nach wie vor suizidgefährdet? Wie reagiere ich auf seine Aussage? Gibt es kommunikative Verhaltensregeln bei suizidalen Patientinnen und Patienten?

Dieses Erlebnis war für mich sehr prägend und ich verspüre immer wieder Unsicherheiten bei der Betreuung von suizidalen Patientinnen und Patienten. Aus diesem Grund möchte ich mich in der folgenden Arbeit gezielt mit der Betreuung von Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch auseinandersetzen. Zudem bemerke ich auch bei meinen Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen Unsicherheiten, da sie mir meist keine befriedigende Antwort oder Hilfestellung auf meine Fragen geben können.

Ein weiterer persönlicher Beweggrund dieses Thema zu vertiefen ist, dass ich in meiner bisherigen Akutspitalerfahrung kaum Kontakt mit Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch hatte. Dieses Patientengut wird eher selten auf die Bettenstation vom Akutspital verlegt. Auf der Notfallstation betreuen wir oft Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch, da sie vor der Verlegung auf die Intensivstation oder Psychiatrie klinisch untersucht werden, um organische Schäden ausschliessen zu können. Je nach Befund werden die Patientinnen und Patienten vor der Verlegung auf der Notfallstation versorgt und behandelt.

Durch die Diplomarbeit erhoffe ich mir, meine eigene Unsicherheit im Umgang mit Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch zu minimieren und hoffe auf einen Profit für die tägliche Arbeit auf dem Notfall für mich und meine Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen. Ich möchte mit dieser Diplomarbeit mein Wissen über den Suizid vertiefen und relevante pflegerische Schwerpunkte zu diesem Thema erörtern.

## 1.2 Fragestellung

- Welche pflegerischen Schwerpunkte sind zentral bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten auf der Notfallstation nach einem Suizidversuch?
- Auf welche strukturellen Sicherheitsmassnahmen sollte ich als Pflegeperson bei der Betreuung eines Patienten oder einer Patientin nach einem Suizidversuch achten?

## 1.3 Zielsetzung

- Es werden Massnahmen aufgezeigt, die Pflegefachpersonen auf der Notfallstation unterstützen, Patientinnen und Patienten nach Suizidversuch professionell zu betreuen.
- Aus den erarbeiteten Massnahmen wird ein Leitfaden mit pflegerischen Schwerpunkten und strukturellen Sicherheitsmassnahmen für die Praxis erstellt.

## 1.4 Eingrenzung

In dieser Arbeit möchte ich mich auf die erwachsenen Patientinnen und Patienten beziehen, die aufgrund eines Suizidversuches auf die Notfallstation eingeliefert werden.

Ich möchte mich im Wesentlichen auf Patientinnen und Patienten konzentrieren, die keine Fremdgefährdung aufweisen und kommunikationsfähig sind.

Bezüglich der Art und Weise wie der Suizidversuch durchgeführt wurde, möchte ich mich nicht weiter einschränken, da es für die pflegerische Betreuung keine bedeutende Unterschiede gibt.

Im Hauptteil der Arbeit werde ich nicht spezifisch auf eine pflegerische Massnahme eingehen, wie zum Beispiel Kommunikation, sondern mehrere Aspekte für die ganzheitliche Betreuung erarbeiten.

## 1.5 Methodik

Die Diplomarbeit stützt sich hauptsächlich auf die Methodik der Literaturrecherche. Die Literatursuche erfolgte mit Hilfe verschiedener Datenbanken wie Pubmed, Bibnet und google Scholar. Aus der Bibliothek der XUND Bildungszentrum Gesundheit Zentralschweiz werden Fachbücher hinzugezogen. Weiter Informationen aus einem Fragebogen mit einer erfahrenen Fachperson im Bereich Psychiatrie werden miteinfließen.

## **2 Hauptteil**

### **2.1 Begriffserklärungen**

#### **2.1.1 Suizidalität**

Die Suizidalität beschreibt die Verhaltens- und Denkweisen eines Menschen in Bezug auf aktive Handlungen oder passives Unterlassen, die den eigenen Tod als Ziel verfolgen (Kozel, 2015). Suizidalität ist keine Krankheit, sondern ein Symptom, das eine psychische Not- oder Krisensituation eines Menschen signalisiert (Wolfersdorf, 2016).

##### **2.1.1.1 Akute Suizidalität**

Akute Suizidalität heisst eine plötzlich ausbrechende, bedrohliche, gefährliche und damit zu raschem Handeln zwingende Suizidalität (Walter & Lang, 2017, S. 64).

##### **2.1.1.2 Basissuizidalität**

Die Basissuizidalität beschreibt ein erhöhtes, langfristiges Suizidrisiko, wenn eine Anhäufung von wichtigen Risikofaktoren für den Suizid vorhanden ist.

#### **2.1.2 Suizid**

Der Suizid ist die absichtliche Selbsttötung. Handlungen wurden bewusst und selbst gewählt mit dem Ziel und Glauben, dass der Tod eintreten wird. Synonyme, die für den Suizid häufig verwendet werden, sind Freitod oder Selbstmord (Kozel, 2015).

#### **2.1.3 Suizidversuch**

Der Suizidversuch, oder auch Parasuizid genannt, bezeichnet das Überleben von suizidalen Handlungen. Das Überleben kann aufgrund von Rettungsmöglichkeiten, selbst abgebrochene Handlung oder durch eine insuffiziente Suizidmethode erfolgt sein (Wolfersdorf, 2016).

#### **2.1.4 Parasuizidale Geste**

Im Unterschied zum Suizidversuch, der durch den klaren Todeswunsch gekennzeichnet ist, kann auch von einer parasuizidalen Geste gesprochen werden. Diese beinhaltet primär das Ziel einen Appell an nahestehende Personen oder eine Veränderung der Lebenssituation zu erreichen (Abderhalden & Kozel, 2011).

## 2.2 Epidemiologie

Laut dem Bundesamt für Statistik starben in der Schweiz im Jahre 2016 759 Männer und 257 Frauen aufgrund von Suizid (Bundesamt für Statistik (BfS), n.d.). Dies entspricht einer Zahl von 2.78 Personen, die täglich in der Schweiz aufgrund von Suizid versterben. Genaue Zahlen zu den Suizidversuchen konnten nicht eruiert werden.

Die Anzahl Suizidversuche wird zirka auf das Zehn- Fünfzehnfache geschätzt, wobei aber keine verlässlichen Angaben vorhanden sind (Abderhalden & Kozel, 2011).

## 2.3 Risikofaktoren

Der wichtigste und zuverlässigste Risikofaktor in Bezug auf den Suizid ist ein früherer Suizidversuch. Im ersten Jahr nach einem Suizidversuch ist das Risiko am höchsten für einen weiteren Suizid und vor allem dann, wenn ein Gefühl des Bedauerns vorherrscht, da der gewünschte Tod nicht erfolgte (Kozel, 2015).

Die häufigste Diagnose in Verbindung mit Suizid und Suizidversuchen ist die Depression. Weiter sind oft die Diagnosen Borderline-Störungen, Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankungen von Alkohol und oder Drogen gestellt (Walter & Lang, 2017). Das Vorhandensein einer Depression mit Hoffnungslosigkeit und ein früherer Suizidversuch stellen in Kombination den grössten Risikofaktor für weitere Suizidversuche dar (Wolfersdorf, 2016).

Als allgemeine Risikofaktoren, die zusätzlich zu den psychischen Erkrankungen hinzukommen, können Arbeitslosigkeit, Armut, zunehmendes Alter, soziale Isolation, Migration und alleinstehende Personen sein. Auch Suizide oder Suizidversuche in der Familienanamnese können das Risiko erhöhen (Walter & Lang, 2017).

Ein wesentliches Merkmal stellt auch das Geschlecht dar. Männer haben in Europa eine zwei bis achtmal höhere Suizidrate als Frauen. Frauen hingegen weisen im Vergleich zu den Männern eine höhere Anzahl Suizidversuchen auf (Kozel, 2015).

Für Pflege- und Fachpersonen ist wichtig zu wissen, dass jeder suizidale Mensch unterschiedliche Diagnosen hat, diese sich jeweils anders zeigen und dies folglich verschiedene Vorgehensweisen benötigt (Walter & Lang, 2017).

## 2.4 Suizidmethoden

Für eine angepasste Suizidprävention ist es wichtig, Kenntnisse über Suizidmethoden in Erfahrung zu bringen, um gegebenenfalls einen beschränkten Zugang zu den Mitteln zu erzielen. Deshalb fasste eine Studie internationale Selbstmordmethoden aus den Mortalitätsdatenbank der WHO zusammen. Für die Schweiz wurden die Suizidmethoden während der Zeitspanne von 2000-2004 zusammengetragen. An erster Stelle werden bei Männern den Tod durch eine Schusswaffe dargestellt. Weiter dominieren die Methoden Erhängen und Pestizid - Selbstmord. Auch der Sprung aus der Höhe sowie die Vergiftung durch Drogen sind häufig angewendete Suizidmethoden. Die Datenanalysen zeigen auch die geschlechterspezifischen Unterschiede auf. Während Männer zu gewalttätigen und hoch letalen Methoden, wie Erhängen oder Schusswaffen greifen, wählen Frauen eher weniger tödliche und weniger brutale Methoden wie Vergiftungen und Ertrinken (Ajdacic-Gross, et al., 2008).

Im Jahre 2016 starben insgesamt 1016 Menschen durch Suizid. Folgende Resultate zeigen in Prozent auf, welche Suizidmethode geschlechterspezifisch am häufigsten angewendet wurde: Bei den Männern steht der Suizid durch Erhängen mit 32.0 % an erster Stelle, gefolgt von dem Tod durch eine Schusswaffe mit 27.0 % und Sturz mit 21.1 %.

Bei den Frauen ist der Sturz mit 33.9 % führend, gefolgt von Erhängen mit 26.8 % und aus Vergiftung mit 19.8 % (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2018).

