

Wie wirken sich Patientensuizide auf Beschäftigte aus und welche Bewältigungsstrategien können hilfreich sein?

Dr. Dipl.-Psych. Franciska Illés

Dipl.-Psych. Jasmin Jendreyschak

Prof. Dr. Georg Juckel

Unfallkasse NRW

Gliederung

1. Patientensuizid – Zahlen und Fakten
2. Vorstellung des Forschungsprojektes
3. Belastungen professioneller Helfer
4. Bewältigungsstrategien
5. Ausblick



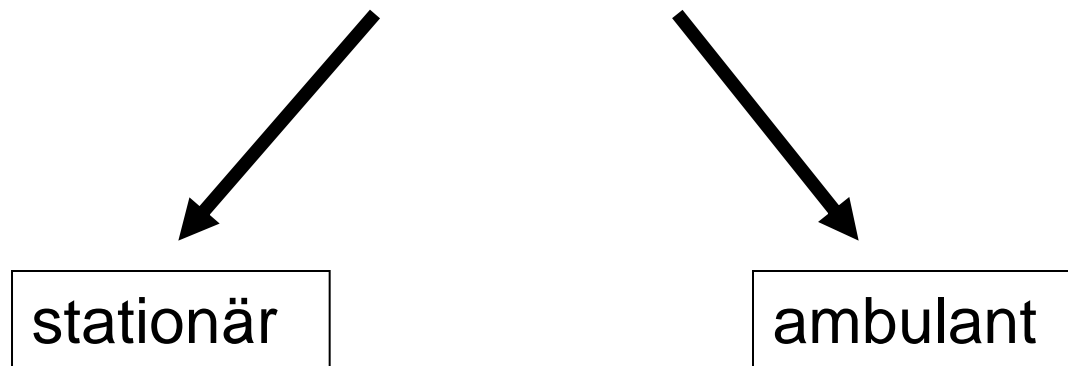
<http://www.go-jobware.de/blog/wp-content/uploads/2009/02/angst.jpg>

1. Patientensuizid

Zahlen und Fakten

Der Patientensuizid

Patientensuizid



Der stationäre Patientensuizid

- Hochrisikogruppen: Schizophrene, Depressive, Manisch-Depressiven, Patienten mit vorhergehenden Suizidversuchen
- Mehrfachaufenthalte mit nur kurzen zeitlichen Phasen zwischen Entlassung und Wiederaufnahme erhöhen das Risiko
- Mehr jüngere als ältere Patienten
- Mehr männliche als weibliche Patienten
- In 75% ereigneten sich die Suizide außerhalb des Klinikgeländes.
- Bei 85% während eines Ausgangs oder einer Beurlaubung.
- Meist durch „harte“ Suizidmethoden

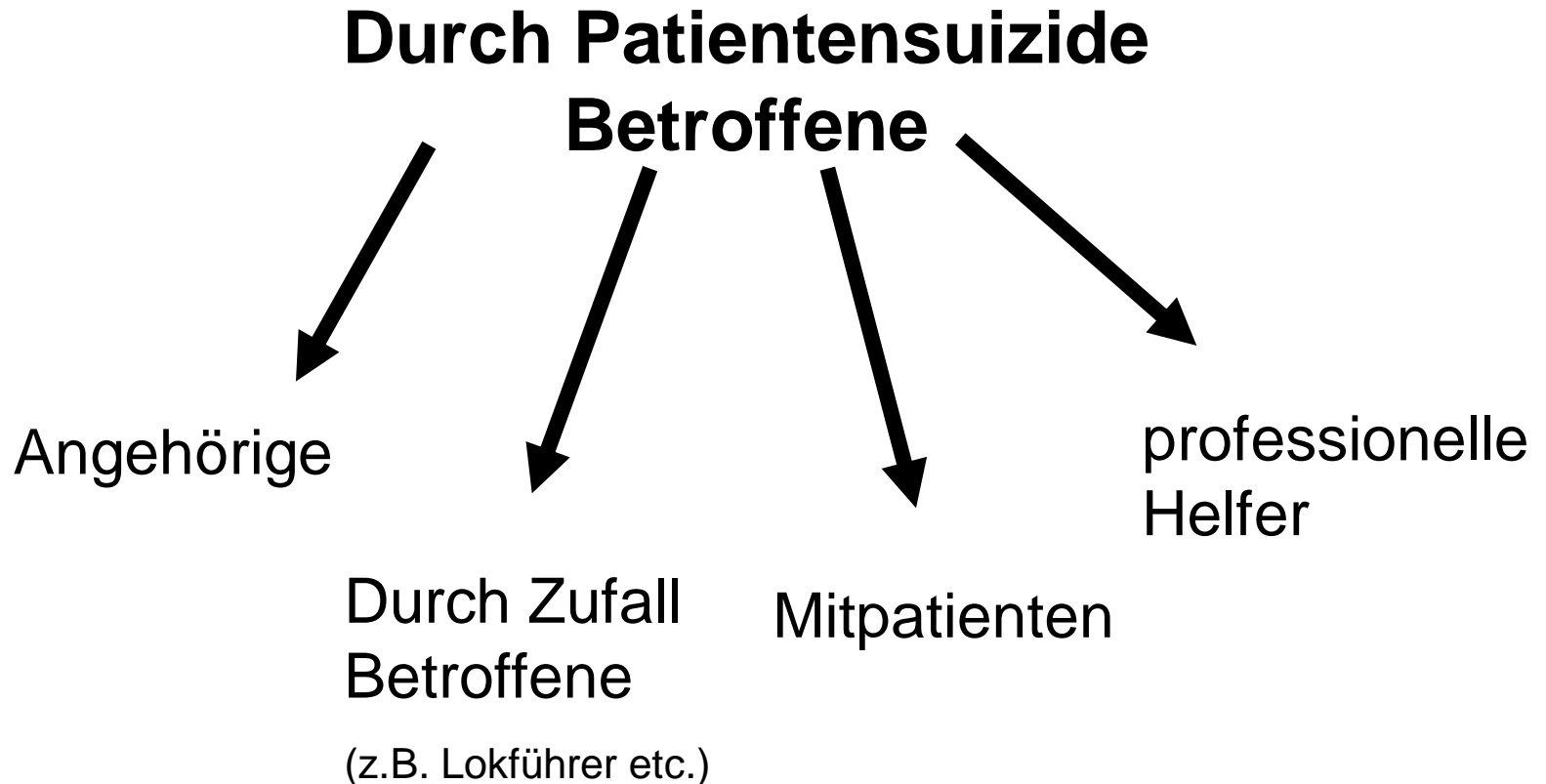
Der ambulante Patientensuizid

- Besonders hohe Suizidgefahr besteht direkt nach der Klinikentlassung
- Hochrisikogruppen sind depressive, gefolgt von schizophrenen Patienten
- Ambulante Patientensuizide kommen weitaus häufiger vor als stationäre Patientensuizide

