

# Pflege- Fachtagung LWL – Klinik Herten



Nurses Global Assessment of Suicide Risk  
Ein evidenzbasiertes Instrument zur  
Pflegerisch - interdisziplinären Einschätzung  
der Suizidalität

Manuela Grieser  
Bernd Koziel  
Christoph Abderhalden

Herten, 22. Mai 2007

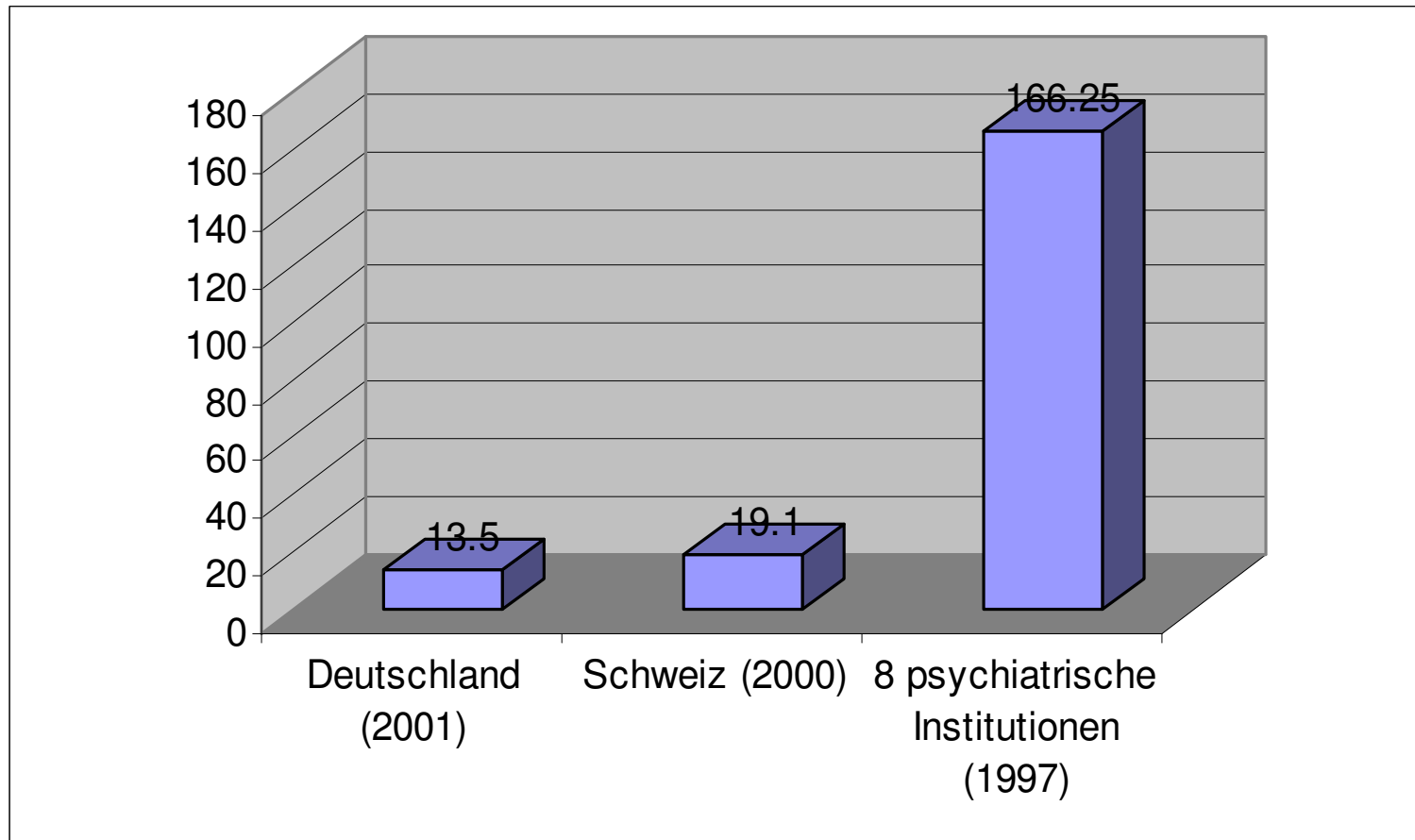
# Inhalt



- Hintergrund
- Suizidassessment: Gesamtkonzept
- Qualitätskriterien der NGASR Skala
- Projektergebnisse aus Herten/ Lengerich

## Hintergrund (1)

Suizidrate bezogen auf 100 000 Einwohner bzw.  
Aufnahmen pro Jahr

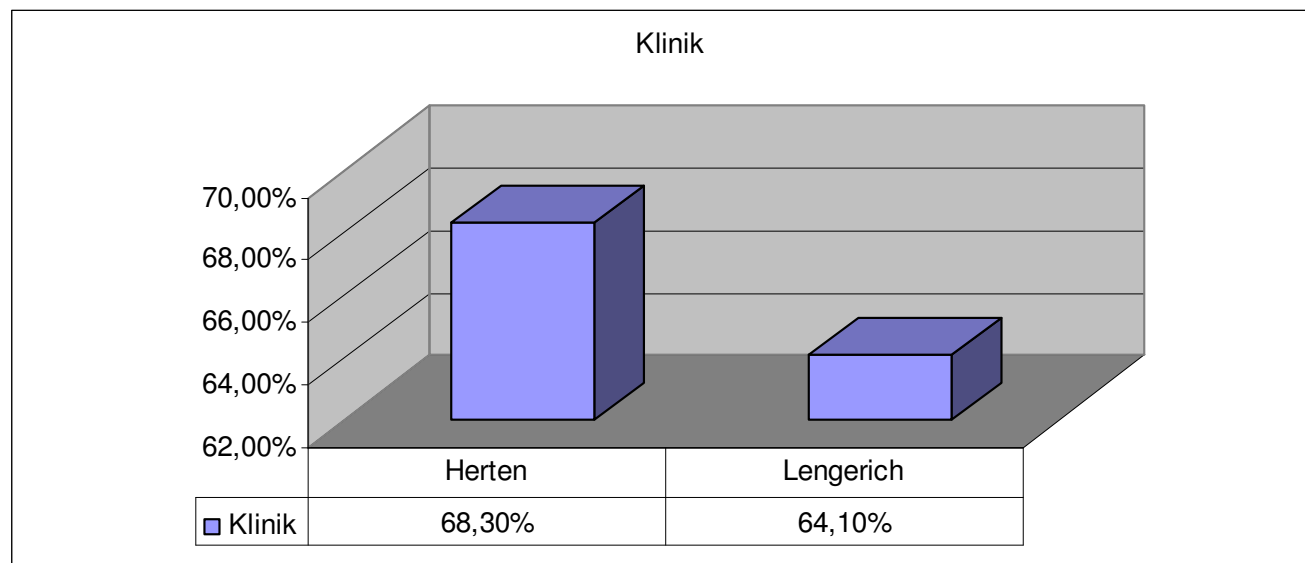


Quelle: WHO 2004, Wolfersdorf 2000

## Hintergrund (2)

Wie häufig haben Pflegende aus Herten und Lengerich einen Suizidversuch/Suizid auf Station erlebt (Berufserfahrung Ø 13,6 Jahre)?