## 2.5 Suizidprävention

Das primäre Ziel der Suizidprävention ist das Verhindern von suizidalen Handlungen oder gar Versterben durch Suizid. Dabei sollte die Möglichkeit der Selbstschädigung unterbunden werden und eine entspannte Atmosphäre geschaffen werden.

Wolfersdorf (2016) beschreibt vier Säulen der Suizidprävention:

- **Verständnis von Suizidalität:** Suizidalität wird als Notsignal und Apell anerkannt.
- **Beziehung:** Angebot von Hilfe und Begleitung, 1:1 Betreuung, Bezugspersonen.
- **Diagnostik/ Handlungsdruck:** Abklären des momentanen Handlungsdrucks und der Suizidalität (Akut oder Basissuizidalität?), Erfassen der Krise und psychischen Erkrankung.
- **Sicherungsaspekt/ Unterbringung:** Abklären welche Unterbringung nötig ist und welche strukturellen Massnahmen eingeleitet werden müssen.

Die beste Suizidprävention ist, eine erfolgreiche Behandlung der Grunderkrankung zu erzielen. Wenn die zugrundliegende Erkrankung entsprechend therapiert wird, können Suizide verhindert werden (Walter & Lang, 2017).

## 2.6 Pflegerische Schwerpunkte

Kozel (2015) erläutert in seinem Buch die professionelle Pflege bei Suizidalität. Er beschreibt die pflegerischen Schwerpunkte anhand des Pflegeprozesses. Für die Erstbetreuung auf der Notfallstation stellen sich die Suizideinschätzung, die entsprechenden Assessments und die Gesprächsführungen in den Vordergrund. Weiter sind die Beziehung und Kommunikation ein zentrales Element im Umgang mit suizidalen Menschen. Während einer Notfall- und Krisensituation wird die 1:1-Betreuung und der Non-Suizidvertrag als Interventionen aufgezeigt.

Laut Walter & Lang (2017) ist es wichtig, nicht nur auf die engmaschige Betreuung oder den Non-Suizidvertrag zurückzugreifen, sondern einen ganzheitlichen Ansatz zu verfolgen. Ein engmaschiger Kontakt, das Ernstnehmen des suizidalen Menschen und dessen Symptome, die effektive antisuizidale Medikation, die verbindliche Absprachen wie auch ein vertrautes therapeutisches Verhältnis, sind unerlässlich bei der Betreuung suizidaler Menschen. Die Patientinnen und Patienten sollen so ein Gefühl erhalten, dass sie verstanden werden und ihnen Hilfe zugesprochen wird. Antisuizidale Angebote wie regelmässige und engmaschige Gespräche mit dem ärztlichen Dienst, wie auch mit der Pflege und die Psychotherapie, werden den strukturellen Sicherheitsmassnahmen vorgezogen. Im Allgemeinen sollte nicht defizitorientiert mit der Patientin oder dem Patienten gearbeitet werden, sondern Schutzfaktoren und Gründe für das Weiterleben erarbeitet werden.

Abderhalden und Kozel (2011) sehen den Beziehungsaufbau und Kontakt zwischen suizidalen Personen und dem Behandlungsteam als oberste Priorität. Die regelmässige Dokumentation über die aktuelle Situation dient der Sicherung von Informationen für das ganze Behandlungsteam. Die Evaluation über getroffene Absprachen wie Non-Suizidvereinbarungen und die Absprachefähigkeit sollten regelmässig durchgeführt werden. Die Überwachungsintensität sollte der Situation angepasst werden. Dies kann von einer ausnahmslosen 1:1-Betreuung bis zum Verlassen der Station unter Sichtkontakt reichen. Auch die strukturellen Sicherheitsmassnahmen bei akut suizidalen Menschen sollten erwogen werden, wie beispielsweise, dass Gegenstände wie Rasierklingen, Kabel und Medikamente nicht zugänglich sind oder Räume mit ungeschützten Balkonen gemieden werden.

In einer Studie, die anhand von Literaturrecherchen durchgeführt wurde, werden die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch aufgezeigt. Eine wichtige Erkenntnis ist, dass eine sichere Umgebung den Stress und suizidales Verhalten reduziert und eine engere Überwachung das Gefühl des Wohlbefindens steigert und so gleichzeitig Suizidgedanken und Suizidimpulse senken kann. Patientinnen und Patienten schätzten es, wenn sie ohne Vorurteile und mit einer nicht wertenden Haltung bereut

wurden. Das Ansprechen von suizidalen Gedanken und Suizidplänen empfanden die Patientinnen und Patienten als sehr positiv, da das Bedürfnis darüber zu sprechen vorhanden war. Eine ruhige Stimme sowie eine offene Körperhaltung und Augenkontakt vom Pflegepersonal lösten ein Gefühl von Sicherheit aus. Bei Gesprächen äusserten die Patientinnen und Patienten, dass es wichtig war, dass die Pflege nicht ständig unterbrochen wurde und sich bewusst Zeit nahm für eine Unterhaltung. Viele Patientinnen und Patienten empfanden es als eine Entspannung über ihre Gefühle sprechen zu können, andere hielten die Gefühle lieber für sich. Ob sie offen über ihre Gefühle sprachen, hingte davon ab wie vertraut sie sich gegenüber dieser Pflegekraft fühlten. Das Vermitteln von Hoffnung in Gesprächen, die Fähigkeit Zuzuhören und eine positive Einstellung von seitens der Pflege vermittelte ihnen Hoffnung, auch wenn nur für einen Moment. Ablenkungen, wie Spiele, soziale Aktivitäten oder Spaziergänge wurden als therapeutisch wahrgenommen, da negative Gedanken sowie das Nachdenken über Probleme reduziert werden konnte (Berglund, Aström, & Lindgren, 2016).

In einer Literaturrecherche wurden Massnahmen ermittelt, die bei suizidalen Menschen im Akutspital von der Pflege angewandt werden. Als Ergebnis konnten fünf Massnahmen aufgezeigt werden, die oft angewendet werden: Überwachung und Beobachtung, Schulungen für medizinisches Personal, Berücksichtigung von Umgebungsfaktoren und Gegenständen, Non-Suizidverträge und der Aufbau einer empathischen und respektvollen pflegerischen Beziehung (Odermatt & Steiner, 2014).

In einem Fragebogen begründet der Fachexperte C. Simpson seine Wahl der Interventionen nach einem Suizidversuch anhand des BELLA-Krisenkonzepts:

**B**eziehung aufbauen

**E**rfassen der Situation

**L**indern von Symptomen

**L**eute einbeziehen/, die unterstützen

**A**nsatz zur Problembewältigung

Aus Sicht des Fachexperten ist die Herstellung der Beziehung, das Vermitteln von Präsenz, Zeit und Verständnis sowie der regelmässige Patientenkontakt die wichtigsten Massnahmen nach einem Suizidversuch. Das Einschätzen des Schweregrad der Suizidalität ist ein wichtiger Punkt für die weitere Betreuung. Zudem sollen gefährliche Gegenstände entfernt werden, denn ein verhinderter Suizid ist nicht immer ein aufgeschobener Suizid. Darin sieht er die Chance die Krise anderweitig zu bewältigen (Simpson, 2019).

In den folgenden Kapiteln werden die pflegerischen Schwerpunkte genauer beschrieben. Die Auswahl der Schwerpunkte wurde aufgrund der Literaturbearbeitung, der Studie von

Berglund et al. (2016) und den Empfehlungen des Fachexperten gewählt. Zusätzlich zeigen die Schwerpunkte Überschneidungen mit den vier Säulen der Suizidprävention nach Wolfersdorf sowie mit dem BELLA-Kriseninterventionskonzept.

Aus mehreren Quellen (Abderhalden & Kozel, 2011; Berglund et al., 2016; Kozel, 2015) wird der Beziehungsaufbau und die Kommunikation zwischen Pflege und dem suizidalen Menschen als zentraler Schwerpunkt erläutert. Da ein Suizidversuch der grösste Risikofaktor für einen weiteren Versuch ist, ist ein Fokusassessment eine der ersten Handlungen auf dem Notfall. Es muss abgeklärt werden, ob eine Patientin oder ein Patient nach wie vor akut suizidal ist oder nicht. Als Interventionen bei der Erstbetreuung auf dem Notfall eignen sich die antisuizidale Pharmakotherapie und der Non-Suizidvertrag. Die strukturellen Massnahmen werden je nach Literatur diskutiert, aber sie sind auch ein wesentlicher Pfeiler der Suizidprävention, der nicht ausser Acht gelassen werden darf.

### 2.6.1 Fokusassessment

Ein Screening soll Risikopatientinnen und Risikopatienten identifizieren, bei denen eine akute Suizidalität vorliegt. Dafür gibt es mehrere unterschiedliche Erfassungsinstrumente. Falls das Screening positiv ausfällt, werden weitere diagnostische Massnahmen eingeleitet. Bei Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch ist kein Screening nötig, da der wichtigste Indikator, der versuchte Suizid, vorhanden ist. Aus diesem Grund ist bei der Betreuung von Menschen nach einem Suizidversuch ein differenzierter diagnostischer Prozess unerlässlich. Auf der Notfallstation wird ein fokussiertes Gespräch zur genauen Risikoeinschätzung in der Regel durch den ärztlichen oder psychologischen Dienst geführt. Auf diese Weise wird abgeklärt, ob bei dieser Patientin oder diesem Patient Suizidgedanken, Suizidabsichten oder gar Suizidpläne vorhanden sind. Zusätzlich wird die momentane Gefühlslage und der Zugang zu letalen Suizidmethoden erfasst. Weiter sollen auch protektive Faktoren, welche einen Menschen vor einem Suizid schützen, erfasst und dem Menschen aufgezeigt werden. Protektive Faktoren können beispielsweise die Familie, Kinder, berufliche Zufriedenheit oder Ziele im Leben sein. Diese können anhand von gezielten Fragen aufgedeckt und aufgezeigt werden.