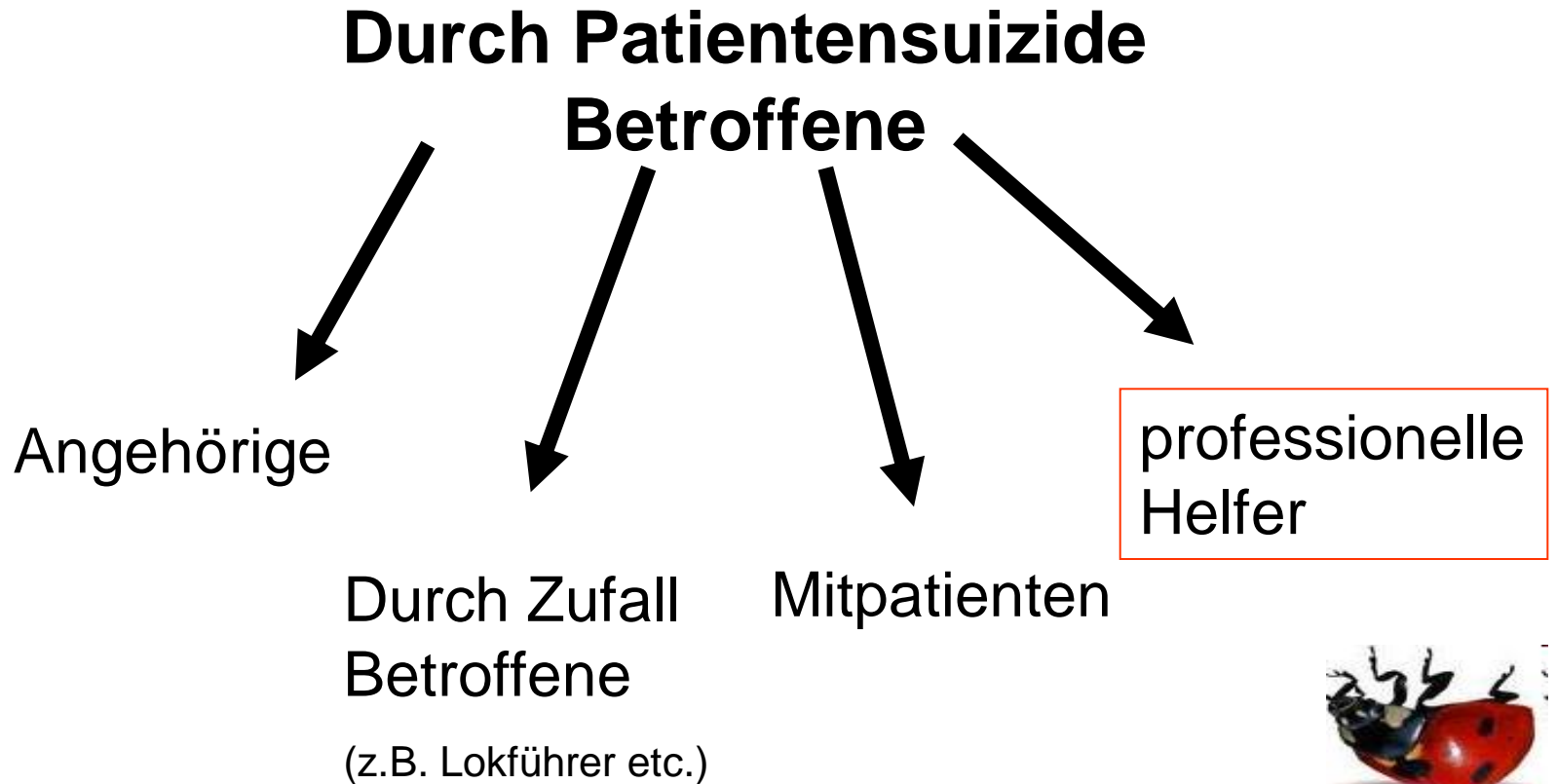
Patientensuizide

- Deutlich höhere Suizidrate in psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen als in der Allgemeinbevölkerung
 - Pro 100.000 Aufnahmen suizidieren sich jährlich schätzungsweise 150 bis 250 psychiatrische Patienten
 - Ungefähr die Hälfte aller Psychiater verliert während ihrer beruflichen Tätigkeit mindestens einen Patienten durch Suizid
 - Steigende Tendenz (zunehmende Patientensuizidzahlen)
- Patientensuizide hat es schon immer gegeben und wird es immer geben!

Durch Patientensuizide Betroffene



Durch Patientensuizide Betroffene



2. Vorstellung des Forschungsprojektes

Projekt

Projektphase I

Erhebung und Analyse vorliegender Belastungen und bisheriger Bewältigungsansätze sowie möglicher beeinflussender Faktoren

Projektphase II

Erstellung und Evaluation eines Bewältigungskonzeptes für Mitarbeiter

Projektphase III

Multiplikation des Bewältigungskonzeptes
Durchführung von Schulungen

3. Belastungen professioneller Helfer

Projektphase I



http://www.gew-duisburg.net/s_s_site/grafik/eselbunt.jpg

Erhebung

Fragebögen

Versendet wurden: ca. 6000 Fragebögen

Rücklauf: 1214 Fragebögen (ca. 20,2 %)

Interviews

Kontaktformulare: 158 Interviewbereitschaft

Rücklauf: 134 tatsächlich durchgeführte Interviews
(ca. 84,8 %)

Interviewteilnehmer

Geschlecht	70 Frauen (ca. 52%) 64 Männer (ca. 48%)
Berufsgruppen	33 Ärzte 63 Pflegekräfte 38 Therapeuten
Berufserfahrung	MW = 16 Jahre bei Ärzten MW = 15 Jahre bei Therapeuten MW = 21 Jahre bei Pflege

Ergebnisse

Emotionale Belastung

Veränderungen in der beruflichen Tätigkeit

Erhaltene Unterstützung

Angewandte Copingstrategien

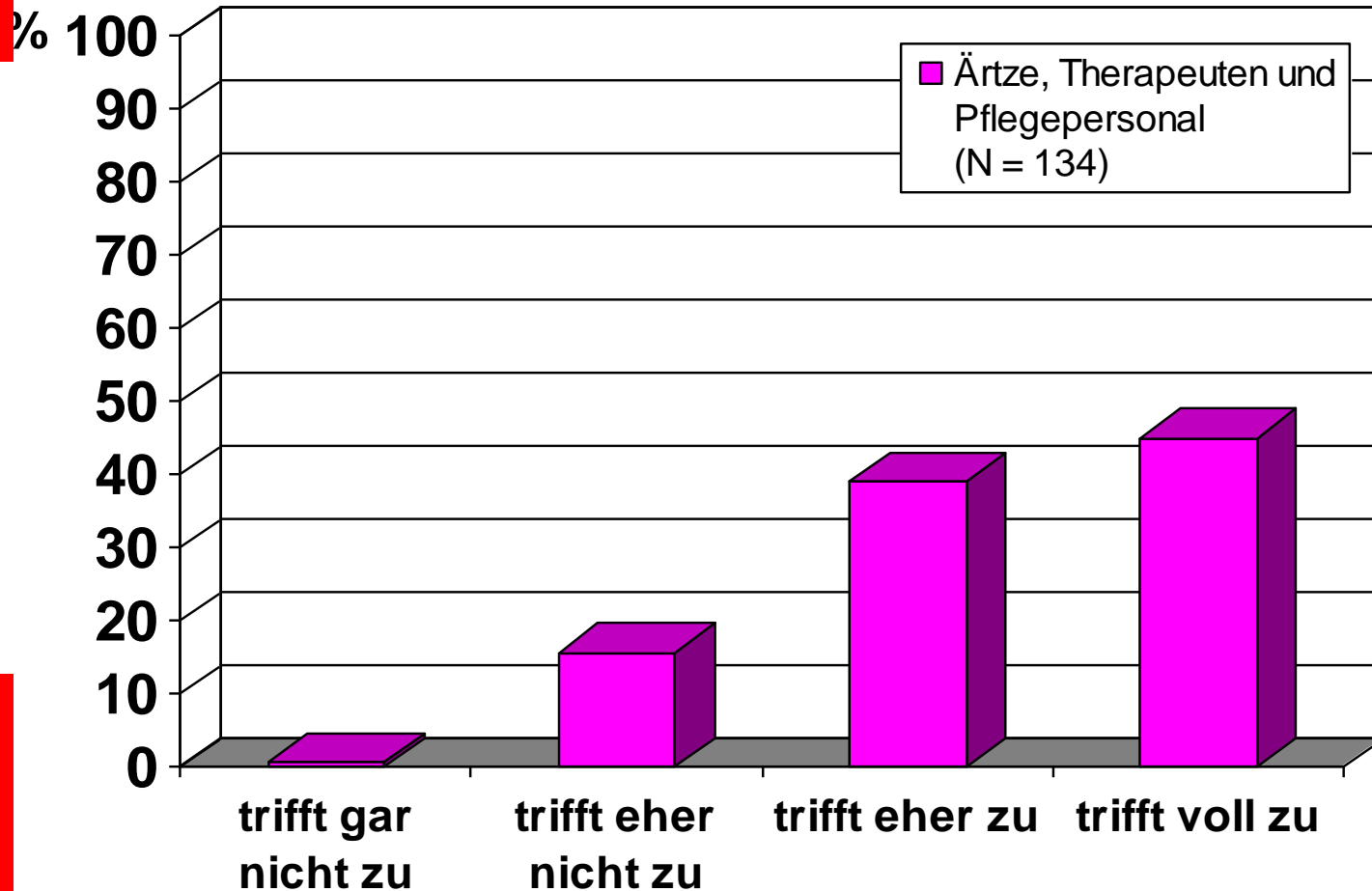
Gewünschte Bewältigungsangebote



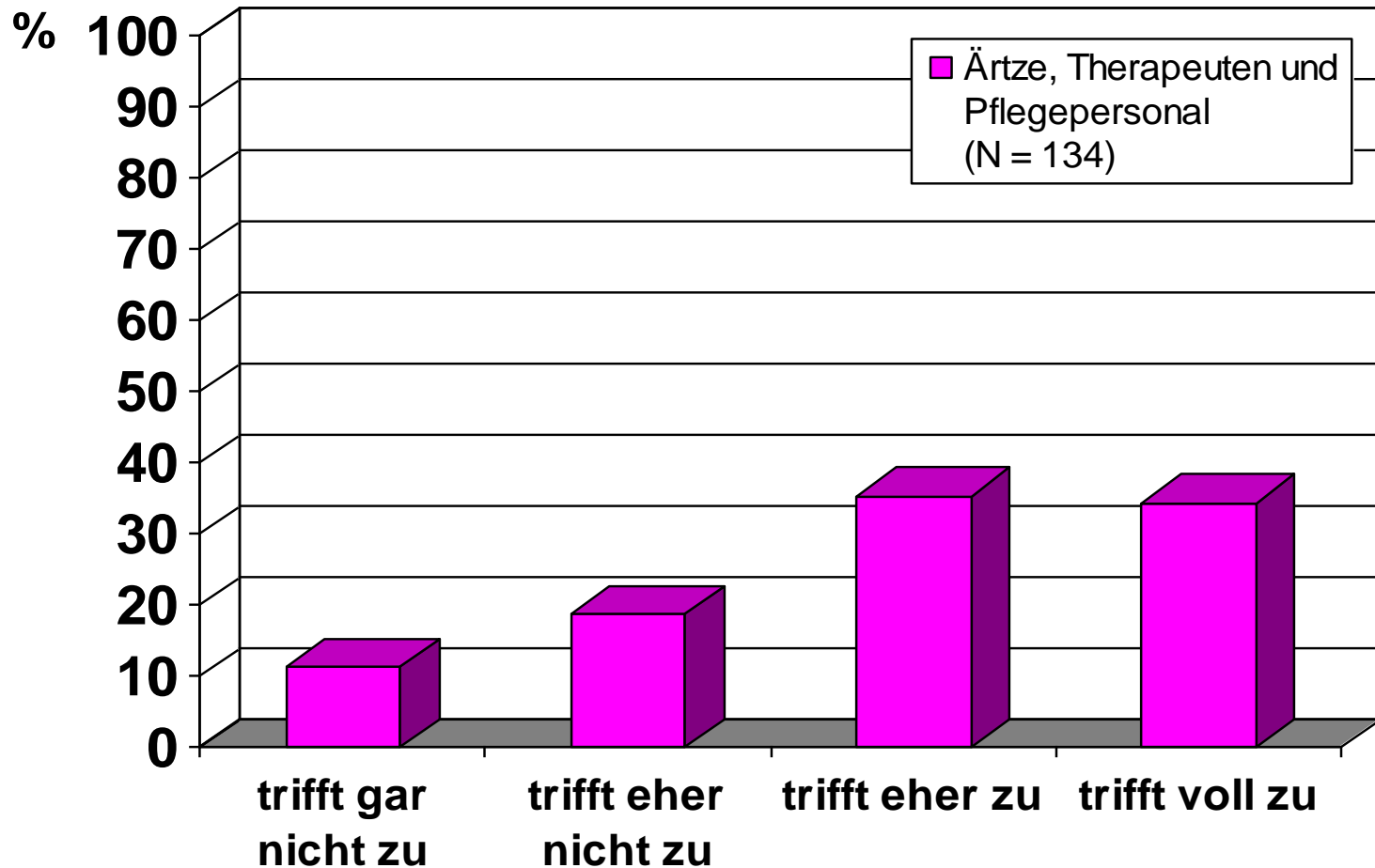
http://www.derwesten.de/img/3834559-1339933013/0273_543_
Bildnummer-54001165-Datum-13-04-2010-Copyright-543x199.jpg