Herten N=137  
Lengerich N=39



## Hintergrund (3)

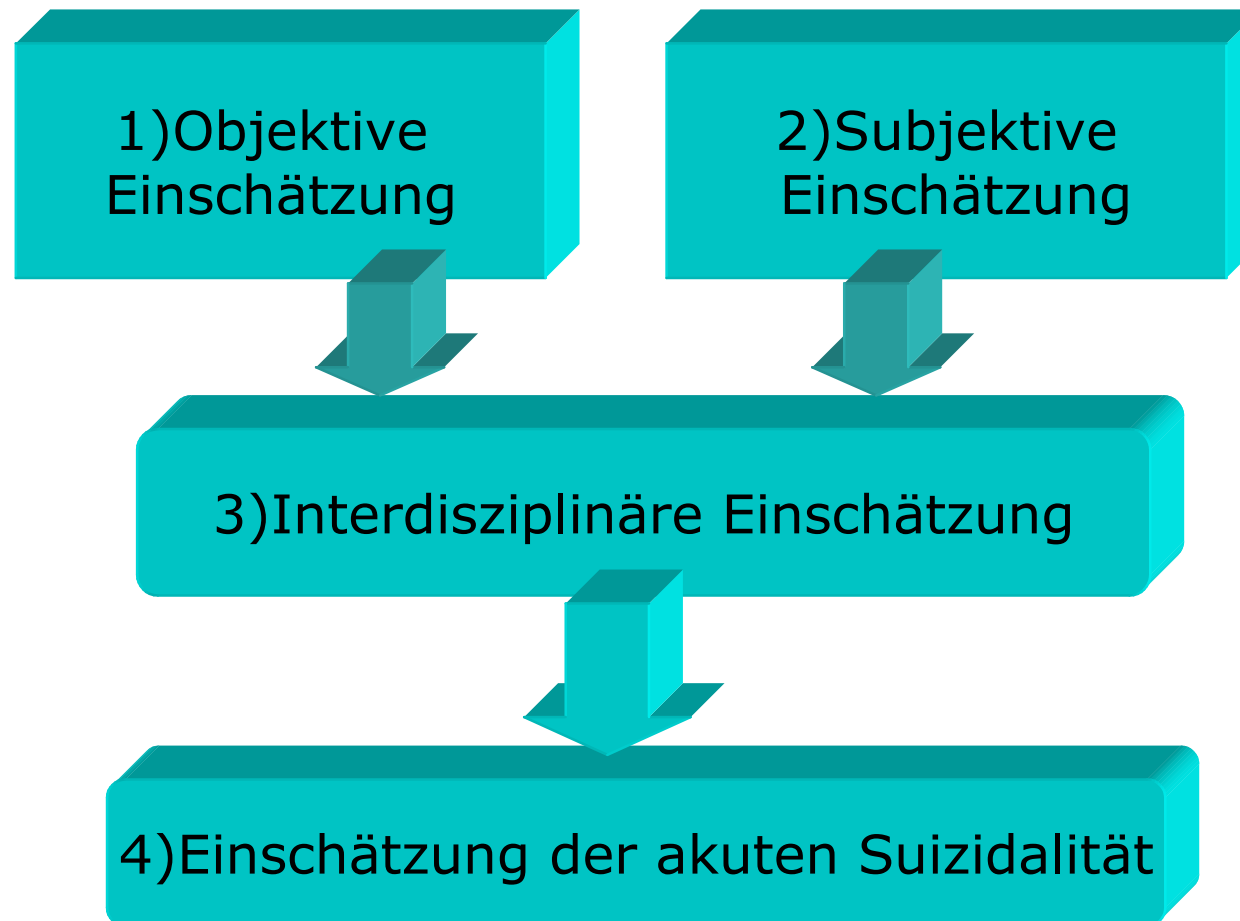
- erhöhte Basissuizidalität (latente Suizidalität) psychiatrischer PatientInnen
- das interdisziplinäre Team in der Psychiatrie leistet einen zentralen Beitrag bei der Einschätzung der Suizidalität
- bisher unsystematische und auf Intuition beruhende Risikoeinschätzung
- Forderung nach systematisierter Risikoeinschätzung

## Hintergrund (4)

### **Vorteile einer systematisierten Einschätzung der Suizidalität:**

1. Vereinheitlichung des Einschätzungsprozesses
2. Unterstützt und schärft die subjektive Einschätzung
3. Liefert Grundlagen für Pflegediagnosen
4. Begründet Maßnahmen und Interventionen
5. Dient als Argumentationsgrundlage gegenüber anderer Berufsgruppen
6. Liefert Fakten für die Pflegedokumentation
7. Dient der Verlaufsbeschreibung bei PatientInnen mit häufigen Aufnahmen
8. Gibt unerfahrenen Pflegepersonen Sicherheit
9. Hilft dem interdisziplinären Team bei der Bewältigung von Suiziden
10. Verhindert, dass wichtige Informationen über PatientInnen nicht wahrgenommen werden

## Gesamtkonzept



## 1) Objektive Einschätzung (Risikoscreening)

- die NGASR-Skala wird bei allen PatientInnen einmal vorgenommen (z.B. innerhalb der ersten 3 Tage)
- Persönliche Interpretationen und Auslegungen sollen vermieden werden
- Die eingeschätzten Punktwerte werden addiert
- Anhand einer Punktskala wird abgelesen, wie hoch das Risiko ist:
  - 1-4 Punkte = niederes Risiko
  - 5-8 Punkte = mittleres Risiko
  - 9-11 Punkte = hohes Risiko
  - ab 12 Punkte = sehr hohes Risiko

# Nurses Global Assessment of Suicide Risk (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
<b>Total</b>	<b>26</b>

(Quelle: Abderhalden, Grieser, Kozel, Seifritz, Rieder 2005)

## 2) Subjektive Einschätzung der aktuellen Suizidalität

### Subjektive Rating-Skala:

- die Pflegeperson nimmt eine subjektive, gefühlsmäßige, intuitive Einschätzung der Suizidalität auf einer Skala von 1 für „kleines Risiko“ bis 4 für „sehr hohes Risiko“ vor
- Subjektive, gefühlsmässige und intuitive Einschätzungen sind an dieser Stelle im Gegensatz zu „1) Objektive Einschätzung“ erwünscht

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

### 3) Interdisziplinäre Einschätzung

Aufgrund der

- 1) Objektiven und
- 2) Subjektiven Einschätzung

⇒ wird die **tatsächliche Risikostufe** für einen Patienten / einer Patientin im interdisziplinären Team festgelegt