Für das Fokusassessment kann einerseits eine Checkliste für ein strukturiertes Gespräch oder ein Fragebogen für die Selbsteinschätzung zur Hilfe genommen werden. Auf die Checkliste oder den Fragebogen wird in der Arbeit nicht näher eingegangen.

Auch die Dokumentation der Suizidrisikoeinschätzung muss erfolgen, da es nicht nur für den Informationsverlauf innerhalb des Behandlungsteams dient, sondern auch als Nachweis einer professionellen Einschätzung. Die Dokumentation beinhaltet die Gründe für die Beurteilung und wie das weitere Prozedere ist (Kozel, 2015).

## 2.6.2 Beziehungsaufbau

Das Kernelement im Umgang mit suizidalen Menschen ist eine tragfähige Beziehung aufzubauen. Diese bildet eine Basis zwischen dem Behandlungsteam und der Patientin oder dem Patienten. Auf diese Weise kann der Mensch in suizidaler Krise unterstützt werden. Alle therapeutischen Massnahmen sind wertlos, wenn keine solide und sichere Basis für den suizidalen Menschen vorhanden ist. Die Beziehung dient auch der psychischen Sicherheit falls eine erneute oder anhaltende Krisensituation auftritt.

Durch folgende Strategien kann eine tragfähige Beziehung zwischen einer Pflegefachperson und einem suizidalen Menschen aufgebaut werden:

- Die Pflegefachperson hört wertefrei und zugewandt zu.
- Die Pflegefachperson zeigt Interesse und Offenheit bei Gesprächen.
- Die Pflegefachperson gibt dem suizidalen Menschen Raum über sich selbst zu erzählen und zeigt Verständnis.
- Die Pflegefachperson signalisiert, dass auf sie oder ihn verlass ist.

Um diese Strategien erfolgreich umzusetzen, benötigt es eine beziehungsfördernde Grundhaltung sowie eine beziehungsfördernde Kommunikation.

Für die eigene Grundhaltung ist es wichtig, dass man den suizidalen Menschen so akzeptiert, wie sie oder er ist. So wird der Patientin oder dem Patienten signalisiert, dass man Kontakt aufnehmen möchte und orientiert sich an dessen Bedürfnissen. Als Pflegefachperson sollten man keine argumentierenden Diskussionen anregen oder eigene Werte in das Gespräch einfließen lassen (Kozel, 2015).

Für suizidale Personen ist es wichtig, dass sie als einzigartige Person angesehen werden und ihnen Hoffnung vermittelt wird. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist es bedeutend, wenn sie ohne Vorurteile und auf eine freundliche Art und Weise behandelt werden. Dies und die Offenheit bilden für Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch die Grundsteine für ein gutes Beziehungsverhältnis. Dies ermöglicht den behandelnden Personen ein Gefühl von Akzeptanz und Sicherheit (Berglund et al., 2016).

Im folgenden Kapitel werden Kommunikationsstrategien mit suizidalen Menschen erläutert, die für eine tragfähige Beziehung unabdingbar sind.

### 2.6.3 Kommunikation mit suizidalen Menschen

Ein erster wichtiger Punkt bei der Kommunikation ist, dass die Suizidalität immer direkt angesprochen wird. Patientinnen und Patienten fühlen sich dadurch entlastet (Walter & Lang, 2017).

Kozel beschreibt verschiedene Ansätze, damit eine professionelle Kommunikation gefördert werden kann. Bei Suizidalität ist es hilfreich, wenn der eigene Sprachstil an das sprachliche Repräsentationssystem der Patientin oder des Patienten angeglichen wird. Es gibt verschiedene Repräsentationssysteme, die visuell, auditiv, kinästhetisch oder olfaktorisch sein können. Wenn eine suizidale Person beispielsweise sagt: «Ich will einfach in Ruhe gelassen werden!», greift man auf das auditive Repräsentationssystem zurück. Eine passende Antwort darauf könnte sein: «Das klings, als ob ...».

Bei der Auswahl der Bezugspflegerperson ist es wichtig daran zu denken, dass jemand gewählt wird, der die gleiche Sprache oder denselben Dialekt spricht.

Ein weiterer Ansatz beschreibt, dass man dem suizidalen Menschen Akzeptanz signalisieren sollte. Dies wird durch eine validierende Kommunikation von Gedanken, Gefühlen, Meinungen und Wünschen etc. erreicht. Validieren heisst, sich in die Situation des anderen zu versetzen, aufmerksam zuhören und Gefühle des suizidalen Menschen in den eigenen Worten zusammenzufassen. Wichtig dabei ist, dass in der Ich-Perspektive gesprochen wird. Auf diese Art fühlt sich die Patientin oder der Patient in der momentanen Lage verstanden und Vertrauen kann aufgebaut werden.

Ein weiterer bedeutender Punkt bei der Kommunikation ist die Redezeit für den suizidalen Menschen. Erhält die Person genügend Raum über die Gefühle und Gedanken zu erzählen und ist die Pflegeperson verbal wie nonverbal aufmerksam, so kann eine tragbare Beziehung gestärkt werden. Durch diese Methode kann ein gemeinsames Verständnis für die Vorgeschichte und Handlungen erfolgen. Auch die nonverbale Kommunikation sollte beachtet werden. Um das Gefühl «Zeit zu haben» dem Menschen zu signalisieren, sollte sich die Pflegeperson auf Augenhöhe mit der Patientin oder dem Patienten befinden. Dies wird durch Hinsetzen zu der Patientin oder zum Patienten erreicht. Die Körpersprache sollte ruhig sein und man sollte darauf achten, dass Äusserungen mit dem Gesichtsausdruck übereinstimmen.

(Kozel, 2015)

#### 2.6.4 Antisuiizidale Pharmakotherapie

Ein weiterer Pfeiler der Suizidprävention ist die antisuiizidale Medikation. Ziel ist es dabei, eine emotionale Entspannung herbeizuführen, um so den Handlungsdruck, wie auch die Suizidgedanken zu verringern. Weiter können auch Symptome wie Angst, Unruhe, Agitiertheit, Schlafstörungen und Gefühle des Gequältseins reduziert werden. Bei akuter Suizidalität sind daher Benzodiazepine oder sedierende Neuroleptika das Mittel der Wahl. Grundsätzlich ist es sehr wichtig, dass suizidale Patientinnen und Patienten nachts schlafen und so distanzierter und entspannter sein können (Wolfersdorf, 2016).

Bei Patientinnen und Patienten mit einem Suizidversuch liegt meistens eine psychiatrische Erkrankung vor. Somit ist es unabdingbar die Grunderkrankung medikamentös zu therapieren. Nebst der Medikation in der Akutphase mit Benzodiazepinen sollte bei einer bekannten Depression möglichst rasch eine antidepressive Therapie erfolgen oder gegebenenfalls angepasst werden. Es wird empfohlen sedierende Antidepressiva zu applizieren, die eine geringere Antriebssteigerung bewirken und folgend eine geringeres Suizidrisiko nach sich ziehen (Althaus & Hegerl, 2004).

Walter & Lang (2017) beschreiben verschiedene medikamentöse Vorgehensweisen bei verschiedenen psychiatrischen Diagnosen. Wichtige Aspekte bezüglich der Medikation, ohne den Einbezug von Diagnosen in der Krankheitsgeschichte, sind, dass Benzodiazepine den akuten Handlungsdruck senken, Schlaf herbeiführen und Angst reduzieren.

Auch das BELLA-Kriseninterventionskonzept beinhaltet die Linderung der schweren Symptomatik. Falls es notwendig erscheint und Suizidgefahr besteht, sollte eine medikamentöse Hilfe beigezogen werden (Kozel, 2015).

In einer randomisierten klinischen Studie durchgeführt von Forschern der Columbia University Medical Center in New York im Jahre 2017, zeigt die intravenöse subanästhetische dosierte Applikation von Ketamin® eine signifikantere Reduktion von Suizidgedanken bei Patientinnen und Patienten mit einer Depression im Gegensatz zu Midazolam® (Grunebaum, et al., 2017).

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten war die antisuiizidale Pharmakotherapie nicht immer effektiv und der Wunsch nach einem Gespräch über die suizidalen Gedanken war grösser (Berglund et al., 2016).

#### 2.6.5 Non-Suizidvertrag

Ein Non-Suizidvertrag (NSV) ist eine Vereinbarung zwischen einer Person aus dem Behandlungsteam, sei es die Pflege oder der ärztliche Dienst und dem suizidalen Menschen. Dabei wird festgelegt, dass die suizidale Person sich für einen bestimmten Zeitraum nicht das Leben nimmt oder suizidale Handlungen unternimmt.

Ein NSV kann auf verschiedene Art und Weisen abgeschlossen werden. So können die Versprechen einerseits mündlich erfolgen und eventuell zusätzlich mit einem Handschlag und klarem Blickkontakt unterstrichen werden. Es gibt auch die Möglichkeit die Vereinbarungen schriftlich festzuhalten, sei dies auf einem vorgedruckten oder selbst formulierten Brief. Die Unterschriften können von beiden «Vertragsparteien» als Zustimmung gegeben werden oder auch nur von der suizidalen Person (Kozel, 2015).

Ein Beispiel für ein Non-Suizidvertrag wäre: «Ich verspreche bis zur nächsten Therapiesitzung am Donnerstag dieser Woche kein Suizid oder suizidale Handlungen zu begehen, gleichgültig welche Gefühle oder Geschehnisse auftreten werden.»

Laut Kozel (2015) ist die Wirksamkeit der NSV in der Praxis nicht evidenzbasiert. Viele Experten diskutieren diese Intervention sehr kontrovers. Es gibt keine Studien, die beweisen, dass ein Suizid durch einen Non-Suizidvertrag verhindert werden kann. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass der NSV keine Intervention darstellt. Sondern eher ein Gefühl der Entlastung für die Bezugsperson, im Sinne, etwas getan zu haben, um den Suizid zu verhindern.