Emotionale Belastung

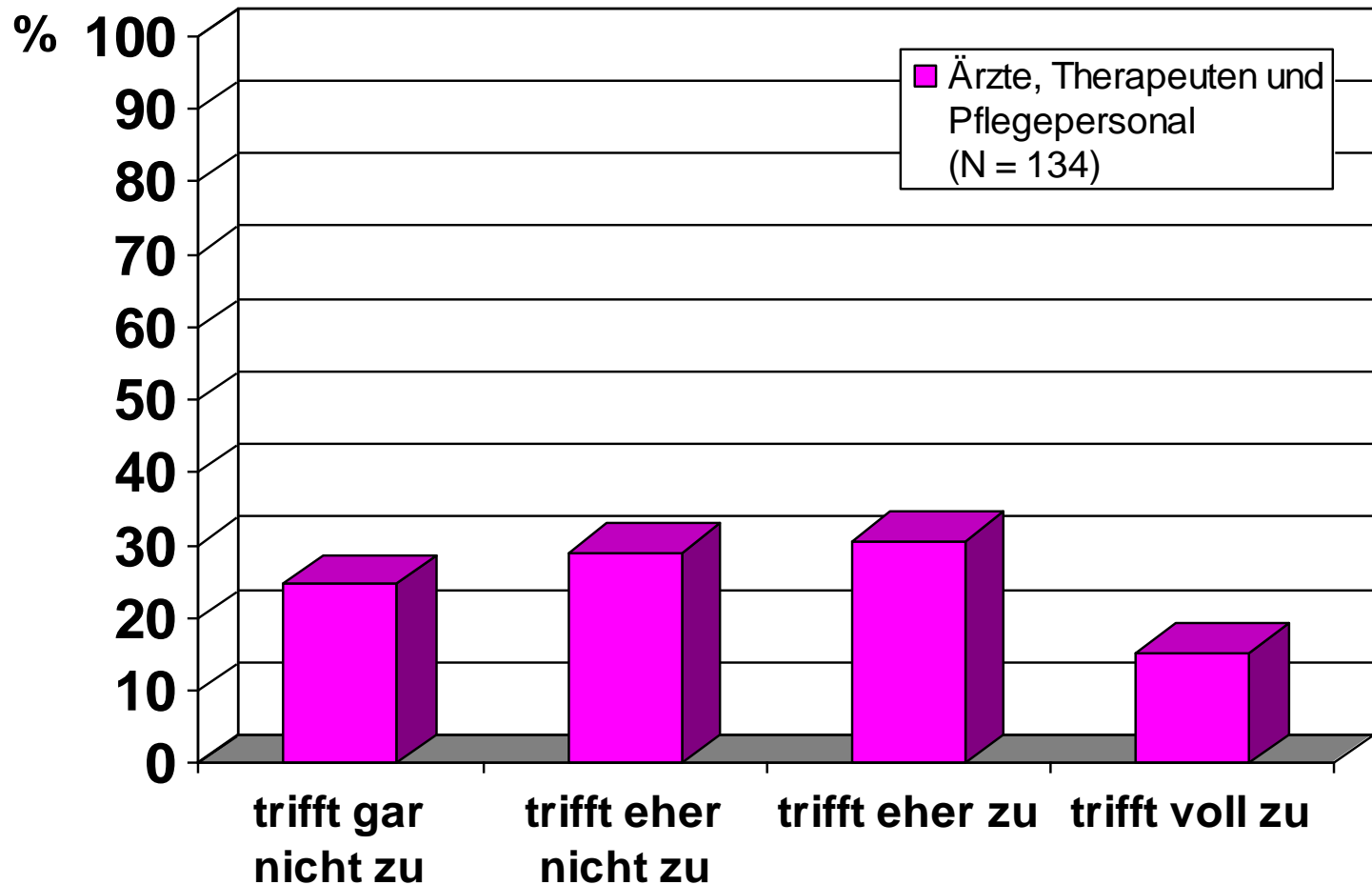
Haben Sie sich allgemein belastet gefühlt?



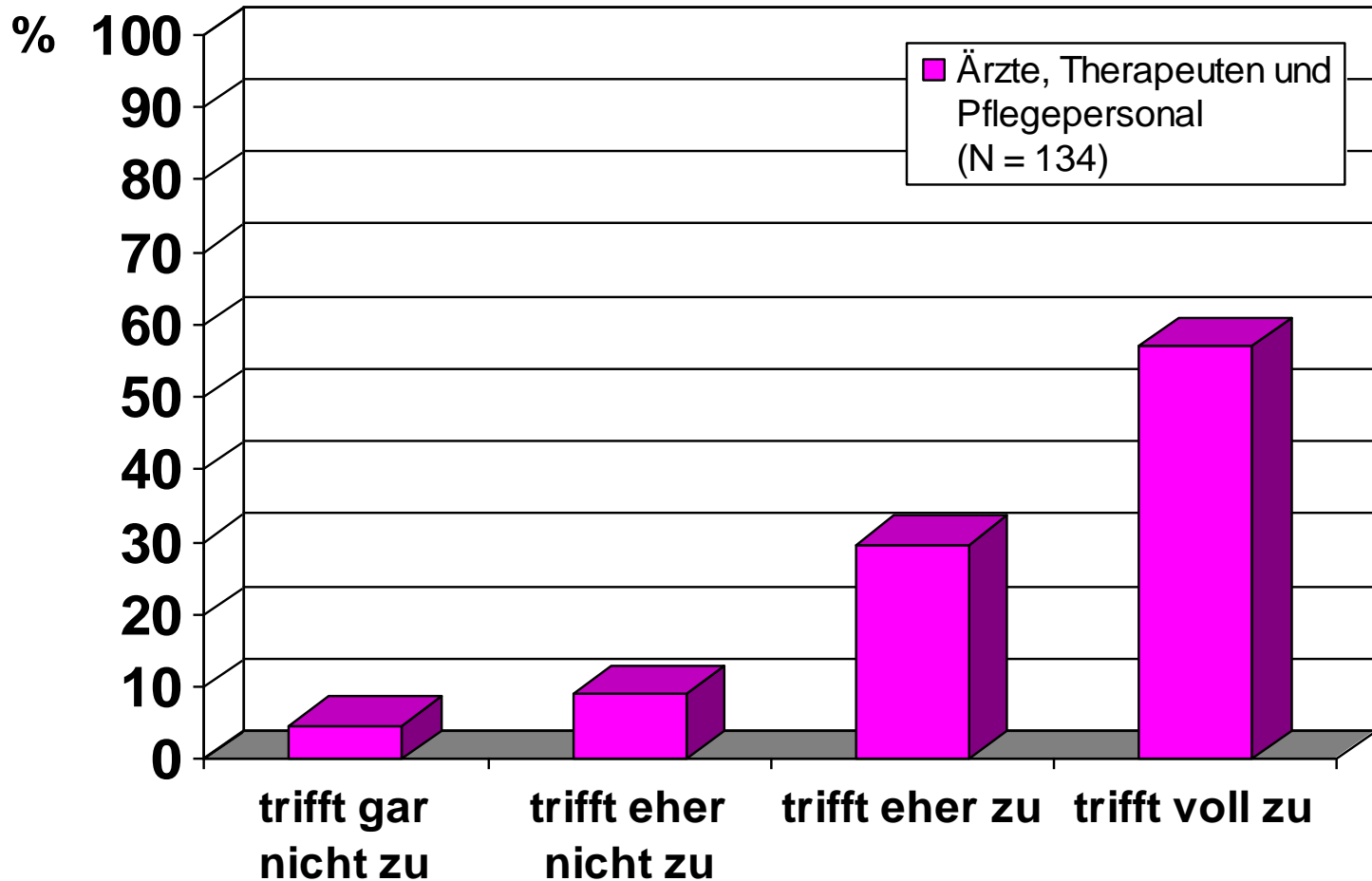
Haben Sie sich hilflos gefühlt?