⇒ Es folgen entsprechende Interventionen

⇒ Gegebenenfalls erfolgt die Einschätzung der **akuten Suizidalität**

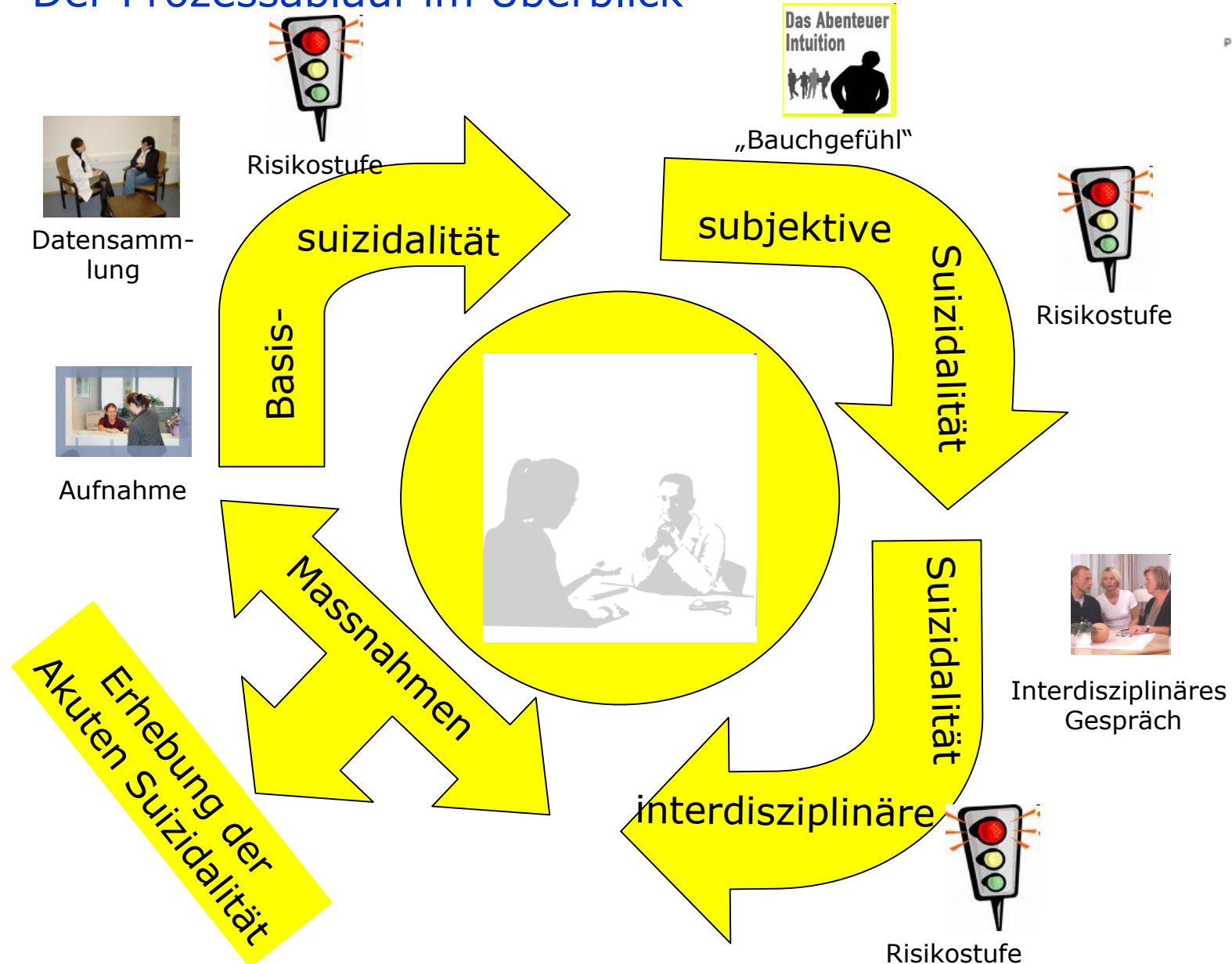
## 4) Einschätzung akute Suizidalität

Die Einschätzung der akuten Suizidalität erfolgt, wenn im interdisziplinären Team eine „hohe“ bis „sehr hohes“ Suizidrisiko festgelegt wurde (ab 9 Punkten NGASR).

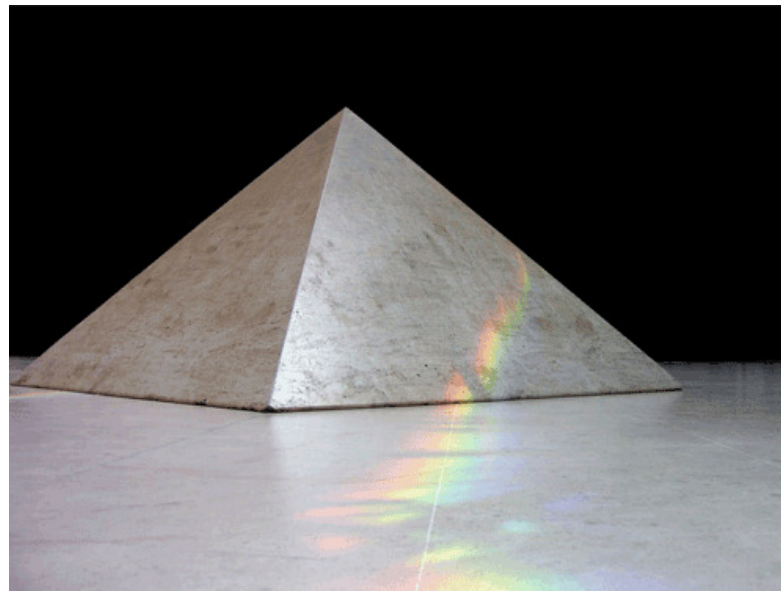
- Gespräch mit dem Patienten / der Patientin, in dem direkt nach der Suizidalität gefragt wird.
- Mögliche Gesprächsgrundlage: Fragenkatalog zur Abschätzung der Suizidalität nach Pöldinger