In einer Studie wurde die Verwendung und Effektivität von Suizidpräventionsverträgen ermittelt. Dabei wurden Fachpersonen im Bereich Psychiatrie und Psychologie anhand eines Fragebogens befragt. Bei den Auswertungen konnte festgestellt werden, dass 33% der Patientinnen und Patienten mit einem NSV einen Suizidversuch oder Suizid machten und ohne NSV 64%. Zusätzlich konnte die Kenntnis gewonnen werden, dass der Nutzen von NSV einen positiven Einfluss auf die therapeutische Beziehung hat (Edwards & Sachmann, 2010).

Die Effektivität des NSV liegt darin mit dem suizidalen Menschen gemeinsam individuelle Bewältigungsstrategien zu besprechen. Die Patientin oder der Patient übernimmt so freiwillig die Verantwortung für die Beteiligung am Behandlungsprozess und für das eigene Leben. Diese Vereinbarungen werden vorzugsweise schriftlich festgehalten.

Ein zentraler Aspekt bei der Verwendung eines NSV ist es, dass die Bezugsperson unbedingt zum festgelegten Zeitraum die Kontaktaufnahme für die suizidale Person ermöglicht und zur Verfügung steht. Die Absprachefähigkeit der Patientin oder des Patienten muss vor dem Vertragsabschluss sichergestellt sein, wie zum Beispiel, dass die Person nicht unter Drogen- oder Alkoholeinfluss steht. Zudem muss sich die Bezugsperson bewusst sein, dass ein NSV grundsätzlich keine rechtliche Sicherheit bietet und keine Garantie, dass die Patientin oder der Patient keinen Suizid begeht (Kozel, 2015).

### 2.6.6 Strukturelle Sicherheitsmassnahmen

In der Studie von Berglund et al. (2016) werden strukturelle Sicherheitsmassnahmen seitens der Patientinnen und Patienten als negativ empfunden, obwohl sie die Gründe für diese Interventionen verstehen. Das Gefühl der Demütigung wurde durch diese Art der Kontrolle verstärkt. Gegensätzlich befürworteten manche Patientinnen und Patienten solche Massnahmen, da sie darin eine Reduktion von Stress und suizidalen Handlungen sahen. Die Sicherheitsmassnahmen beinhalteten das Durchsuchen von privaten Gegenständen und das Entfernen von Materialien, die einen Suizid ermöglichen würden.

Weiterführend kann gesagt werden, dass das Suizidrisiko einer suizidalen Person durch den Entzug sämtlicher Mittel verstärkt werden können. Die Patientinnen und Patienten werden in ihrem Elend weiter bestärkt und die Hoffnungslosigkeit wird grösser. Bevor alle Krawatten, Kabel, Schnürsenkel etc. entfernt werden, sollte die Prophylaxe gezielter auf organisatorische Massnahmen gerichtet werden. Zum Beispiel durch eine engmaschige Betreuung und Überwachung, wobei die Würde des Menschen erhalten bleiben soll (Abderhalden & Kozel, 2011).

Auch Kozel (2015) sieht einen grösseren Profit für die Suizidprävention, wenn Sicherheitsmassnahmen verringert werden, dafür aber der therapeutische Kontakt vermehrt aufgesucht wird. Die Selbstbestimmungsrechte des suizidalen Menschen sollen trotz seiner Suizidalität nicht ausser Acht gelassen und nicht komplett isolieren werden. Die Risikominimierung muss in jedem Fall individuell angepasst und abgeschätzt werden. Aus diesem Grund ist ein Fokusassessment zu Beginn der Behandlung umso wichtiger. Es kann keine allgemeine Regelung bezüglich der strukturellen Sicherheitsmassnahmen genannt werden.

Besteht eine akute Suizidalität und die Patientin oder der Patient ist nicht absprachefähig, das heisst sie oder er kann keine Garantie geben sich nicht umzubringen oder sich von Suizidgedanken oder Suizidplänen zu distanzieren, so sind strukturelle Massnahmen erforderlich. Der eingeschränkte Zugang zu Gefahrenquellen wie Balkone, Bäder, Toiletten oder das Entfernen von Plastiksäcken, elektrischen Kabeln, Gürtel und Medikamente, etc. kann die Suizidrate und Suizidversuche verringern.

Aus ethischer Sicht sollte man sich bei der Intervention überlegen und abwägen inwiefern die ethischen Prinzipien «Gutes tun» und «nicht Schaden» der «Autonomie» gegenüberstehen. (Odermatt & Steiner, 2014)

Auch bei der Intervention «Suizidprävention» in den Pflegeinterventionsklassifikation werden mehrere Pflegeaktivitäten, sprich Massnahmen, für eine schützende Umgebung aufgezeigt. Interventionen können beispielsweise das Durchsuchen von Kleidung und Zimmer, die Mundhöhlenkontrolle nach Medikamentengabe, der beschränkte Zugang zu Balkonen und aufschliessbaren Fenstern sowie das Entziehen von Gegenständen, die eine potenzielle Waffe darstellen, sein. Falls persönliche Gegenstände, das Zimmer oder die Kleidung auf mögliche Gefahrenquellen durchsucht werden, ist es wichtig, dass die Gründe für diese Vorsichtsmassnahmen dem suizidalen Menschen und dessen Angehörige erklärt werden (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2016).

### 2.6.7 Überwachung

Je nachdem, wie suizidgefährdet die Person durch das Fokusassessment eingestuft wird, sollte der Intervall der Überwachung angepasst werden. Dies kann von einigen Stunden bis zu einer 1:1 Betreuung reichen. Es wird empfohlen regelmässig, aber nicht in zu kurzen Abständen die wiederholte Risikoeinschätzung vorzunehmen. Am besten wird das Intervall mit der Patientin oder dem Patienten zusammen abgemacht. In einem kurzen Gespräch kann nach den Suizidgedanken und dem aktuellen Befinden gefragt werden (Kozel, 2015). Patientinnen und Patienten äusserten nach einem Suizidversuch das Verständnis für eine intensivierete Beobachtung. Manche erläuterten einen therapeutischen Effekt darin wahrgenommen zu haben, da sie ein gesteigertes Wohlbefinden und eine Besserung der Symptome bemerkten. Dies galt insbesondere, wenn die beobachtende Person freundlich und positiv eingestellt war. Zudem fühlten sich die Patientinnen und Patienten ruhiger und eine Art Schutz gegenüber Suizidimpulsen konnte durch die Überwachung geschaffen werden (Berglund et al., 2016).

Die Überwachung gibt der Patientin oder dem Patienten die Möglichkeit sich über ihre Gefühle zu äussern und sich zu melden, falls die Suizidgedanken drängender werden (Simpson, 2019).

Weiter ermöglicht eine regelmässige Überwachung die Überprüfung der eingeleiteten Interventionen sowie des Therapieverlaufs. Die Beobachtungen sollten fortlaufend dokumentiert werden, damit das Behandlungsteam stets auf dem gleichen Informationsstand ist (Odermatt & Steiner, 2014).

## 2.7 Diskussion

Die Fragestellung und die Ziele dieser Arbeit stellten die pflegerischen Schwerpunkte bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch in den Fokus. Weiter stellt sich die Frage, welche strukturellen Sicherheitsmassnahmen ergriffen werden sollten. In diesem Kapitel werden die erarbeiteten pflegerischen Massnahmen und Erkenntnisse aufgezeigt und kritisch gegenübergestellt.

Die Studie von Berglund et al. (2016) lieferte für die Themenbearbeitung wichtige Informationen. Durch Literaturrecherchen wurden die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch aufgezeigt. Die Artikel, die in die Studie miteinbezogen wurden, waren alle von der Ethikforschung anerkannt. Wer kann besser über die Gefühle und Denkweisen Aufschluss geben, als der Mensch, der im Mittelpunkt des Geschehens steht? Aus diesem Grund ist das Einfließen dieser Resultate und Erkenntnisse wichtig für diese Arbeit und für Pflegepersonen. Aus solchen Rückmeldungen kann man lernen und sich selbst weiterentwickeln. Dass ein suizidaler Mensch sich entlastet fühlt, wenn Suizidgedanken direkt angesprochen werden, ist eine ganz zentrale Erkenntnis. Meistens scheuen sich Pflegepersonen davor mit der Patientin oder dem Patienten über solch unangenehmen Themen zu sprechen. Auch Kozel (2015) befürwortet diese Intervention klar und äussert, dass Patientinnen und Patienten durch das Ansprechen nicht mehr das Gefühl haben mit der Suizidalität alleine zu sein und so aus ihrer sozialen Isolation gelangen können. Der Gedanke von Kozel (2015), dass kein Mensch Suizid begeht, weil er auf Suizidgedanken angesprochen wird, bestätigen die Ergebnisse aus der Studie von Berglund et al. (2016).

Das Fokusassessment stellt eine wichtige Rolle dar, vor allem während des Aufenthaltes auf dem Notfall. Dadurch wird die Suizidalität eingeschätzt und parasuizidale Gesten können eventuell demaskiert werden, was für das weitere Prozedere entscheidend sein kann. Da das Gespräch auf der Notfallstation immer von einer Ärztin oder einem Arzt geführt wird, wäre es spannend in einem weiteren Schritt zu erfassen, nach welchen Assessments der ärztliche Dienst vorgeht. In der Praxis konnten bisher nur eher unstrukturierte Gespräche beobachtet werden. In der Literatur von Kozel (2015) oder Walter & Lang (2017) werden verschiedene Instrumente für das Screening oder Einschätzen von Suizidalität aufgezeigt. Für eine Weiterführung in diesem Bereich wäre es sicherlich interessant zu recherchieren, welche Assessments sich für die Notfallstation in einem Akutspital eignen würden. Meist ist das Zeitmanagement das grösste Hindernis auf der Notfallstation für ein fokussiertes Gespräch. Andererseits könnte man sich die Frage stellen, ob ein Fokusassessment nötig ist oder nur ein Screening reichen würde.