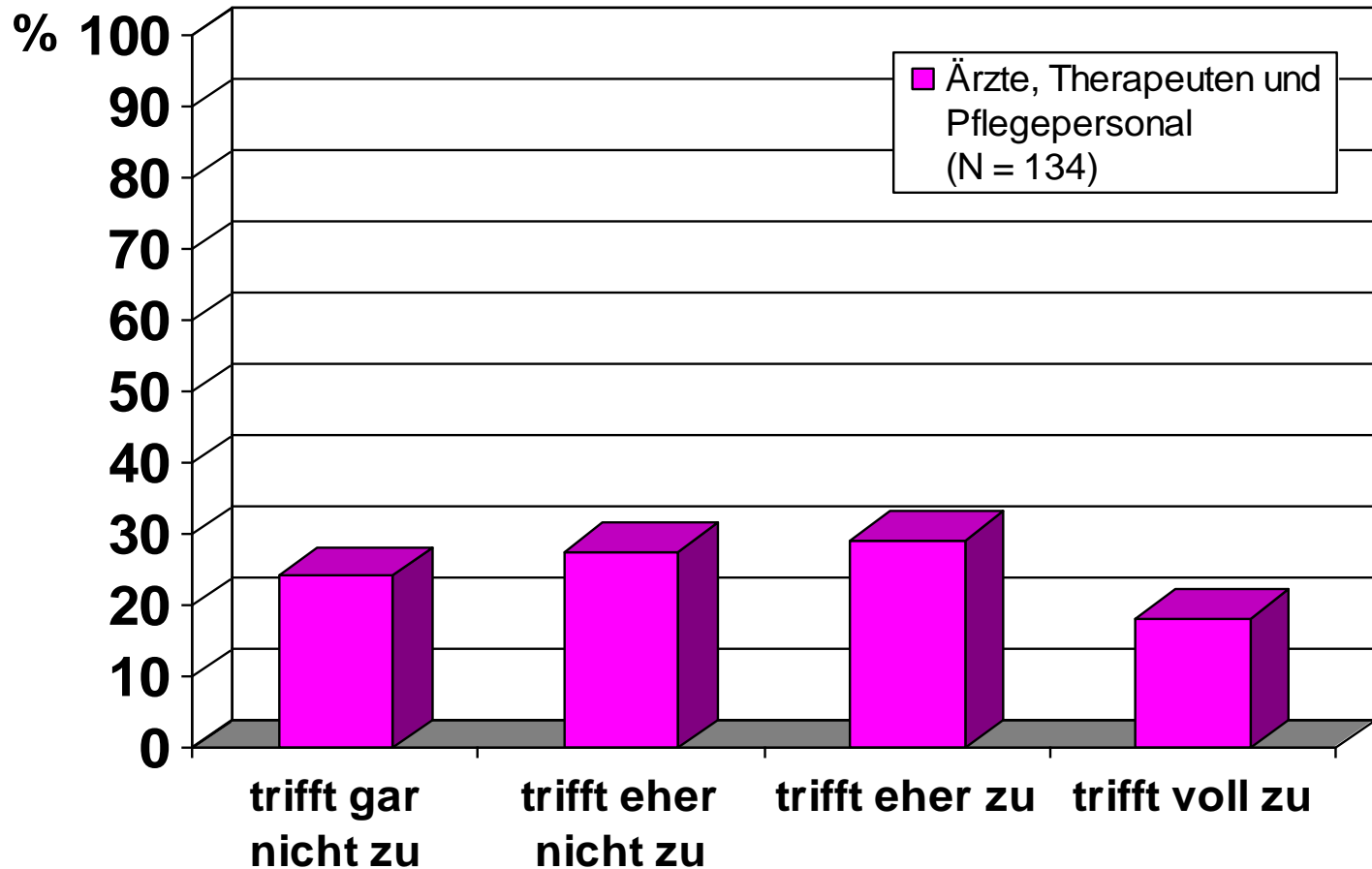
Hatten Sie Selbstzweifel?



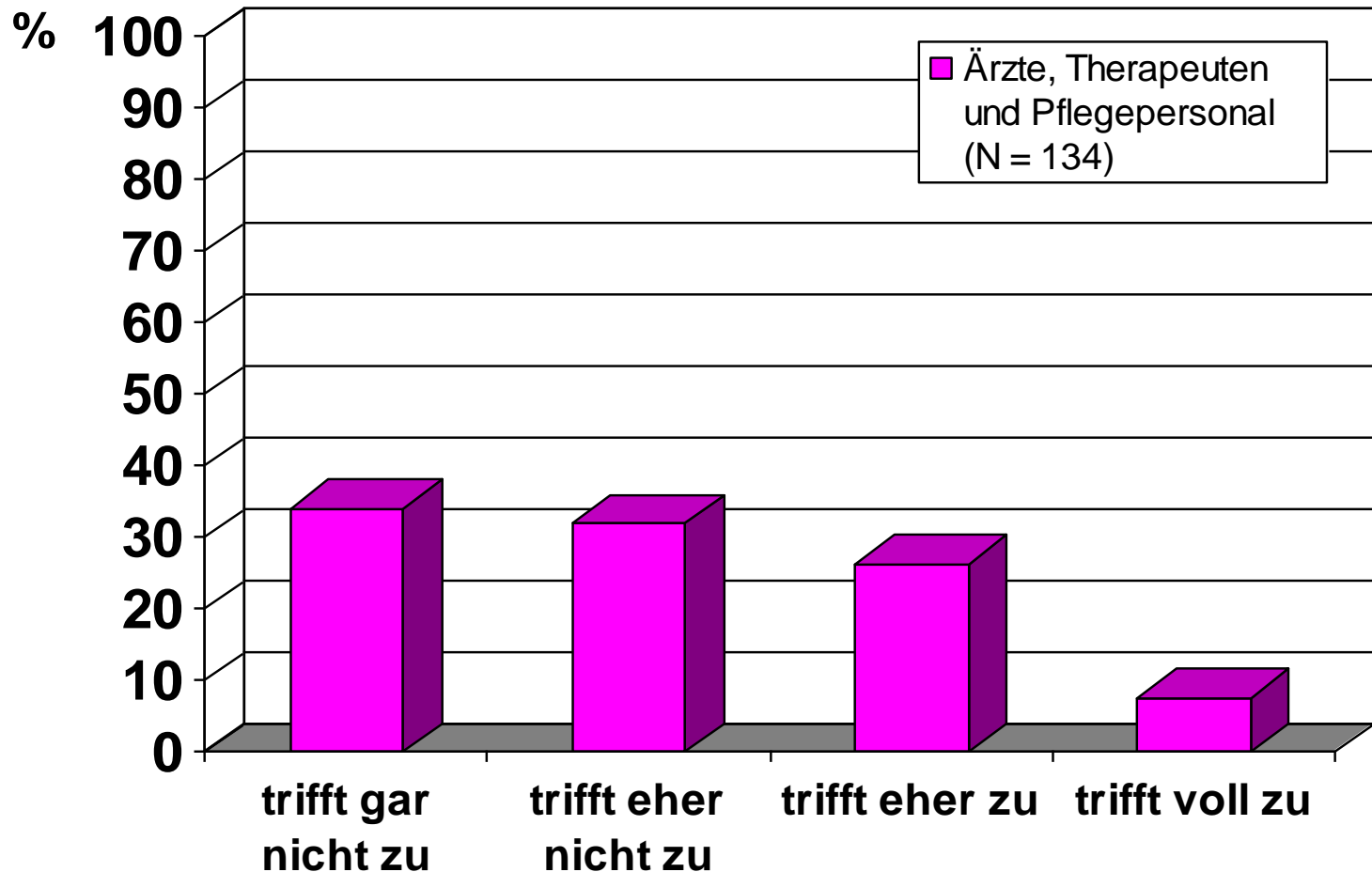
Waren Sie geschockt?



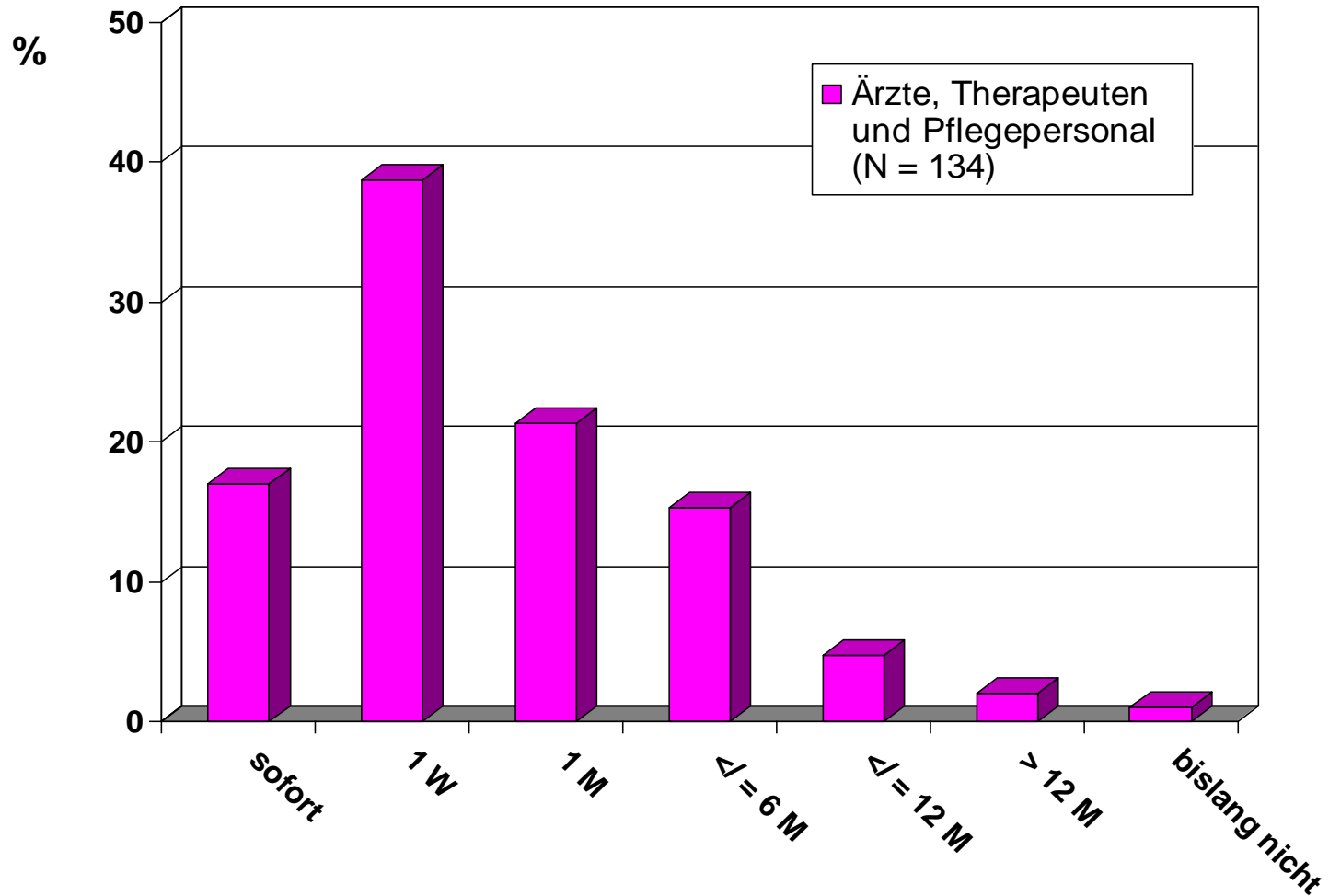
Haben Sie befürchtet, etwas falsch gemacht zu haben?