# Der Prozessablauf im Überblick

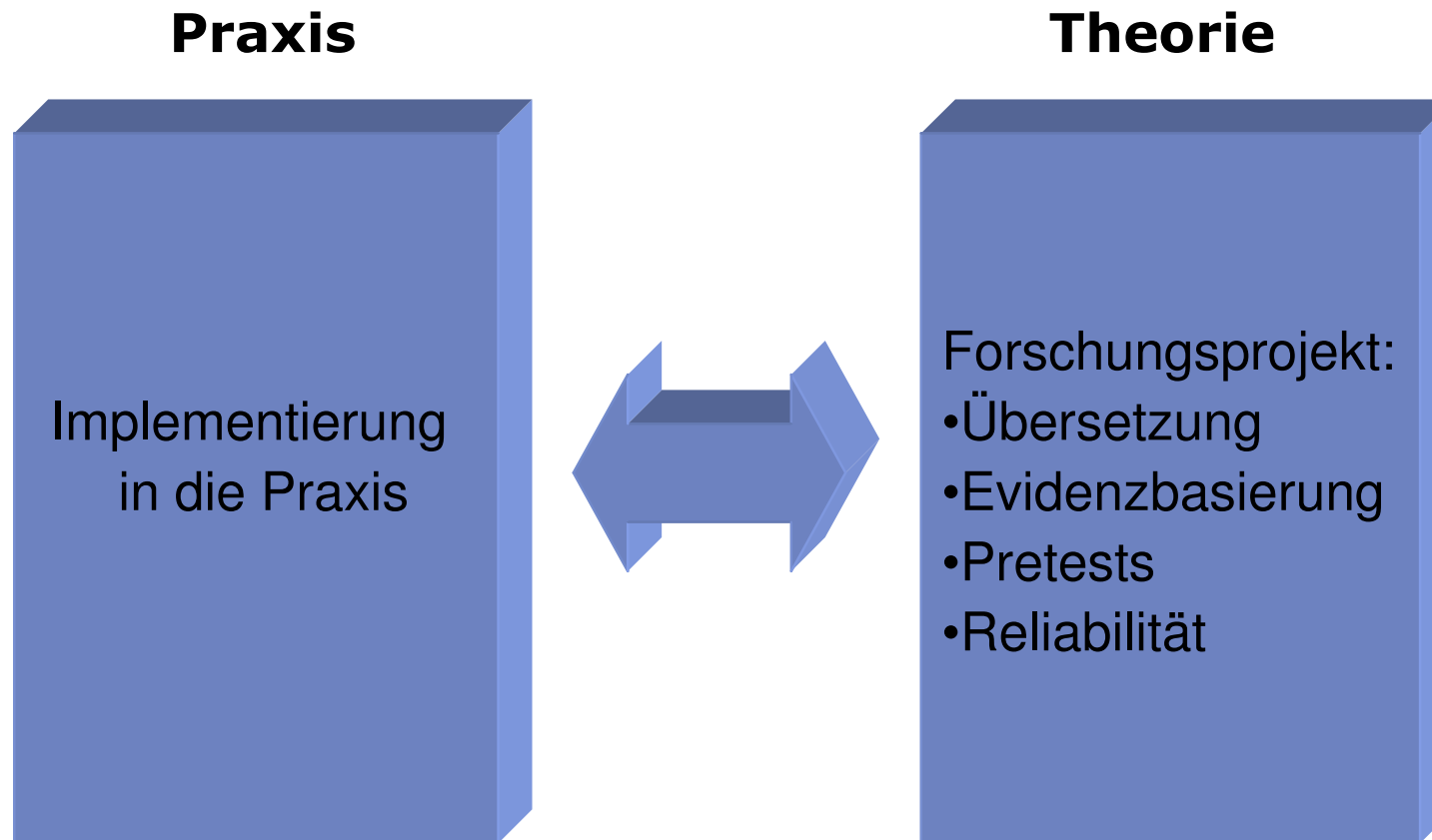


# Qualitätskriterien der Nurses Global Assesment of Suicide Risk Skala (NGASR)



Manuela Grieser, Bernd Kozel, Christoph Abderhalden

## Projekt und Forschung aus der Praxis, für die Praxis



## Reliabilitätstest

**Methode:** Reliabilitätsstudie unter Laborbedingungen

- 1) Schulung/ Durchführungsanleitung
- 2) Videorating anhand von 12 Fallvignetten

**Probanden:**

N=13 (10 Pflegepersonen, 3 Ärzte)

**Auswertung:**

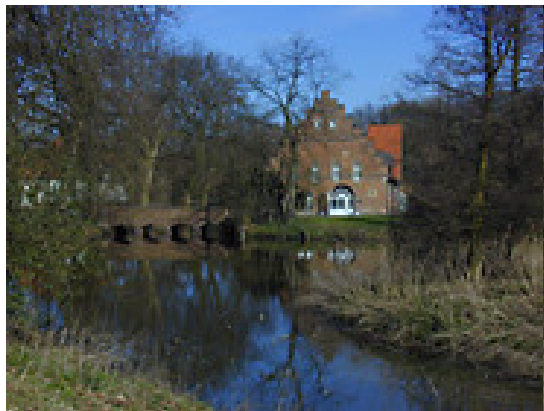
- Übereinstimmungsmaß Kappa-Koeffizient für 78 Rater-Paare pro Item
- AC1-Statistik für 78 Rater-Paare pro Item (paradoxe Eigenschaften Kappa-Statistik)

		n = 78			
		AC1		Kappa	
Nr.	Item	Median (1.-3. Quartil)	Inter-quartil	Median (1.-3. Quartil)	Inter-quartil
14	Alkohol	1,000 (1,000-1,000)	0,000	1,000 (1,000-1,000)	0,000
6	Äusserung Suizidabsichten	1,000 (1,000-1,000)	0,000	1,000 (1,000-1,000)	0,000
12	Suizidversuche	1,000 (1,000-1,000)	0,000	1,000 (1,000-1,000)	0,000
11	Witwe	1,000 (0,893-1,000)	0,107	1,000 (0,625-1,000)	0,375
4	Depression	0,700 (0,529-0,843)	0,314	0,667 (0,526-0,833)	0,307
3	Stimmen	0,700 (0,529-0,843)	0,314	0,667 (0,526-0,833)	0,307
1	Hoffnungslosigkeit	0,733 (0,574-0,876)	0,302	0,652 (0,446-0,800)	0,354
8	Familienanamnese	0,700 (0,574-0,843)	0,269	0,636 (0,438-0,824)	0,386
7	Plan Suizidausführung	0,909 (0,893-1,000)	0,107	0,625 (0,625-1,000)	0,375
10	Psychose	0,893 (0,803-0,909)	0,106	0,625 (0,000-0,750)*	0,750
9	Verlust Person	0,893 (0,769-1,000)	0,231	0,625 (0,429-1,000)	0,571
13	Sozioökonomie	0,733 (0,627-0,876)	0,249	0,556 (0,250-0,750)	0,500
16	Hospitalisation	0,627 (0,541-0,833)	0,293	0,438 (0,308-0,625)	0,317
2	Lebensereignisse	0,733 (0,587-0,917)	0,329	0,429 (0,250-0,625)	0,375
5	Sozialer Rückzug	0,803 (0,378-0,917)	0,538	0,000 (0,000-0,000)*	0,000
15	Terminale Erkrankung	1,000 (0,909-1,000)	0,091	0,000 (0,000-0,000)*	0,000
<b>Mittelwert</b>		0,839		0,620	
<b>Standardabweichung</b>		±0,136		±0,308	

\* Die Items Nr. 10 Psychose (n=1), Nr. 5 Sozialer Rückzug (n=15) und Nr. 15 Terminale Erkrankung (n=55) enthalten n Fälle, für die Kappa nicht definiert ist. In diesen Fällen kann Kappa mit 1 bewertet werden (vollständige Übereinstimmung).

# Implementierung des Konzeptes an den Westfälischen Zentren für Psychiatrie und Psychotherapie in Herten und Lengerich

## Projektelevaluation



## Implementierung

<b>Herten</b>	<b>Lengerich</b>
<p>11 Stationen + 4 Stationen (Nachschulung durch Multiplikatoren)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychotherapie (1)</li> <li>▪ Gerontopsychiatrie (3)</li> <li>▪ Depression (1)</li> <li>▪ Mutter-Kind (1)</li> <li>▪ Intensiv (1)</li> <li>▪ Tagesklinik (2)</li> <li>▪ Subakut (1)</li> <li>▪ Therapeutische Gruppe (2)</li> <li>▪ Kognition (2)</li> <li>▪ Suchtmedizin (1)</li> </ul>	<p>3 Stationen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tagesklinik (2)</li> <li>▪ Psychotherapie (1)</li> </ul>