Eine tragfähige Bindung zwischen der Pflege und der suizidalen Person wird von Kozel (2015) als Kernelement der Pflege erläutert. In Übereinstimmung mit dieser Aussage sind auch die Ergebnisse aus der Studie von Berglund et al. (2016). Zudem erläutert auch der Fachexperte als erste wichtige Intervention den Beziehungsaufbau bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch (Simpson, 2019). Im Alltag auf dem Notfall kann es teils hektisch sein, wobei nicht viel Zeit für vertiefere Gespräche vorhanden sind, weshalb der Beziehungsaufbau nicht immer möglich ist. Dennoch ist meist die Pflege die erste Ansprechperson für Patientinnen und Patienten. Fundamental ist, dass trotz des Zeitdrucks die Patientin oder der Patient das Gefühl erhält, dass die Situation ernst genommen wird. Für die Praxis kann sich eine Pflegeperson auf die Kommunikationsstrategien aus Kapitel 2.6.3 konzentrieren, damit auch im schnelllebigen Alltag eine Bindung zur suizidalen Person geschaffen werden kann.

Der Non-Suizidvertrag ist eine angewandte Intervention, die aber in der Literatur kontrovers diskutiert wird. Kozel (2015) ist eher der Meinung, dass der NSV das Gewissen der Pflegeperson beruhigen kann. Anderer Auffassung ist das Resultat der Studie von Edwards & Sachmann (2010), da weniger Suizide erfasst wurden nach einem NSV. Weiter stimmt die Mehrheit der Fachpersonen zu, dass das Suizidrisiko durch einen NSV sinkt und es die therapeutische Beziehung stärkt. Auf der Notfallstation ist dies sicherlich eine Intervention, die eingesetzt werden kann, da die Pflegekräfte meist mehrere Patientinnen und Patienten betreuen und eine engmaschige Überwachung nicht immer möglich ist. Der NSV fällt zum Beispiel weg, wenn die Patientin oder der Patient mit der Polizei auf die Notfallstation gebracht wird und 1:1 Betreuung erhält. Zusätzlich benötigt es keine oder weniger strukturelle Sicherheitsmassnahmen im Zimmer, falls eine 1:1 Betreuung gewährleistet werden kann.

Der Einsatz von strukturellen Sicherheitsmassnahmen wird in der Literatur unterschiedlich angesehen. Spannend ist, dass der ethische Aspekt nicht ausser Acht gelassen werden darf, wenn alle möglichen Gefahrenquellen aus dem Weg geräumt werden. Nicht nur die Autonomie des Menschen wird eingeschränkt, sondern der wohlwollende Sicherheitsaspekt kann einen Menschen weiter in Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit stürzen. Diese Argumente von Odermatt & Steiner (2014) gegen strukturelle Sicherheitsmassnahmen sind einleuchtend und verständlich. Ähnlich argumentieren auch Abderhalden & Kozel (2011), die der Meinung sind, dass das Suizidrisiko gar erhöht werden kann, wenn alle möglichen Mittel entzogen werden. Die Ergebnisse aus der Studie von Berglund et al. (2016) untermauern die Meinungen, dass die Patientinnen und Patienten ein Gefühl der Demütigung äusserten, wenn strukturelle Sicherheitsmassnahmen ergriffen wurden. Interessant ist im Gegenzug, dass manche Patientinnen und Patienten äusserten einen positiven Aspekt hinter den

strukturellen Massnahmen zu sehen, da eine Stressreduktion in Bezug auf Suizidgedanken vorhanden war. Auch Odermatt & Steiner (2014) sehen in den strukturellen Sicherheitsmassnahmen eine Reduktion von Suizid und Suizidversuchen. Auch in den Pflegeinterventionsklassifikation werden diverse Massnahmen aufgezeigt, die zu einer sicheren Umgebung beitragen (Bulechek et al., 2016).

Die antisuizidale Pharmakotherapie mit Benzodiazepinen in der Akutphase erweist sich als ein bewährtes Mittel aus Sicht von Wolfersdorf (2016) und Walter & Lang (2017). Vor allem die angespannte Gefühlslage sowie Suizidgedanken können auf diese Weise reduziert werden. Anderer Auffassung sind jedoch die Äusserungen suizidaler Menschen in der Studie von Berglund et al. (2016), die subjektiv betrachtet nicht immer eine gute Effektivität erfahren haben. Schwierig bei dieser Argumentation ist, dass aus der Studie nicht ersichtlich ist, mit welchen Medikamenten die Patientinnen und Patienten behandelt wurden.

Aufschlussreich bei der Beschaffung der Literatur war, dass die Leitlinien der Luzerner Psychiatrie im Umgang mit Suizidalität keine informative Quelle darstellen. Zur Einsicht ist der Standard im Anhang angehängt. Auch für die Notfallstation in Luzern und Sursee konnte keine Leitlinien oder Standards gefunden werden. Im Gegenzug beschreibt Kozel (2015) in seinem Buch und Simpson (2019) im Fragebogen das BELLA-Kriseninterventionskonzept als eine praxisnahe und anschauliche Orientierung für eine professionelle Begleitung von suizidalen Personen. Es zeigt klare Überschneidungen mit den vier Säulen der Suizidprävention nach Wolfersdorf (2016). Das BELLA-Kriseninterventionskonzept, welches begleitend zum Fragebogen von Simpson gesendet wurde, ist im Anhang einzusehen.

Im Allgemeinen wurde aktuelle Literatur für die Themenbearbeitung genutzt. Nebst den Fachartikeln und Fachbüchern gibt die Studie von Berglund et al. (2016) eine zweite Dimension von Meinungen in die Arbeit. Es sind die Ergebnisse und Erfahrungen von Menschen nach einem Suizidversuch, die eine wertvolle Quelle für diese Arbeit darstellen. Diese Quelle gilt als eine Art Rückmeldung an die Pflege. Durch die Empfehlung und Meinung des Fachexperten konnte eine dritte Dimension gewonnen werden, um die Fragestellungen quasi aus 3 verschiedenen Perspektiven zu beantworten.

### 3 Schlussfolgerungen

Eine klare Auflistung von den wichtigsten pflegerischen Massnahmen nach einem Suizidversuch wird in keiner Literatur aufgezeigt. Aber in diversen Literaturen wird die tragfähige Beziehung zu dem suizidalen Menschen als wichtigster Punkt behandelt. Dazu sind vor allem die Kommunikationsstrategien hilfreich. Die wichtigsten Massnahmen aus Sicht des Menschen nach einem Suizidversuch sind:

- ihn als eine einzigartige Person wahrnehmen
- Zeit nehmen um zuzuhören
- Raum für Gespräche geben
- direkt nach suizidalen Gedanken und nach dem Handlungsdruck fragen

Das direkte Ansprechen auf Suizidgedanken oder Suizidpläne sollte in der Praxis von jeder Pflegeperson erfolgen, die vor der Ärztin oder dem Arzt am Bett ist. Es gibt für beide Seiten nur Vorteile. Die Patientin oder der Patient kann Gedanken und Gefühle mitteilen und die Fachperson weiss, wo der Mensch aktuell steht. Im Alltag auf der Notfallstation ist es normal, dass die Pflege den Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten hat.

Weiter wird in der Literatur der Non-Suizidvertrag von Fachexperten häufig eingesetzt. Dieser kann auf der Notfallstation bei grossem Arbeitsanfall und sofern keine 1:1 Betreuung nötig ist durchaus nützlich sein. Auch der Einsatz von Medikamenten, die sedierenden und anxiolytischen wirken, kann unterstützend sein. Für die Praxis ist es sicherlich eine Massnahme die stets im Hinterkopf der Behandelnden sein sollte. Nicht nur die sedierende Wirkung sondern auch der Effekt der Anxiolyse und Schlaflförderung können damit erzielt werden. In der Praxis kann auch oft beobachtet werden, dass Patientinnen und Patienten den Wunsch äussern, ein Medikament gegen die Unruhe zu erhalten. Dabei ist wichtig, dass dies in Absprache mit dem ärztlichen Dienst und eventuell auch mit der Patientin oder dem Patienten erfolgt. Die Applikation, die Überwachung und die Überprüfung der Medikamentenwirkung wird von der Pflege übernommen.

Der Überwachungsintervall soll stets der aktuellen Situation angepasst werden und könnte auch in Absprache mit der suizidalen Person erfolgen. Ein wichtiger Punkt ist, dass die angegebenen Zeiten eingehalten werden und immer die zuständige Pflegeperson ans Bett tritt.

Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt wird das Fokusassessment vom ärztlichen Dienst übernommen. Wie aber das Beispiel aus der Motivationsbeschreibung zeigt, ist es manchmal eine Tatsache, dass Pflegenden auf sich selbst gestellt sind und die zuständige Ärztin oder Arzt nicht immer am Bett sein kann. Deshalb sollte eine Pflegeperson wissen, dass es elementar ist, die Patientin oder den Patienten auf Suizidgedanken und Suizidpläne anzusprechen. Ist dies der Fall könnte man weiter fragen, ob die Person sich im Moment

davon distanzieren kann oder nicht. Wird ein hoher Handlungsdruck geäussert, muss umgehend eine 1:1 Betreuung erfolgen und die zuständige Ärztin oder Arzt sowie Schichtleitung darüber informiert werden. Daher ist es für eine Pflegende bedeutend, zu wissen, welche Kommunikationsstrategien ihnen helfen können, einen guten Zugang zur suizidalen Person zu finden.