Haben Sie sich schuldig gefühlt?



Wie lange hat es gedauert, bis sich Ihre psychische Verfassung wieder normalisiert hat?



Weitere Ergebnisse

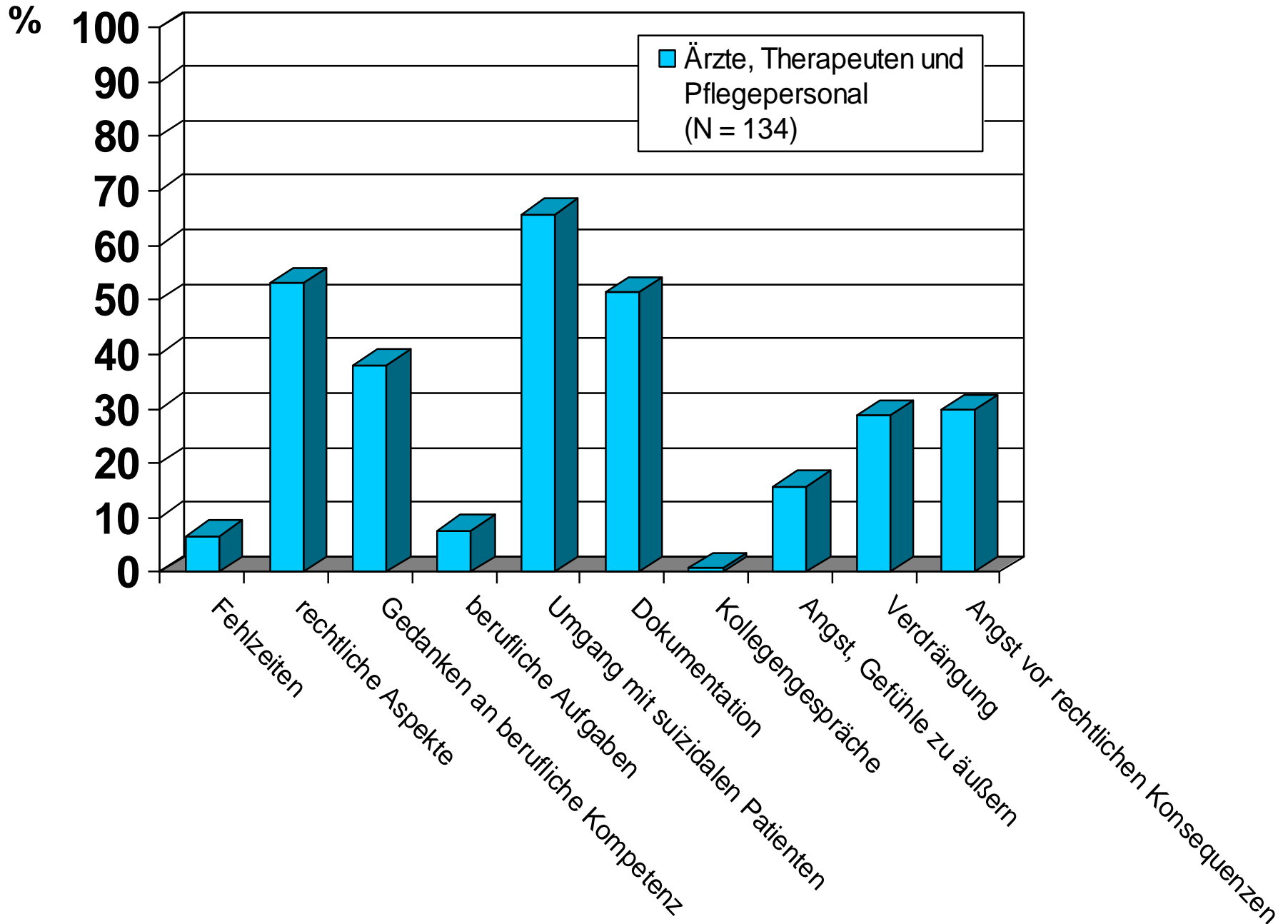
- Stellenweise konnten Unterschiede zwischen den Berufsgruppen aufgezeigt werden.

Bsp.: Im Vergleich zu den Pflegekräften hatten Ärzte häufiger die Befürchtung, etwas falsch gemacht zu haben und empfanden folglich stärkere Schuldgefühle als das Pflegepersonal.

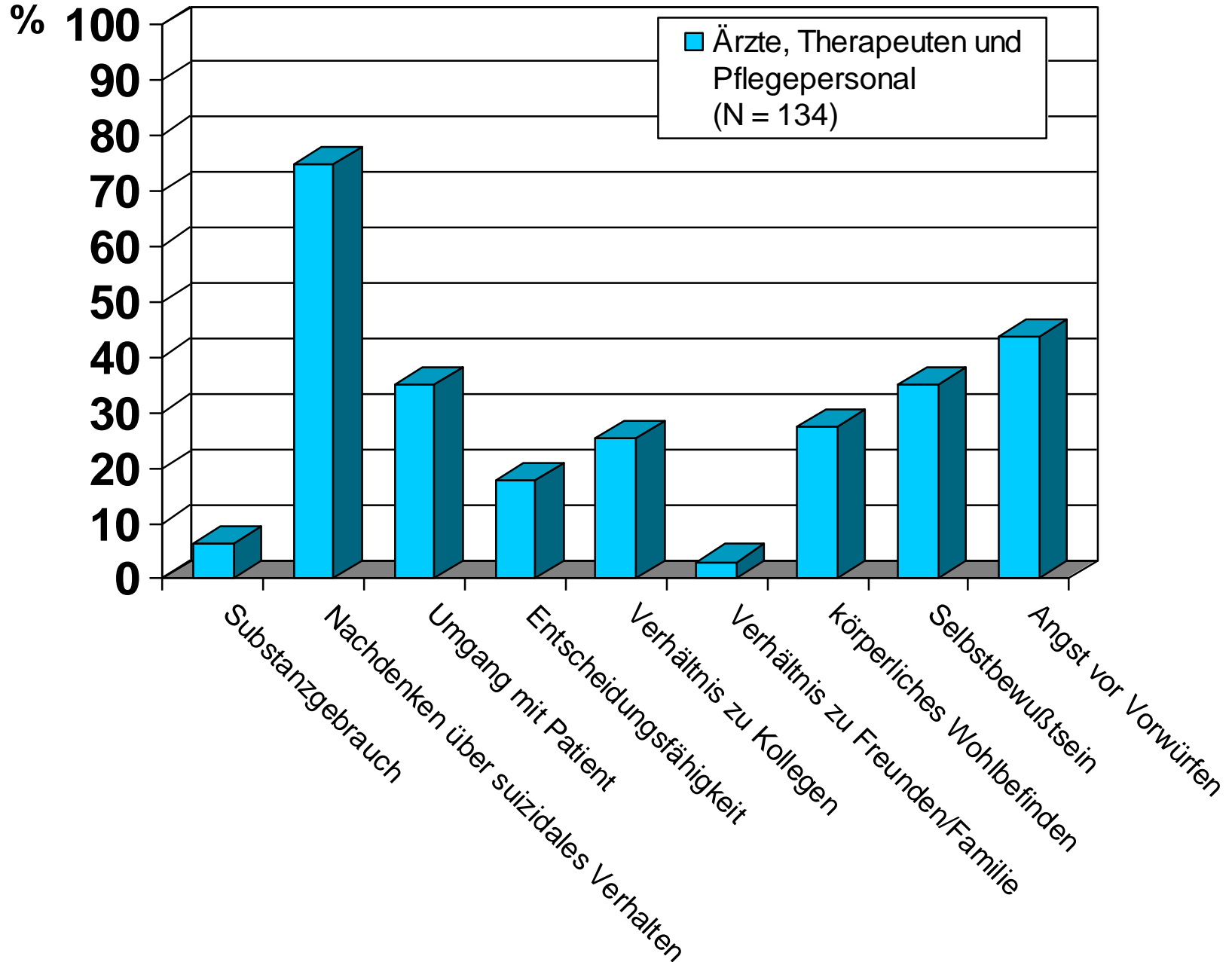
- Mitarbeiter, die den Patienten nach dem Suizid gesehen haben, berichten über mehr Intrusionen ($r = ,266^{**}$) und stärkere Angst ($r = ,285^{**}$).
- Es zeigte sich, dass die Berufserfahrung und „Suiziderfahrenheit“ positive Auswirkungen auf die emotionale Belastung der Mitarbeiter haben können.