## Projektevaluation (1): Methode

### **Qualitativ**

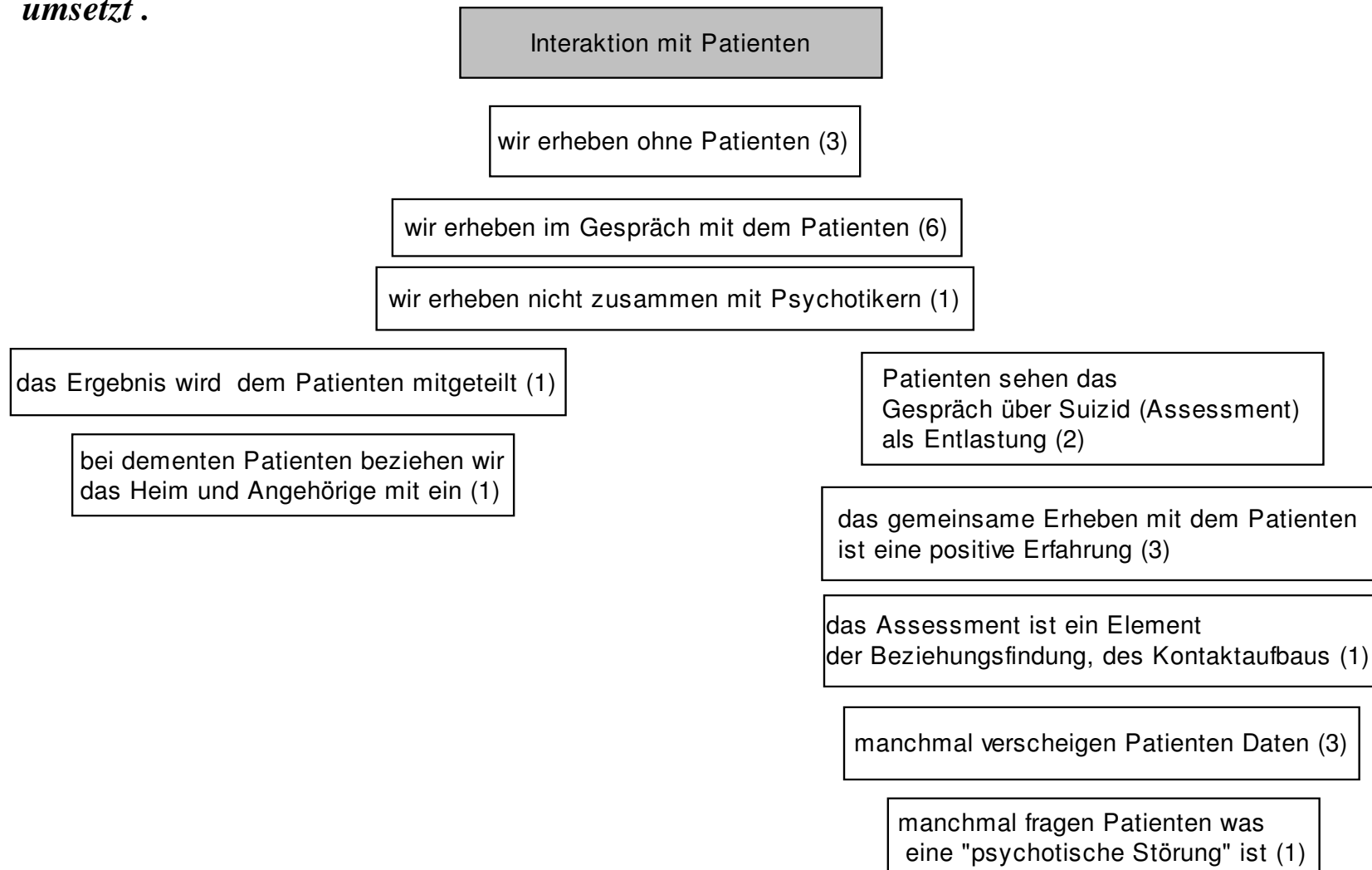
- Gruppeninterviews auf jeder Station

### **Quantitativ**

- Fragebogen im Prä – Post Design

## Projektevaluation (2): qualitative Ergebnisse

*Beschreiben Sie kurz den Ablauf, wie Ihre Station das Gesamtkonzept in die Praxis umsetzt .*



## Projektevaluation (2): qualitative Ergebnisse

*Wie würden Sie ihre Sensibilität bezüglich Suizid/ Suizidalitätsrisiko beschreiben ?*

Sensibilisierung

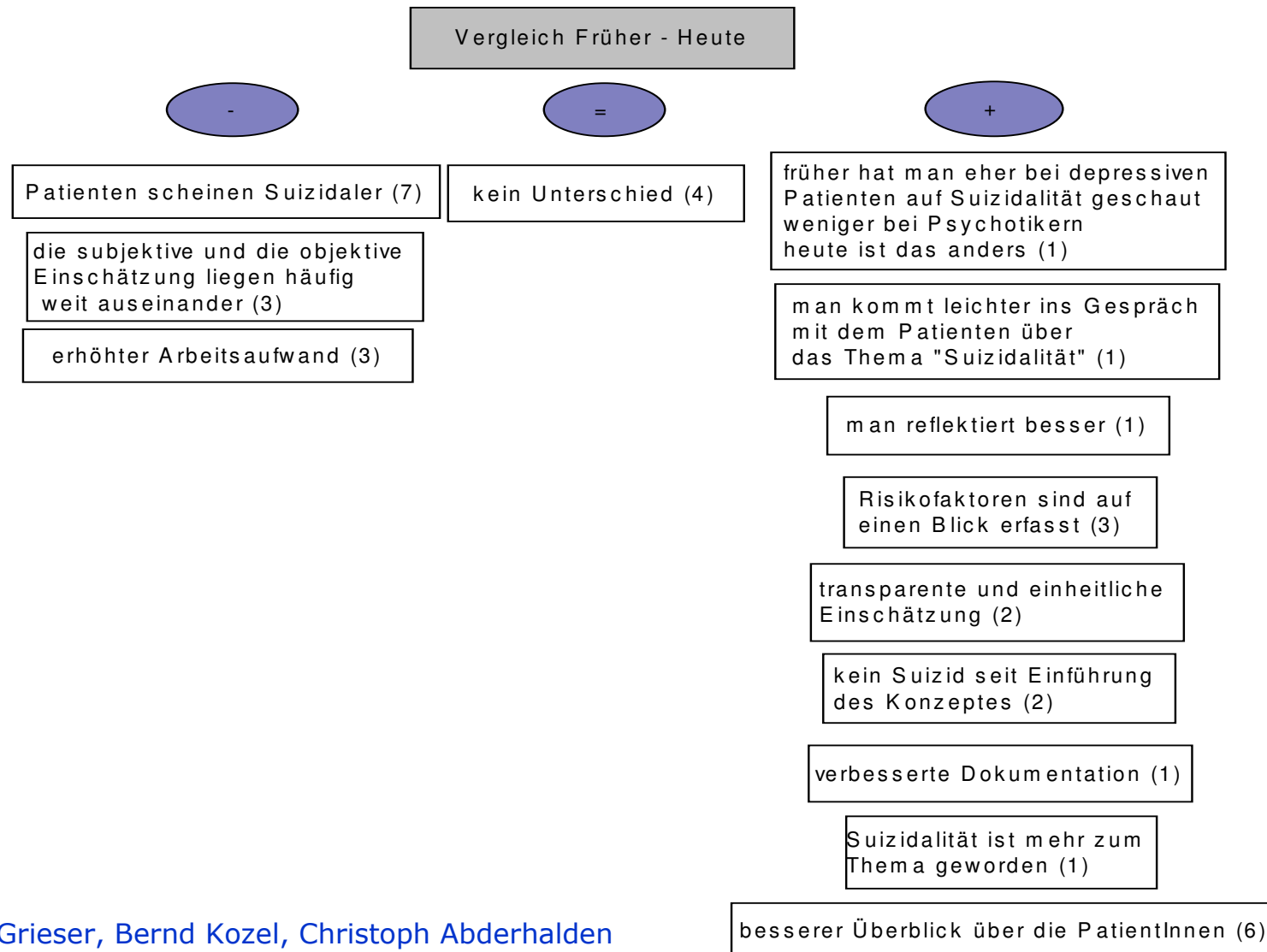
wir sind sensibler bezüglich Suizidalität (10)

wir unterschätzen weniger (1)

wir fragen genauer und gezielter nach (2)