Die Frage nach den strukturellen Sicherheitsmassnahmen kann aufgrund der Literatur und den verschiedenen Meinungen in der Diskussion nicht klar beantwortet werden. Aber für die Notfallstation ist sicherlich wichtig, nach Möglichkeit ein geeignetes Zimmer zuteilen. Dieses Zimmer sollte in der Nähe des Pflegestützpunktes ist und somit in Sichtweite. Ein Zimmer, das Zugang zu einem separaten WC hat oder Fenster vorhanden sind, die geöffnet werden können, sollte wenn möglich gemieden werden. Weiter sollte die Kleidung und Taschen von der Patientin oder dem Patienten auf Gefahrenquellen hin untersucht und eventuell entfernt werden. Frühzeitig sollten die Suizidgedanken und der Handlungsdruck in einem Gespräch erfasst werden, denn daraus resultiert, wie engmaschig die Überwachung der Patientin oder dem Patienten angepasst werden soll. Der Autorin erscheint es als eine wichtige Erkenntnis die 1:1-Betreuung und eventuell einen Non-Suizidvertrag einzusetzen, bevor alle Monitoringkabel, Gürtel oder Plastiksäcke entfernt werden. Für die Übertragung auf die Praxis sollte sich der Leser oder die Leserin aber bewusst sein, dass jede Notfallstation unterschiedliche bauliche Strukturen aufweist und dies Einfluss auf die Zimmerwahl, wie auch die engmaschige Betreuung hat.

Weiterführende wäre es sicherlich interessant in ein paar Jahren zu verfolgen, welche Auswirkungen das neue Waffengesetz in der Schweiz auf die Anzahl Suizide durch Schusswaffen hat. Bezüglich den strukturellen Sicherheitsmassnahmen wäre es für die Praxis und für die Forschung interessant herauszufindend, ob bei Suizidversuchen stets dieselbe Methode angewandt wird oder ob es ein Wechsel gibt. Müssen beispielsweise Monitorkabel bei einem Suizidversuch mit Medikamentenintoxikation entfernt werden oder nur auf den beschränkten Zugang zu Arzneimittel gewährleistet werden?

In der Diskussion wurde bereits das Thema des Fokusassessments angesprochen. Meist werden eher unstrukturierte Gespräche beobachtet. Deshalb wäre es auch für den ärztlichen Dienst sinnvoll einen Leitfaden oder Checkliste für ein strukturiertes Gespräch zu haben. So könnte die Suizideinschätzung einheitlich durchgeführt und evtl. objektiviert werden. Des Weiteren wäre es für die Forschung auch ein Gewinn, die Zahl der Suizidversuche zu erfassen. Folgend könnten diese Informationen für die Suizidprävention eine Bereicherung darstellen und gezielter Massnahmen ergriffen werden.

### **3.1 Leitfaden für die Notfallstation**

Anhand der bearbeiteten zentralen Pflegeschwerpunkte in den vorherigen Kapiteln wird auf der nächsten Seite einen Leitfaden für die Praxis erstellt. Die aufgeführten Massnahmen stellen ein Endprodukt dieser Arbeit dar.

Die Massnahmen werden in dieser Diplomarbeit auf die Notfallstation im Luzerner Kantonsspital Sursee angepasst. Erhebliche Unterschiede für eine andere Notfallstation würde es vor allem im Bereich der strukturellen Massnahmen geben.

Die Quellenangaben werden bewusst nicht aufgeführt, da diese bereits jeweils im Hauptteil der unterschiedlichen pflegerischen Massnahmen deklariert worden sind.

## LEITFADEN FÜR DIE BETREUUNG NACH EINEM SUIZIDVERSUCH

### Strukturelle Massnahmen

- Wenn möglich ein Zimmer freihalten, das in Sichtweite ist (nicht Gips, kl. Eingriff, Fast Track, Koje 6).
- Kleidung und evtl. persönliche Utensilien nach Medikamenten oder Gefahrenquellen durchsuchen und ggf. entfernen.

### Diagnostische und medikamentöse Massnahmen

- Bei starker Unruhe, Ängstlichkeit usw.: medikamentöse Massnahmen in Absprache mit dem ärztlichen Dienst. *Vorzugsweise Benzodiazepine verwenden.*
- Abklären, wie der Suizidversuch unternommen wurde: je nach dem diagnostische und therapeutische Massnahmen nach Primary Survey einleiten.
  - Bei Medikamenten oder Drogenmissbrauch: Drogenscreening, Alkoholspiegel, evtl. Medikamentenspiegel bestimmen und ggf. Rücksprache mit Tox-Zentrum .
  - Körperliche Untersuchung auf Verletzungen ggf. dementsprechende Behandlung.

### Kommunikation im Behandlungsteam

- Fokusassessment erfolgt durch den ärztlichen Dienst.
- Mit dem ärztlichen Dienst abklären, ob eine 1:1 Betreuung notwendig ist.
- 1:1 Betreuung durch die Pflege, Polizei, Securitas oder andere.
- Prozedere besprechen (Verlegung auf IPS oder Psychiatrie, per FU ja/nein).
- Schichtleitung und andere Teammitglieder über suizidale Patientin/Patient informieren.

### Kommunikation mit dem Patienten

- Die Patientin/ der Patient darauf ansprechen, ob im Moment Suizidgedanken oder Suizidpläne vorhanden sind.
- Validieren von Gefühlen, Gedanken, Handlungen, Wünschen, Meinungen.
- Den Arzt oder die Ärztin während den Gesprächen mit dem suizidalen Menschen nicht unterbrechen.
- Regelmässige Überwachung der Patientin/ des Patienten und evtl. zeitliche Absprachen festlegen.
- Non-Suizidvereinbarungen treffen.
- Dokumentieren von Suizideinschätzung, Absprachen und Befindlichkeiten der Patientin/ des Patienten.

## 4 Reflexion

Durch die vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid und den pflegerischen Schwerpunkten, ist es mir gelungen, meine Fragen, die ich im Motivationsschreiben äusserte, zu beantworten. Lese ich die Gedanken, die ich bei diesem Praxisbeispiel hatte nochmals durch, bemerke ich eine selbstsichere Haltung gegenüber einem suizidalen Menschen. Ich kenne nun Antworten und Massnahmen auf diese Fragen und aus diesem Grund sehe ich persönlich einen grossen Lernprozess durch die Erarbeitung der Diplomarbeit. Durch den Einbezug verschiedener Massnahmen konnte ich eine umfassende Expertise erlangen. Dies wäre mir nicht gelungen, hätte ich mich nur auf einen Teilbereich, wie zum Beispiel die Kommunikation, beschränkt. Nun am Ende der Arbeit bin ich froh über die Entscheidung mehrere Pflegeschwerpunkte erarbeitet zu haben, da dies eine ganzheitlich professionelle Betreuung ermöglicht.

Ich fand es sehr spannend am Schluss den Leitfaden zu erstellen. Anfangs hätte ich nie gedacht, dass es so viele Punkte gibt, auf die ich als Pflegeperson im Umgang mit Patientinnen und Patienten nach Suizidversuch beachten muss. Es ist immer von Fall zu Fall unterschiedlich, aber die Kernaufgaben bleiben dieselben. Mit dem Leitfaden konnte ich für mich selbst eine Art Checkliste erstellen, die mir Unterstützung und Anregungen bietet. Aus dieser Erarbeitung sehe ich den grössten Profit meiner Arbeit. Es ist ein Endprodukt, das ich bei meiner täglichen Arbeit auf dem Notfall zur Hand nehmen kann. Es ist etwas Handfestes, das ich selbst erstellt habe und darauf bin ich stolz.

Ich konnte mein neu erlangtes Wissen in der Praxis bereits anwenden. Ich wusste, welche Kommunikationsstrategien mir helfen können einen Zugang zu diesem Patienten zu finden. Als ich mich kurz mit dem Arzt über die Patientensituation austauschte bemerkte ich, dass ich teils erweiterte Antworten vom Patienten erhalten habe. Dies zeigte mir eine Bestätigung, dass sich der Patient mit anvertraute. Nach dem der Patient verlegt wurde, wurde mir klar, dass ich keine Unsicherheiten in der Betreuung mehr verspürte.

Ich hatte während der Bearbeitung des Themas des Non-Suizidvertrags ein sogenanntes «AHA-Erlebnis». Ich hatte bisher kein Wissen über den NSV, aber dann bemerkte ich, dass ich zwei Mal während dem Praktikum in Luzern mitgehört hatte, wie der Psychiater mit den suizidalen Menschen einen mündlichen NSV vereinbarte. Ich fand es anfänglich komisch, dass er die Patienten direkt fragte, ob sie sich während eines bestimmten Zeitfensters nicht selbstverletzen oder gar töten werden. Nun verstehe ich das Ziel und die Logik hinter diesen Gesprächen. Weiter hatte ich die Erkenntnis, dass zwischen einem Suizidversuch und einer parasuizidalen Geste unterschieden werden kann. Um herauszufinden, ob ein Suizidversuch mit klarem Todeswunsch vorliegt, ist ein Fokusassessment, also ein vertieftes Gespräch nötig. Dies erklärt mir, weshalb Patientinnen und Patienten teils auch nach einem

Suizidversuch nach Hause entlassen werden. Jene Menschen können sich nach dem «Hilfeschrei» klar von suizidalen Gedanken und Handlungen distanzieren und benötigen eine ambulante psychiatrische Therapie.

Im Gegensatz zu anderen Diplomarbeiten, die ich geschrieben habe, konnte ich im Allgemeinen einen positiveren Arbeitsprozess beobachten. Mir fiel das Schreiben der Diplomarbeit insgesamt einfacher, wenn ich an freien Tagen daran arbeitete. So konnte ich gleich mehrere Stunden schreiben und war mit den Gedanken ganz bei der Diplomarbeit. Die verschiedenen pflegerischen Massnahmen konnten jeweils unabhängig voneinander erarbeitet werden. So konnte ich mir stets Tagesziele setzen, welche Kapitel bis am Ende des Tages fertiggestellt werden sollten. Auf diese Art und Weise konnte ich Stück für Stück die Diplomarbeit zu Ende bringen. Manchmal war die Motivation für das Hinsetzen und Schreiben der Arbeit der schwierigere Part. Bei der Literatursuche oder beim Lesen bestimmter Kapitel verlor ich teils das Augenmerk auf die Diplomarbeit. Das Thema über den Suizid bietet so viele interessante Aspekte. Da half mir vor allem der Tipp von der Schreibwerkstatt weiter. Ich druckte meine Ziele und Fragestellungen auf ein grosses Blatt aus und hängte es an die Wand über dem PC. Auf diese Weise konnte ich immer wieder auf den wesentlichen Fokus der Arbeit zurückkommen.