Veränderungen in der beruflichen Tätigkeit

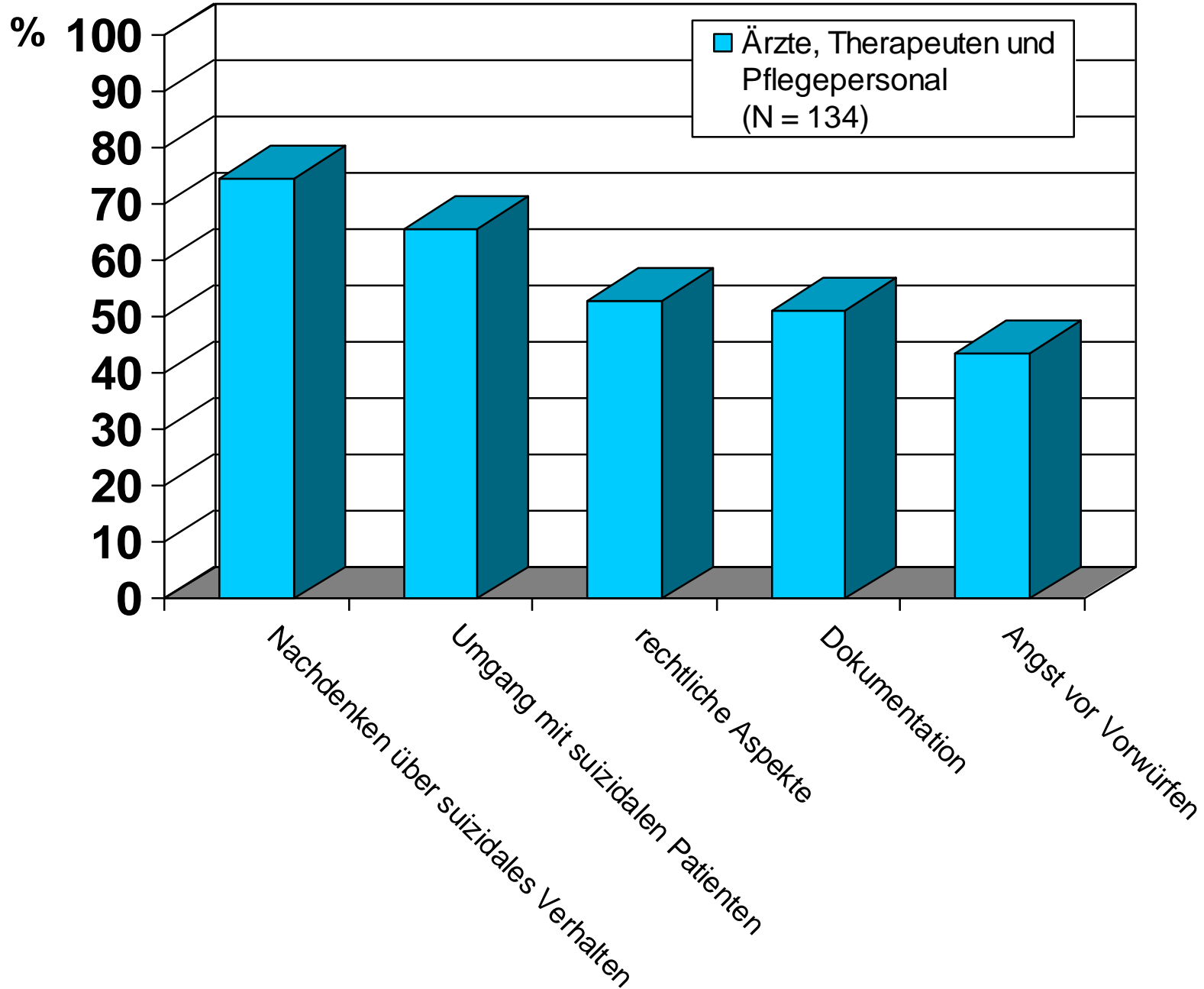
Veränderungen in der beruflichen Tätigkeit