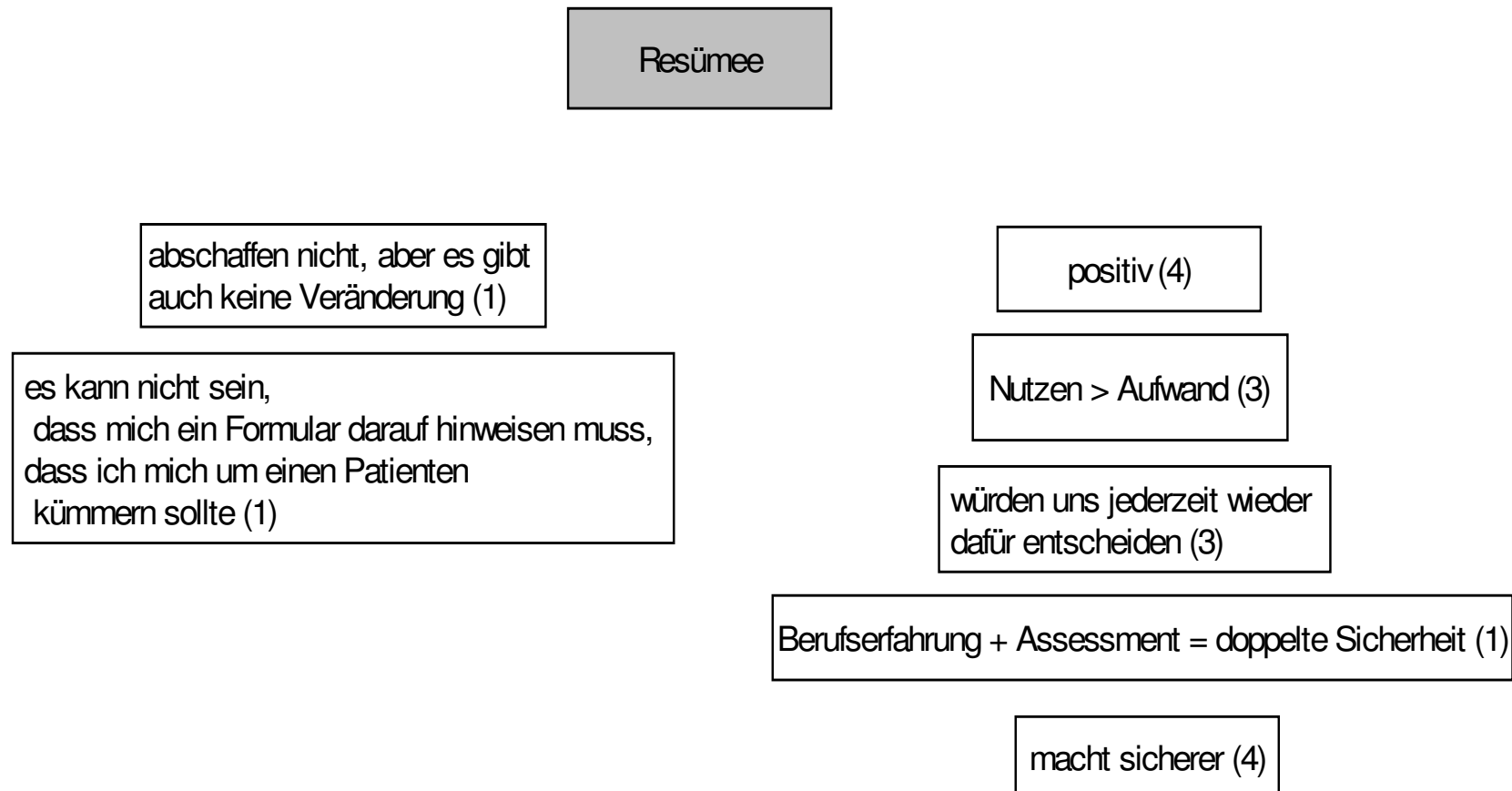
## Projektevaluation (2): qualitative Ergebnisse

*Wenn Sie das Suizidassessment heute betrachten und sich zurückerinnern an „die Zeit vor der NGASR-Skala“: Haben Sie das Gefühl, es hat sich etwas verändert?*



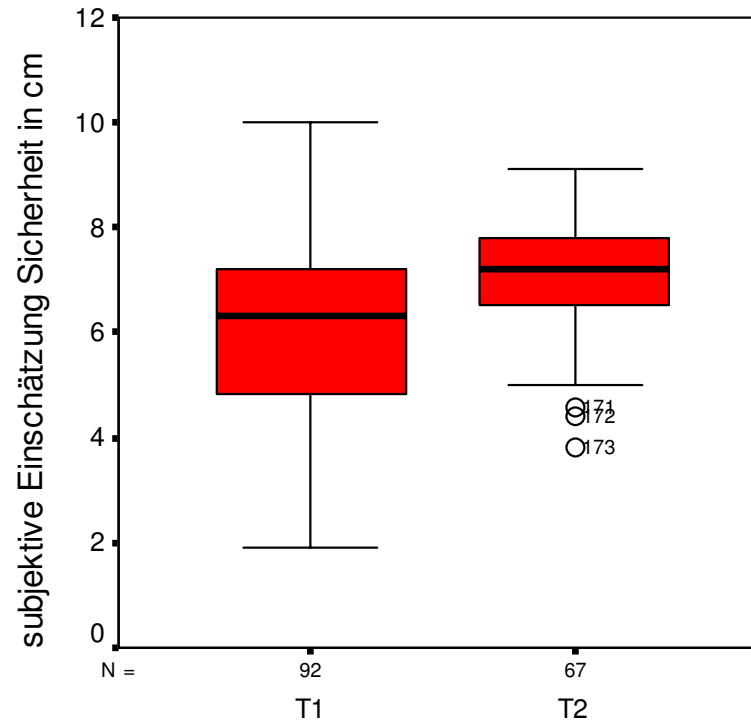
## Projektevaluation (2): qualitative Ergebnisse

*Stellen Sie sich vor, sie wären der Chef und könnten Veränderungen an dem Konzept „Suizidassessment“ vornehmen, was würden sie tun?*



## Projektevaluation (2): quantitative Ergebnisse

Wie sicher fühlen sich die Pflegenden aus Herten/ Lengerich in der Einschätzung der Suizidalität zum Zeitpunkt T1 und T2 (unabhängige Stichprobe)?