Als schwierig und auch frustrierend zeigte sich die Suche nach einem Interviewpartner. Ich hatte mehrere Absagen und es fielen auch Anfragen unbeantwortet aus. Da stellte sich mir die Frage, wie viel Energie ich noch in die Suche stecken möchte, da die Arbeit mittlerweile fast fertiggestellt war. Mit dem Tipp meiner Mentorin nahm ich Kontakt mit meiner Studiengangsleitung auf. In einem Gespräch konnte ich mein Frust preisgeben und nach den aufbauenden Worten startete ich einen letzten Versuch. Leider konnte ich aus Zeitgründen kein Interview mit dem Fachexperten führen, aber die zentralen Fragen konnten anhand eines Fragebogens beantwortet werden.

Beim Schlussteil der Arbeit, also bei den Kapiteln Diskussion und Schlussfolgerungen musste ich nochmals über die Bücher. Es war für mich der schwierigste Part dieser Diplomarbeit. Ich hatte bereits viel geschrieben und danach hatten wir den Unterricht Schreibwerkstatt III. Dieser zeigte mir, dass ich nicht ganz den richtigen Weg eingeschlagen hatte und ich musste diese Kapitel nochmals genauer bearbeiten. Als das Schreiben sich dem Ende näherte, bemerkte ich Unsicherheit bezüglich den Informationen im Hauptteil. Ich dachte plötzlich, dass es noch viele wichtige Informationen gibt, die ich mit in die Arbeit nehmen könnte. Es war schwierig für mich einen Punkt zu finden um mir selbst zu sagen, dass die Quellen und Aussagen ausreichend betont sind und ich die Arbeit zum Lesen weitergeben kann.

Im Ausblick für die Praxis könnte ich mir gut vorstellen meine Diplomarbeit und den Leitfaden an einer Teamsitzung zu präsentieren. So könnte ich dieses Thema meinen Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen näherbringen und ihnen mit dem Leitfaden etwas Praktisches weitergeben. Der Leitfaden könnte evtl. mit in den Notfalleitfaden der Pflege miteingebracht werden. Da müsste ich abklären, mit wem ich diese Realisierung angehen müsste. Für mich persönlich werde ich den Leitfaden ausdrucken und in mein Notizbuch kleben, damit er stets griffbereit ist.

## **5 Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich während meiner Bearbeitung und Schreiben dieser Diplomarbeit in irgendeiner Weise unterstützt haben.

Vorab geht ein herzliches Dankeschön an meine Mentorin Priska Gernet, die mich während meines Arbeitsprozesses betreut und geleitet hat. Für die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Arbeit möchte ich mich besonders bedanken.

Weiter danke ich Janik Waller für das Korrekturlesen meiner Diplomarbeit.

Einen besonderen Dank geht an C. Simpson für die fachliche Antworten auf meine Fragen.

Abschliessend möchte ich meiner Familie und Freunden danken, welche stets unterstützende Worte und ein offenes Ohr für mich hatten.

## 6 Literaturverzeichnis

- Abderhalden, C., & Kozel, B. (2011). Suizidalität. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham, & S. Wolff, *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (S. 1025-1038). Bern: Hans Huber.
- Ajdacic-Gross, V., Weiss, M., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Rössler, W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, S. 726-732.
- Althaus, D., & Hegerl, U. (1. November 2004). Ursachen, Diagnosen und Therapie von Suizidalität. *Der Nervenarzt*, 11, S. 1123-1135.
- Berglund, S., Aström, S., & Lindgren, B.-M. (2016). Patients' Experiences After Attempted Suicide: A Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, Volume 37, S. 715-726.
- Bulechek, G. M., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (2016). *Pflegeinterventionsklassifikation (NIC)*. Bern: Hogrefe.
- Bundesamt für Statistik (BfS). *Spezifische Todesursachen*. (n.d.). Abgerufen am 25. April 2019 von:  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html>
- Edwards, S. J., & Sachmann, M. D. (2010). No-suicide contracts, no-suicide agreements, and no-suicide assurances: A study of their nature, utilization, perceived effectiveness, and potential to cause harm. *Crisis*, Volume 31, S. 290-302.
- Grunebaum, M. F., Galfalvy, H. C., Choo, T.-H., Keilp, J. G., Moitra, V. K., Parris, M. S., . . . Mann, J. J. (2017). *Ketamine for Rapid Reduction of Suicidal Thoughts in Major Depression: A Midazolam-Controlled Randomized Clinical Trial*. Abgerufen am 31. Mai 2019 von: The American Journal of Psychiatry:  
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2017.17060647>
- Kozel, B. (2015). *Professionelle Pflege bei Suizidalität*. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Odermatt, S., & Steiner, L. (2014). Eine besondere Herausforderung. *Pflege Zeitschrift*, 4, S. 220-223.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2018). *Suizidmethoden, exkl. Sterbehilfe*. Abgerufen am 15. Juli 2019 von: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid>
- Simpson, C., Dipl. Supervisor HAP, Dipl. Berufsschullehrer und Erwachsenenbildner SRK, Dipl. Psychiatriepfleger SRK, *Fragebogen zum Thema: Betreuung auf der Notfallstation nach Suizidversuch*, 23.07,19.
- Walter, M., & Lang, U. (2017). *Psychiatrische Notfälle*. Landsberg am Lech: ecomed Medizin.
- Wolfersdorf, M. (2016). Notfallpsychiatrische Suizidprävention. *Notfall + Rettungsmedizin*, 3, S. 172-179.

## 7 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Symbolbild, abgerufen am 18.06.2019 unter  
[https://www.lifeline.de/krankheiten/suizid-was-menschen-zur-selbsttoetung-treibt-  
id137936.html](https://www.lifeline.de/krankheiten/suizid-was-menschen-zur-selbsttoetung-treibt-id137936.html) ..... 1

## 8 Erklärung zur Diplomarbeit

Ich bestätige,

dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst habe und dass fremde Quellen, welche in der Arbeit enthalten sind, deutlich gekennzeichnet sind.

dass alle wörtlichen Zitate als solche gekennzeichnet sind.

dass ich die Bereichsleitung Weiterbildung vorgängig informiere, wenn die Arbeit als Ganzes oder Teile davon veröffentlicht werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Bildungszentrum Xund über die Aufnahme der Diplomarbeit in der Bibliothek, einer Aufschaltung auf der Homepage des Bildungszentrums Xund oder auf Homepages von Fachgesellschaften entscheidet. Sie kann ebenso zu Schulungszwecken für den Unterricht in den NDS Studien AIN verwendet werden.

Schenkon, 30. Juli 2019

Patricia Bühler

## 9 Anhänge

### 9.1 Standard Suizidalität Luzerner Psychiatrie

Luzerner  
Psychiatrie **lups.ch**

Luzern | Obwalden | Nidwalden

#### Standard Suizidalität

##### Aus dem Leitbild Luzerner Psychiatrie:

- „Wir respektieren jeden Menschen und orientieren uns an seinen Bedürfnissen.“
- „Wir stellen ein umfassendes Behandlungsangebot und eine hohe Behandlungsqualität sicher.“

##### Definition

Suizidalität umschreibt einen psychischen Zustand, in dem Gedanken, Phantasien, Impulse und Handlungen anhaltend, wiederholt oder in bestimmten krisenhaften Zuspitzungen darauf ausgerichtet sind, gezielt den eigenen Tod herbeizuführen.

Es besteht eine graduelle Differenzierung zwischen Suizidgedanken ohne den Wunsch nach Selbsttötung und drängenden Suizidgedanken mit konkreten Absichten, Plänen bis hin zu Vorbereitungen eines Suizids.

##### Dokumentation

Alle Massnahmen zur Einschätzung und Verhinderung eines Suizids des Patienten bedürfen einer sorgfältigen, nachvollziehbaren Dokumentation (wer (mind.2 MA) haben eingeschätzt und entschieden und warum wurde so entschieden).

Diese Zusammenstellung enthält Anweisungen zu folgender Massnahme

- **Umgang mit suizidalen Patienten**

##### An Wochenenden und Feiertagen

Aus dem Blitz Kaizen Umgang mit Entscheidungskompetenzen werden ab 1.4.2019 folgende Entscheidungstypen für die Zeit ausserhalb der regulären Büroarbeitszeiten

(Mo-Fr. von 8:00-17:00) ausprobiert. Die Evaluation findet am 30.11.2019 statt.

In diesem Standard sind die Massnahmen der Einzelbetreuung davon betroffen.

##### Vieraugenprinzip

Mindestens zwei ausgebildete Pflegepersonen (PP), davon 1 diplomierte Pflegefachperson (siehe Ergänzung)\*

Es kann immer dual entschieden werden\*\*

Keine Entscheidung alleine

\* Die Behandlungsteamleitung bespricht mit jedem Mitarbeitenden seine Entscheidungsbefugnis.

\*\*Wenn die an einer Entscheidung aus dem Vieraugenprinzip Beteiligten dies aus irgendeinem Grund als nicht tauglich ansehen, kann der DA hinzugezogen werden.