Veränderungen in der beruflichen Tätigkeit



Veränderungen in der beruflichen Tätigkeit

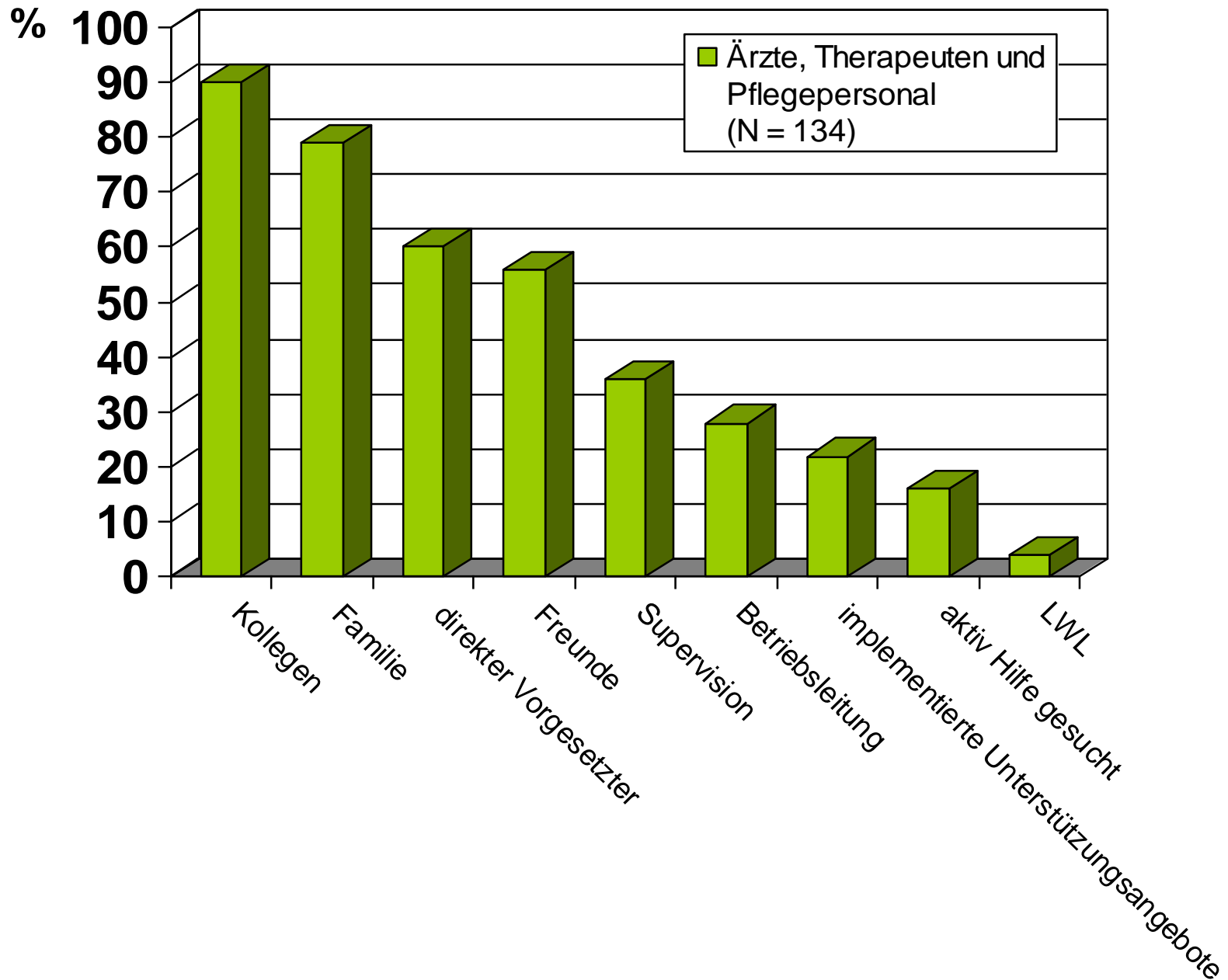


Erhaltene Unterstützung



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Erhaltene Unterstützung

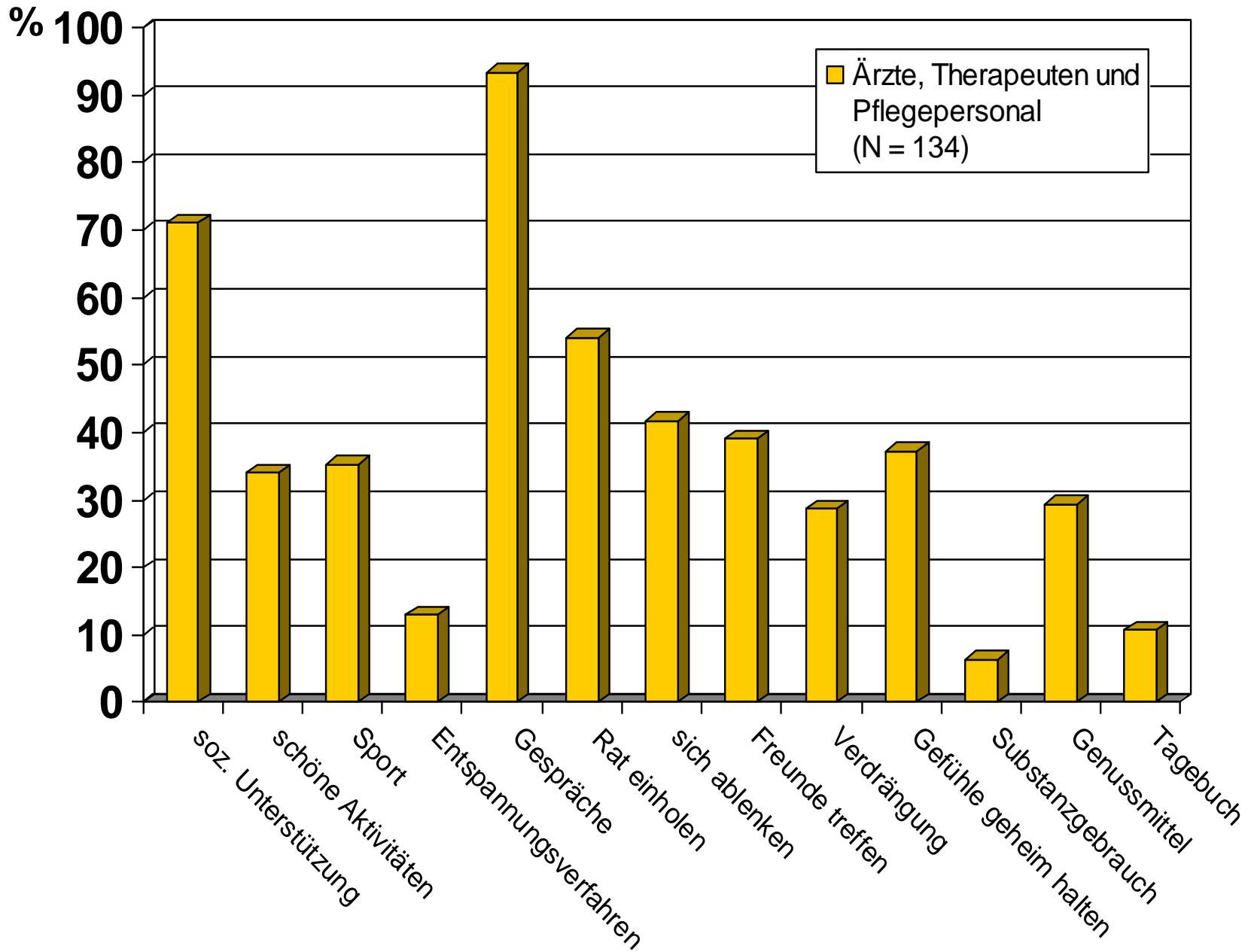


Weiteres Ergebnis

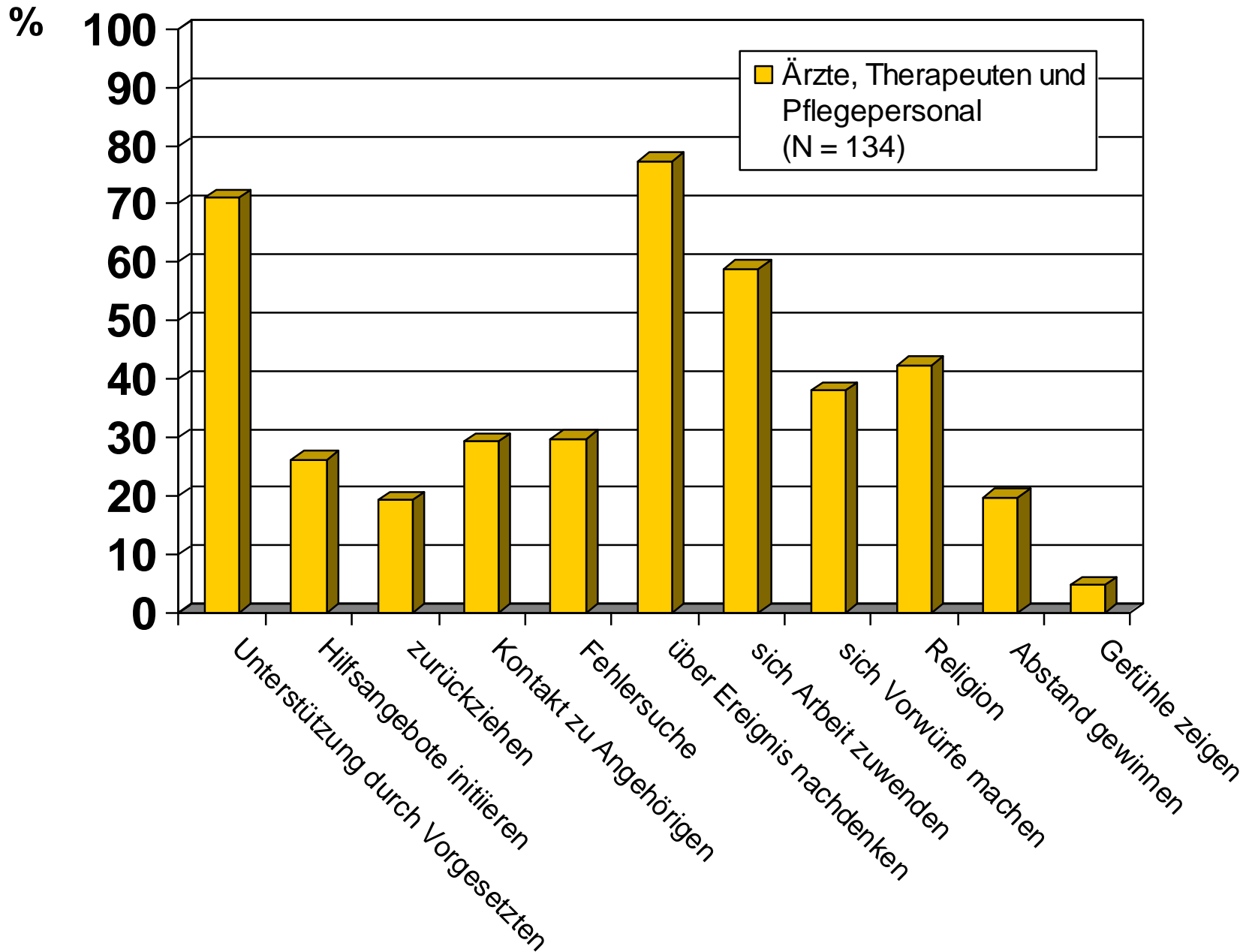
- Es zeigte sich, dass eine zusätzliche berufliche Unterstützung zur privaten Unterstützung das Ausmaß an Intrusionen bei den betroffenen Mitarbeitern verringern kann.

Angewandte Copingstrategien

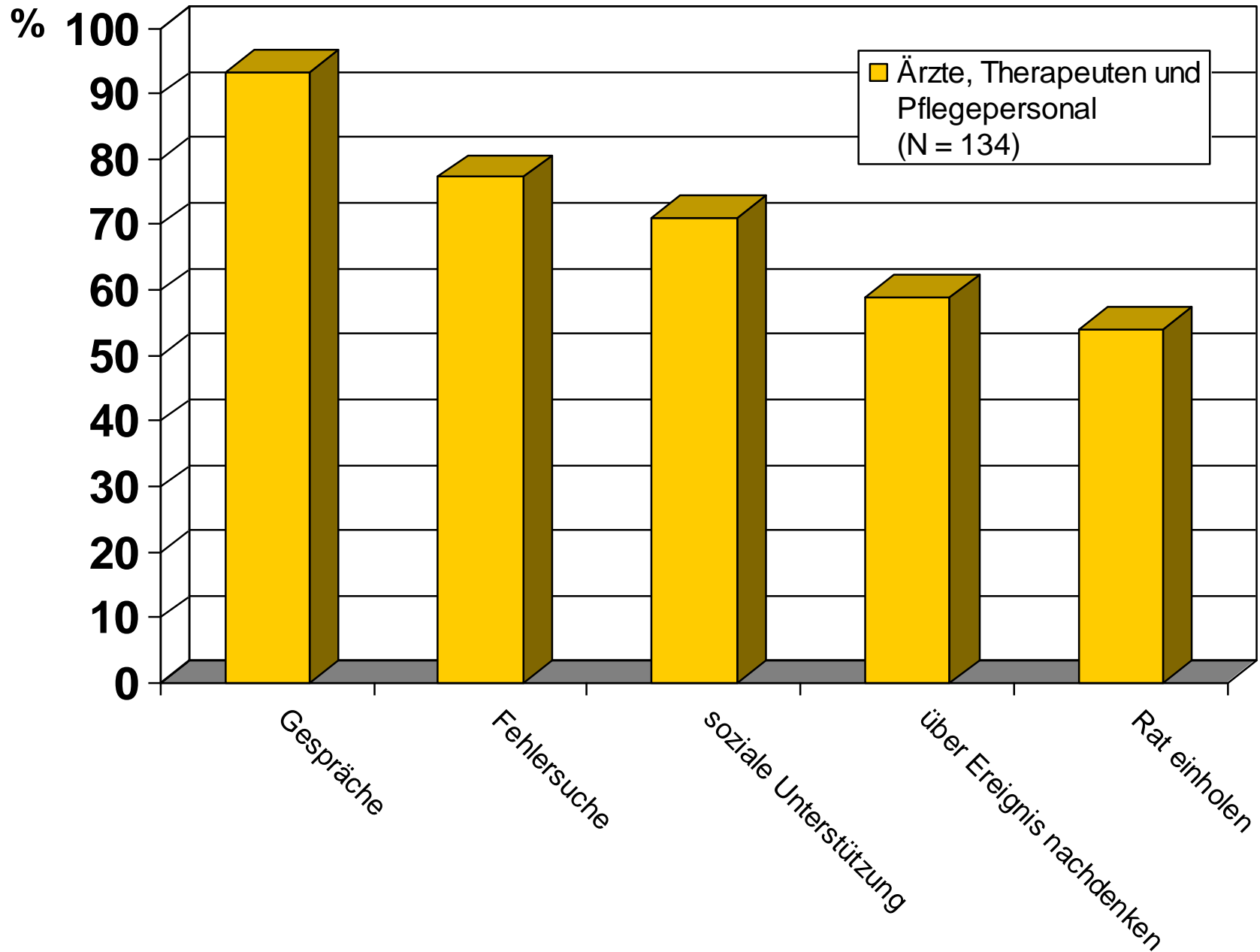
Angewandte Copingstrategien



Angewandte Copingstrategien



Angewandte Copingstrategien



Gewünschte Bewältigungsangebote

Was hätten Sie sich noch an Bewältigungsangeboten gewünscht?