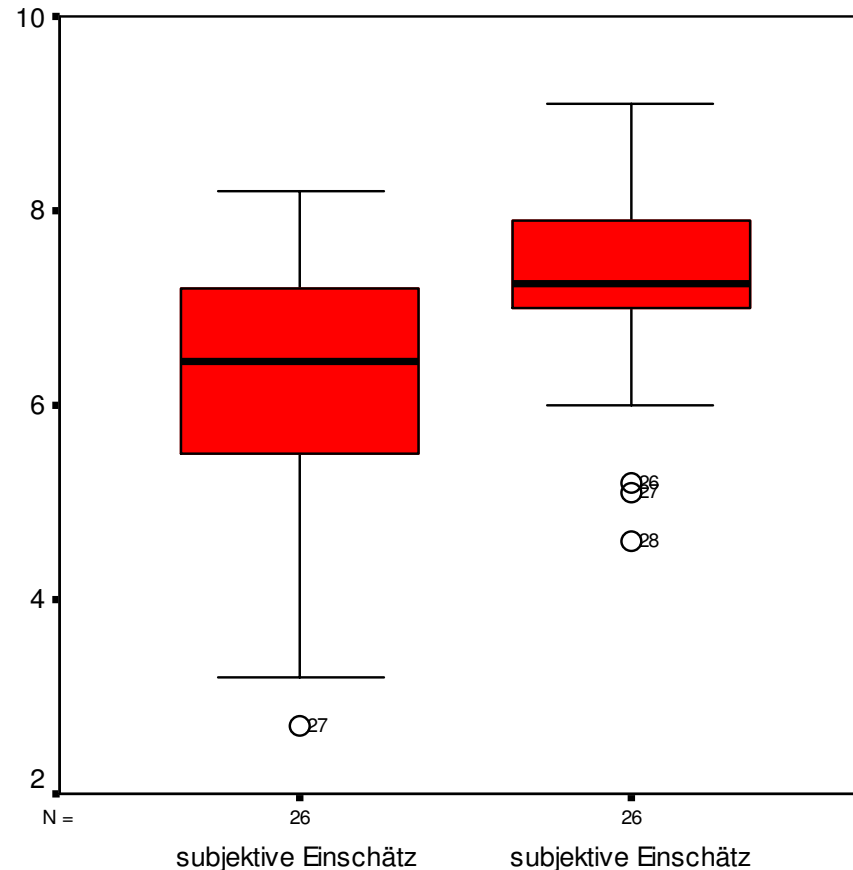


unabhängige Stichprobe

Zeit	N	MW	SD	Min	Max
<b>T1</b>	92	6,44	1,58	1,9	10
<b>T2</b>	67	7,16	1,15	3,8	9,1

## Projektevaluation (2): quantitative Ergebnisse

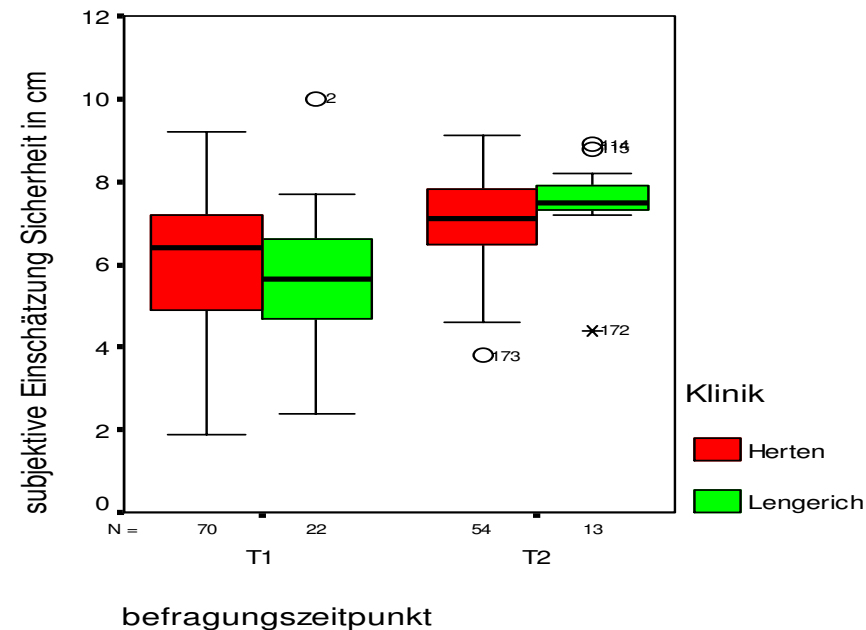
Wie sicher fühlen sich die Pflegenden aus Herten/ Lengerich in der Einschätzung der Suizidalität zum Zeitpunkt T1 und T2 (abhängige Stichprobe)?



Zeit	N	MW	SD	Min	Max
T1	27	6,4	1,51	2,7	10
T2	26	7,2	1,12	4,6	9,1

## Projektevaluation (2): quantitative Ergebnisse

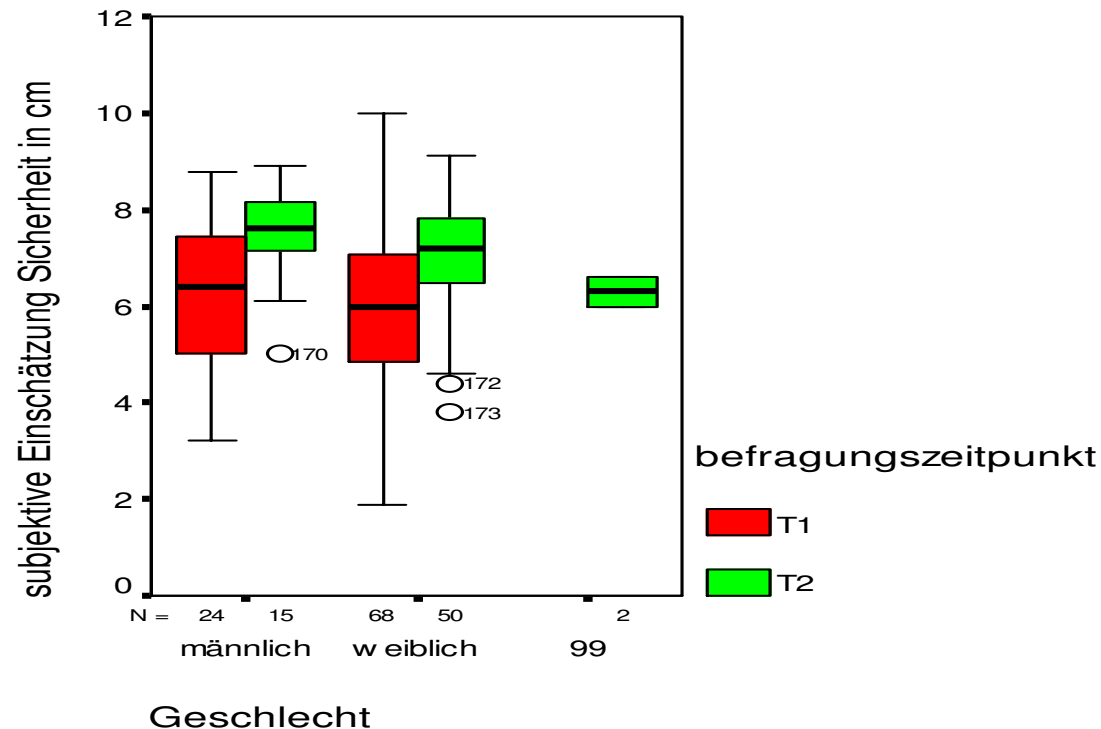
Wie sicher fühlen sich die Pflegenden aus Herten im Vergleich zu Lengerich in der Einschätzung der Suizidalität zum Zeitpunkt T1 und T2 (unabhängige Stichprobe)?