##### Dualprinzip

Ärztlicher Dienst (ÄD) ist involviert mit PP

Duale Entscheidungsfindung, bei Uneinigkeit Bezug Hintergrunddienst

### Standard Suizidalität

<p><b>Indikation:</b> Umgang mit Patienten, deren Gedanken, Impulse und/oder Handlungen darauf ausgerichtet sind, den eigenen Tod herbeizuführen.</p>	<p><b>Zielsetzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suizidprävention</li> <li>• Distanzierung von Suizidgedanken/-handlungen des/der Patient/in</li> <li>• Tragfähige Beziehungsgestaltung, wo der Patient über Suizidalität sprechen kann</li> </ul>
<p><b>Rahmenbedingungen:</b> Die Suizidalität muss täglich mindestens einmal neu beurteilt werden. Wir unterscheiden zwischen subakuter und akuter Suizidalität.</p> <p><u>Subakute Suizidalität:</u> Es muss mit Suizidhandlungen gerechnet werden. Patienten sind teilweise absprachefähig.</p> <p><b>Kennzeichnung:</b> <i>St. Urban:</i> <i>1 roter Punkt</i></p> <p><i>Luzern:</i> <i>rosa Reiter</i></p> <p><u>Akute Suizidalität:</u> Patienten, die in unbewachten Momenten möglicherweise eine suizidale Handlung beabsichtigen. Es besteht keine Absprachefähigkeit.</p> <p>Die Suizidalität ist eingeschätzt, dokumentiert und die Mitarbeitenden sind informiert. Die entsprechenden Massnahmen sind im KIS ersichtlich gekennzeichnet.</p> <p><b>Kennzeichnung:</b> <i>St. Urban:</i> <i>2 rote Punkte</i></p> <p><i>Luzern:</i> <i>türkis Reiter</i></p>	<p><b>Massnahmen:</b> Beim Einstieg in eine Einzelbetreuung wird <b>dual</b> entschieden, der Wechsel zwischen 1+2 erfolgt im <b>Vieraugenprinzip</b> der Ausstieg aus der Einzelbetreuung wird wieder im <b>dualen Prinzip</b> beschlossen und muss im KIS gestoppt werden.</p> <p><u>Subakute Suizidalität:</u> Es ist ein Mitglied des Behandlungsteams bestimmt, welches die <b>Einzelbetreuung 2</b> übernimmt. <i>Einzelbetreuung 2 heisst</i> <i>tägliches Ansprechen der Suizidalität und Überprüfung der Absprachefähigkeit.</i></p> <p>Bei einer Verschlechterung des Zustandes treten die Massnahmen akuter Suizidalität in Kraft. Der Patient wird nach Möglichkeit in ein Mehrbettzimmer verlegt.</p> <p><u>Akute Suizidalität:</u> Es ist ein Mitglied des Behandlungsteams bestimmt, welches die <b>Einzelbetreuung 1</b> übernimmt. <i>Einzelbetreuung 1 heisst</i> <i>Der vom Behandlungsteam bestimmte Mitarbeitende weiss jederzeit was der Patient macht und wo er sich aufhält. Bei Dienstschluss ist dieser für die Übergabe an ein anderes Behandlungsteammitglied verantwortlich.</i></p> <p>Reicht diese Massnahme nicht aus, wird im Behandlungsteam über andere Betreuungsmöglichkeiten entschieden. Die Einschätzung, die daraus entsprechenden Massnahmen und der Verlauf werden im KIS dokumentiert.</p>

## 9.2 Fragebogen mit C. Simpson



### Fragebogen zum Thema: Betreuung auf der Notfallstation nach Suizidversuch

In meiner Diplomarbeit schreibe ich über die Betreuung auf der Notfallstation von Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch. Nebst der Literaturbearbeitung möchte ich die fachliche Meinung von Fachexperten/innen in meine Arbeit miteinfließen lassen. Damit kann ein Vergleich und eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis hergestellt werden.

Die Fragen können in diesem Dokument schriftlich beantwortet werden und an folgende E-Mail zurückgeschickt werden: [patricia\\_buehler@gmx.ch](mailto:patricia_buehler@gmx.ch).

Ich bedanke mich im Voraus herzlich für Ihre Antworten und Zeit, die sie mir entgegengebracht haben.

Antworten von Clemens Simpson, ein gelernter Psychiatriepfleger, Dozent und Supervisor HAP.

#### 1. Welches sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten pflegerischen Massnahmen, wenn eine Person nach einem Suizidversuch auf die Notfallstation eingeliefert wird?

- Beziehung herstellen, Fürsorge und Schutz vermitteln und gewährleisten
- Vermitteln von Präsenz, Verständnis, Hilfsbereitschaft und genügend Zeit für den Patienten nehmen
- Ruhige und zuversichtliche pflegerische (medizinische) Notfallversorgung ohne Hektik
- Zustand und Schweregrad der Problematik ab- und Suizidalität einschätzen (wenn möglich)
- Gefährlichkeit der Situation entspannen, regelmässiger Patientenkontakt: (Intervall absprechen), eventuell allein sein vermeiden; Absprache, dass der Patient sich meldet, wenn die Suizidgedanken drängender werden (wenn möglich)
- Darauf achten, dass keine gefährlichen Gegenstände in der Nähe sind (auch Desinfektionsmittel nicht vergessen)

**2. Welche Standards im Umgang mit akuter Suizidalität, werden in der Praxis eingesetzt, die sie kennen?**

Wie es auf dem Notfall heute aktuell aussieht, kann ich Ihnen nicht genau sagen, weil ich hier zu wenig zeitgemässe Erfahrung habe.

In der Psychiatrie ist (und auch in der Somatik) gibt es unterschiedliche Standards.

Fast alle der psychiatrischen Kliniken haben entweder Standards, Guidelines, Konzepte oder Merkblätter zur Suizidprävention und zum Umgang mit Suizidalität während stationärem Psychiatrieaufenthalt. Zudem gibt es Kliniken die Standards im Umgang mit Suizidalität nach stationärem Psychiatrieaufenthalt erarbeitet haben und anwenden. Erarbeitet werden diese meist durch das Qualitätsmanagement, oft für die gesamte Institution oder auf Stationsebene.

Die meisten thematisieren darin Wissen, Haltung, Prozesse und Sicherheitsprozesse, Behandlungs- und Betreuung und Verhaltensrichtlinien. Ausgewählte Interventionen zum stationären Aufenthalt sowie zur Suizidprophylaxe ergänzen meist diese Dokumente.

Ich persönlich vertraue meist auf das Bellakonzept als hilfreichen Guide in Notfallsituationen. Ich lege es Ihnen bei.

**3. In der Literatur werden die strukturellen Sicherheitsmassnahmen kontrovers diskutiert. Welche Meinung können Sie in diesem Bezug äussern?**

Ich hoffe, dass ich diese Frage richtig verstanden habe, nämlich die strukturellen Sicherheitsmassnahmen als Teil der Prävention. Im Grundsatz vertrete ich eine positive Haltung, auch wenn es ein riesen Thema ist und sich immer die Frage nach der Ebene stellt (National, Kantonal, Institutionen oder Stationen etc.)

Aus meiner Sicht ist dabei das Selbstbestimmungsrecht des Menschen (auch auf eine Selbsttötung) immer in Bezug zur Thematik zu setzen und dabei Augenmass zu wahren. Solche Diskussionen müssen geführt werden und helfen mit, das Wissen im Kontext von Suizid zu vergrössern.

Strukturelle präventive Massnahmen haben aus meiner Erfahrung nicht die Auswirkung, dass dadurch Menschen eher auf das Thema Suizid aufmerksam gemacht werden. Im Gegenteil. Studien zeigen deutlich auf, dass ein verhinderter Suizid nicht immer ein aufgeschobener Suizid ist. Viele Suizidhandlungen sind Ausdruck einer zugespitzten Krisensituation und wenn sie strukturell verhindert werden kann, dann gibt es durchaus die Chance die Krise anderweitig zu bewältigen.

## 9.3 BELLA- Kriseninterventionskonzept

### **Bella - Kriseninterventionskonzept**

(Sonneck, 2000)

**B**eziehung aufbauen  
**E**rfassen der Situation  
**L**inderung von Symptomen  
**L**eute einbeziehen/, die unterstützen  
**A**nsatz zur Problembewältigung

#### **1. Beziehung aufbauen**

- Schaffe einen einladenden Anfang
- Höre dem Klienten aufmerksam und einfühlsam zu
- vermittele dem Klienten, dass du ihn ernst nimmst und dir seiner Schwierigkeiten bewusst bist

#### **2. Erfasse die Situation:**

Befasse dich

- mit den Gründen des Kommens (der Situation)
- mit dem Krisenanlass und den davon unmittelbar Betroffenen
- mit der derzeitigen Lebenssituation des Klienten (mit dem Hier und Jetzt)
- mit möglichen Veränderungen durch die Situation

#### **3. Linderung der schweren Symptomatik**

- Gehe auf die emotionale Situation des Klienten ein
  - o Panik – Depression – Suizidrisiko erhellen!!!
- Versuche, den Klienten zu entlasten
  - o ordnen zu lassen
  - o durch Übungen entspannen
  - o falls unbedingt notwendig: auch medikamentöse Hilfe (vor allem bei Suizidgefahr)

#### **4. Leute einbeziehen, die unterstützen**

- Versuche, Hilfssysteme des Klienten von ihm selbst einsetzen zu lassen
- Wenn notwendig auch Hilfssysteme wie Selbsthilfegruppen, Institutionen

#### **5. Ansatz zur Problembewältigung**

- Allgemeine Prinzipien der Krisenintervention
  - o Verhilf dem Klienten das eigentliche Problem zu definieren
  - o Widersprüchlichkeiten zu sehen
  - o die gefühlsmäßige und reale Bedeutung des Problems zu erfassen
  - o sich für eine Veränderung zu entscheiden!!

**Bella ist die unmittelbare Hilfe, die sofort einsetzen soll!**

Literaturhinweis:

Sonneck, Gernot (2008). Krisenintervention und Suizidverhütung. Bern: Huber.