- ernsthafte Gesprächsangebote
- Interesse am Befinden des Mitarbeiters
- Gefühl, dass Vorgesetzter hinter einem steht
- Gesprächsangebote auch nach einiger Zeit
- Rückendeckung/ keine Vorwürfe

Was hätten Sie sich noch an Bewältigungsangeboten gewünscht?

- Unterstützung bei Suche nach externen Hilfsangeboten
- Beachtung von Kollegen, die etwas außerhalb des Teams stehen (z.B. Dauernachtwachen)
- Flexible Erreichbarkeit der kollegialen Hilfe
- Fortbildungen zum Thema Suizid
- Hinweise auf Hilfsmöglichkeiten
- Rechtliche Beratung
- Externe und interne Supervisionsmöglichkeit
- Informationen über notwendiges Vorgehen
- Fachliche Reflexion

4. Bewältigungsstrategien

Projektphase II

Implikationen für ein Bewältigungskonzept

Spezifische Angebote für Mitarbeiter, die den toten/verletzten Patienten gesehen haben

- Erhöhtes Risiko für Intrusionen und Angst

Umgang mit Suizidalität von Patienten im Team

- Gemeinsame Einschätzung von Suizidalität
- Teaminterne bessere Verteilung von Aufgaben nach dem Suizid

Schulung von Vorgesetzten

- empathisches Nachfragen und Eingehen auf den Mitarbeiter

Angebote für die Mitarbeiter von Seiten des LWLs

- Internetplattform
- „Telefonhotline“
- Schnelle Informationen über Angebote der UK NRW

Implikationen für ein Bewältigungskonzept

Bewältigungseinheiten zu...

Emotionen:

- Umgang mit Emotionen

Kognitionen:

- Umgang mit Schuld
- Bearbeitung von Verantwortungsübernahme

Verhalten:

- Entwicklung von Handlungsstrategien bei Suizidalität

Implementierungskonzept

Möglichkeiten der Implementierung

- Schulung des gesamten Teams
- Schulung von Key Usern
- Schulung der Führungsebene
- Schulung von externen Helfern (z.B. Notfallseelsorge)

Implementierungskonzept

Möglichkeiten der Implementierung

- Schulung des gesamten Teams
- **Schulung von Key Usern***
- Schulung der Führungsebene
- Schulung von externen Helfern (z.B. Notfallseelsorge)

Unsere Empfehlung: Nutzung des Systems von Key Usern

* Key User= Ausgewählte Mitarbeiter des Unternehmens, die im Bewältigungskonzept geschult werden.

Struktur des Bewältigungskonzeptes

Einleitung

Basismodule

Bewältigungsmodul

Weiterführende Hilfen

→ bestehend aus unterschiedlichen Modulen,
die unabhängig voneinander
benutzt werden können.

Einleitung

- Herleitung der Notwendigkeit des Bewältigungskonzeptes

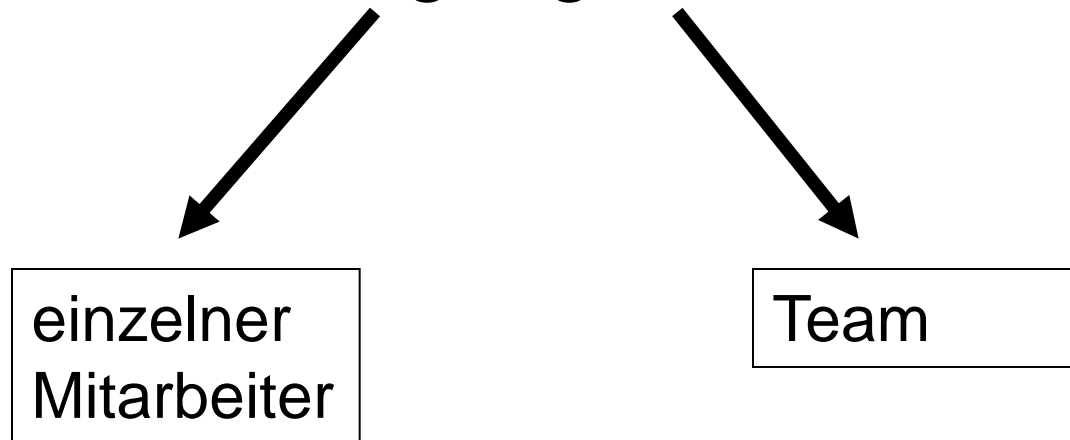
Basismodule

- Umgang mit suizidalen Personen
- Kommunikation
- Teambildung und Teamarbeit
- etc.

Bewältigungsmodule

- Hilfen für betroffene Mitarbeiter
- Hilfen für betroffene Teams
- etc.

Bewältigungsmodule



Hilfen für betroffene Mitarbeiter nach einem Patientensuizid



Identifikation von Risikopersonen

a) Personen mit bestimmten Merkmalen

Personen, die Merkmale aufweisen, die statistisch mit einem höheren Risiko einhergehen, psychische Folgereaktionen zu entwickeln

Beispiel : Personen, die den Toten gesehen haben

Identifikation von Risikopersonen

b) Personen mit bestimmten Erstreaktionen

Zu diesen emotionalen Reaktionen gehören:

- Teilnahmslosigkeit
- starke Angst
- starke Veränderung der Wahrnehmung (Dissoziation)

Identifikation von Risikopersonen

c) Personen mit bestimmten Vorbelastungen

Die individuelle aktuelle Lebenssituation und die persönlichen Lebenserfahrungen bestimmen entscheidend mit, wie man auf ein Ereignis reagiert

Zu den Vorbelastungen gehören:

- frühere Traumatisierungen
- gesundheitliche Probleme
- sekundäre Folgen des Ereignisses
- keine ausreichend stabile Lebenssituation

Verarbeitungsphasen von Mitarbeitern nach einem Suizid (Eink & Haltenhof, 2009)

1. Phase: Gefühle von Schock und Unglaube
2. Phase: Wut, Schuldgefühle, Selbstzweifel
3. Phase: Aufbau einer professionellen Distanz und Verarbeitung des Erlebten

Grundlegende Interventionsstrategien

- Psychologische Erste Hilfe
- Ruhe bewahren
- Trösten
- Reduktion von Erregung
- Informationsvermittlung

Psychoedukation und Normalisierung

- Information, welche Symptome typischerweise in belastenden Situationen auftreten können
- Normalisierung: Hinweis auf mögliche Erstsymptome
- Menschen in Schocksituationen sind nur begrenzt aufnahmefähig
- Informationen schriftlich mitgeben
(Adressen oder Telefonnummern für weitere mögliche Hilfen)

Hilfen für betroffene Teams nach einem Patientensuizid



Organisatorischer Ablaufplan nach einem Suizid

Vorteile konkreter Ablaufpläne:

- Konkrete Ablaufpläne helfen Betroffenen beim Umgang mit Extremereignissen
- Spezifische Handlungsanweisungen vermitteln Struktur und ein Gefühl von Sicherheit
- Erinnerung an wichtige Abläufe/ Vorgehensweisen
- Qualitätssicherung



http://www.linke-liste-nuernberg.de/images/rettungsring_260.jpg

Hinweise zum Umgang mit Mitpatienten



Umgang mit Mitpatienten (Wolfersdorf, 2000)

- Information der Patientengruppe durch den Therapeuten über den Tod eines Mitpatienten ohne Nennung von Suizidmethode oder –ort
- Ausdruck von Erschütterung, Trauer und therapeutischer Grenzen durch den Therapeuten
- Zulassen von Trauerreaktionen, wie Weinen, Klagen, aber auch von Enttäuschungen, Zorn, Kränkung
- Achten auf als suizidal bekannte, zurückgezogene, schweigsame Patienten, Patienten im selben Zimmer oder befreundete Patienten
- „Anschluss“-Suizidalität beachten, aktiv ansprechen
- Bedarfmedikation, Schlafmittel nicht restriktiv geben
- Suizidalität wird Thema von Einzel- und Gruppentherapie, Hinweis auf Hilfsmöglichkeiten

Hinweise zum Umgang mit Angehörigen



Umgang mit Angehörigen nach einem Patientensuizid

- Regeln für das Überbringen einer Todesnachricht
- Trauerphasen
- etc.

Mögliche Bewältigungsstrategien für Teams



Teilnehmer der Suizidnachbesprechung

- Möglichst alle Teammitglieder
- Führungskräfte nur auf ausdrücklichen Wunsch des Teams
- Externer Moderator (z.B. Supervisor, kollegiale Hilfe)

Ziele der Suizidnachbesprechung

- Unterstützung in kognitiver und emotionaler Verarbeitung des Suizides
- Darstellung von Fakten
- Benennung offener Fragen
- Formulierung von Einschätzungen
- Gemeinsame Reflexion und Klärung
- Suizidprophylaxe für zukünftige Ereignisse

Ablauf der Suizidnachbesprechung

- Dauer insgesamt: ca. 1 bis 1,5 Stunden
- Einleitung (Moderator, ca. 10 Minuten)
- Fallvorstellung (Teammitglieder, ca. 15 bis 20 Minuten)
- Reflektion (Moderator mit Team, ca. 30 bis 50 Minuten)
- Abschluss (Teammitglieder, ca. 5 bis 10 Minuten)

Weiterführende Hilfen

- Therapeutische Hilfen
- Rechtliche Hilfen
- Psychohygiene der Helfer
- etc.

5. Ausblick

Projektphase III



UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Berufsspezifische Bewältigungsstrategien

- Polizei
- Feuerwehr
- Lokomotivführer
- Lehrer
- etc.

Verbreitung des Konzeptes

- Schulungen
- Internetplattform
- Printmedien
- Informationsmaterial
- etc.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!



<http://idw-online.de/pages/de/newsimage?id=10718&size=screen>