Klinik	Zeit	N	MW	SD	Min	Max
Herten	T1	70	6,02	1,69	1,9	9,2
	T2	22	7,07	1,16	3,8	9,1
Lengerich	T1	54	5,79	1,67	2,4	10
	T2	13	7,48	1,08	4,4	8,9

## Projektevaluation (2): quantitative Ergebnisse

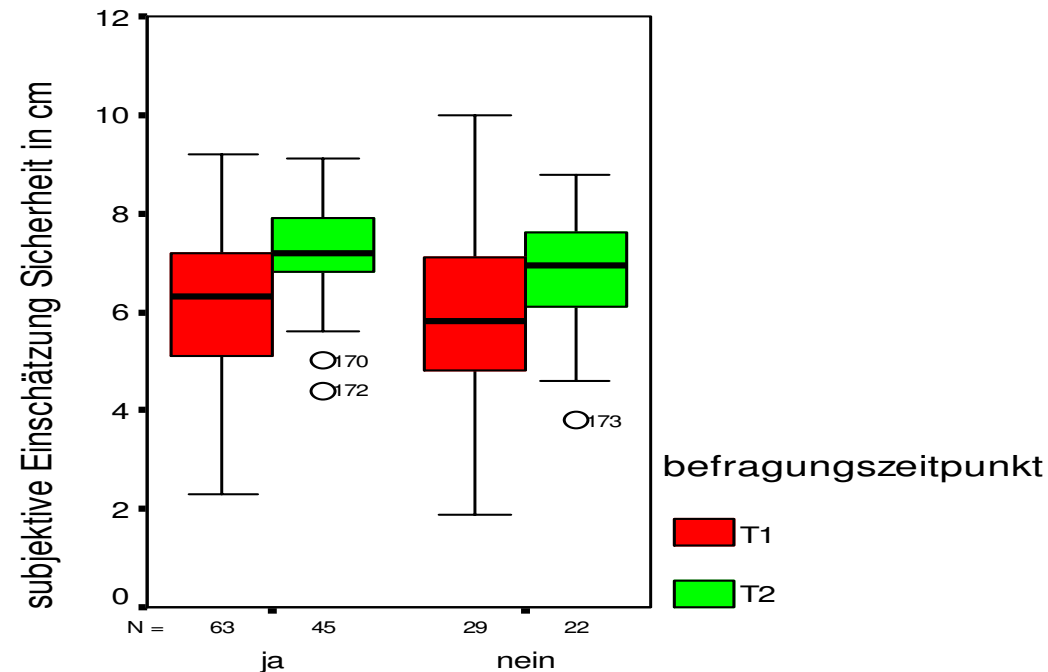
Wie sicher fühlen sich die Pflegenden aus Herten/Lengerich unterschiedlichen Geschlechts in der Einschätzung der Suizidalität zum Zeitpunkt T1 und T2 (unabhängige Stichprobe)?



Geschl	Zeit	N	MW	SD	Min	Max
Männer	T1	24	6,24	1,49	3,2	8,8
	T2	15	7,44	0,99	5	8,9
Frauen	T1	68	5,87	1,74	1,9	10
	T2	46	7,1	1,21	3,8	9,1

## Projektevaluation (2): quantitative Ergebnisse

Wie sicher fühlen sich die Pflegenden aus Herten/Lengerich- die bereits einen Suizid auf der Station erlebt haben- in der Einschätzung der Suizidalität zum Zeitpunkt T1 und T2 (unabhängige Stichprobe)?

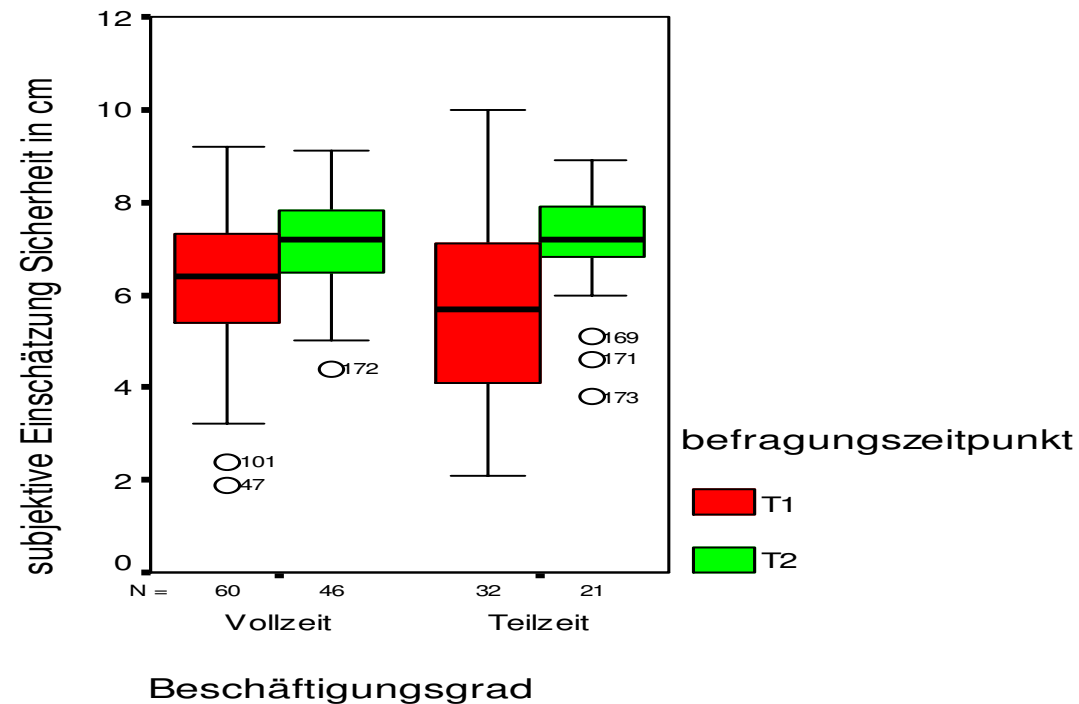


Suizid auf Station erlebt

	Zeit	N	MW	SD	Min	Max
Suizid erlebt	T1	63	6,05	1,54	2,3	9,2
	T2	44	7,3	1,06	4,4	9,1
kein Suizid	T1	29	5,77	1,97	1,9	10
	T2	19	6,82	1,32	3,8	8,8

## Projektevaluation (2): quantitative Ergebnisse

Wie sicher fühlen sich die Pflegenden aus Hertzen/Lengerich- mit Vollzeit und Teilzeitbeschäftigung- in der Einschätzung der Suizidalität zum Zeitpunkt T1 und T2 (unabhängige Stichprobe)?



	Zeit	N	MW	SD	Min	Max
<b>Vollzeit</b>	<b>T1</b>	60	6,17	1,5	1,9	9,2
	<b>T2</b>	42	7,2	1,06	4,4	9,1
<b>Teilzeit</b>	<b>T1</b>	32	5,58	1,94	2,1	10
	<b>T2</b>	21	7,07	1,35	3,8	8,9



## Fazit

*Wie wird das Konzept zur Einschätzung der Suizidalität erlebt?*

- Sicherheit
- Sensibilisierung
- Transparenz
- Dokumentationsgrundlage
- Systematisierung
- Interaktion

## Ihre Ansprechpartner



**Bernd Kozel**

Pflegeexperte  
Diplom-Pflegewirt (FH)

Iniversitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)  
Mail: [bernd.kozel@gef.be.ch](mailto:bernd.kozel@gef.be.ch)  
Tel.: 0041 031 930 9783



**Manuela Grieser**

Pflegeexpertin  
Diplom-Pflegewirtin (FH)

Iniversitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)  
Mail: [manuela.grieser@gef.be.ch](mailto:manuela.grieser@gef.be.ch)  
Tel.: 0041 031 930 9570

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !**