

Klinisches Assessment Basiswissen
für Pflegefachpersonen und Hebammen

**zh
aw** Gesundheit



Arbeitsheft

Psychiatrie

Impressum

Herausgeber

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Departement Gesundheit
Haus Adeline Favre, Katharina-Sulzer-Platz 9
8400 Winterthur
E-Mail info.gesundheit@zhaw.ch
Web www.zhaw.ch/gesundheit

Autorinnen und Autoren

Gautschi, Fabian; BScN, RN
Grosse, Uta; PhD, dipl. Pflegewirtin, RN
Häusermann, Sara; MSc Palliative Care, RN
Oberndörfer, Katrin, Dipl.-Psych., dipl. Hebamme HF
Pfister, Anja; MScM, RM
Pryce, Martha; BScN, RN
Zeyer, Albert; Dr. med.

Unter Mitarbeit von

Albert, Katharina; MScM, RM
Badertscher, Nina; PhD, Dr. med.
Battaglia, Natalie; MScN, RN
Braun, Astrid, MScN, RN
Dennler, Susanne; Dr. med.
Heine, Michelle; MScN, RN
Heinrich, Ursula; MScN, RN
Musholt, Markus; MScN, RN
Pérez Cortes, Francisca; MScN, RN
Rasche, Berthold; MScN, RN
Rieder, Evelyn; MScN, RN
Uehlinger, Loris; MScN, RN
Waldbboth, Veronika; PhD, MScN, RN

Illustrationen

Baltensweiler, Nadja, Ebikon, www.nadjabaltensweiler.ch

Gestaltung

Notice Design, Zürich, www.notice.design
Häusermann, Esther, Luzern, www.estherhaeusermann.ch

Korrektorat

Ebnöther, Eva; Dr. med.

Titel

Klinisches Assessment Basiswissen für Pflegefachpersonen und Hebammen
Arbeitsheft Psychiatrie

1. Auflage, März 2023

© ZHAW Departement Gesundheit

ISBN 978-3-033-08725-5

<https://doi.org/10.21256/zhaw-2451>

Editorial

Liebe Nutzerinnen und Nutzer

Die Arbeitshefte der Reihe Basiswissen Klinisches Assessment sind ein Beitrag der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) an die Ausbildung von qualifizierten Gesundheitsfachleuten in den Bereichen Pflege und Hebammen. Dozierende der Bachelor-, Master- und Weiterbildungsstudiengänge des Instituts für Pflege und des Instituts für Hebammen haben dieses interprofessionell ausgerichtete Lehrmittel für das klinische Assessment auf Bachelorstufe auf der Basis langjähriger klinischer und pädagogischer Erfahrung entwickelt.

Die Arbeitshefte thematisieren jeweils ein Organ, ein Organsystem oder ein Thema. Sie beschreiben das strukturierte klinische Assessment mit der Erhebung einer symptomfokussierten Anamnese, der körperlichen Untersuchung, der Analyse der gesammelten Klientinnen- beziehungsweise Patientinnen- und Patientendaten und der Planung des weiteren Vorgehens nach dem SOAP-Schema, das heisst dem Subjective-Objective-Analyse-Plan.

Wir danken allen Beteiligten für ihr Engagement bei der Entwicklung dieser interprofessionellen Lehrmittelreihe. Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre der Arbeitshefte und dem Erwerben der Kernkompetenzen im klinischen Assessment.

Prof. Dr. Katharina Fierz, Leiterin Institut für Pflege
Beatrice Friedli, Leiterin Institut für Hebammen



Inhaltsverzeichnis

1	Lernziele	4
2	Einführung SOAP-Schema	5
3	Subjektive Daten	6
3.1	Grunddaten	6
3.2	Hauptbeschwerden	6
3.3	Symptomfokussierte Anamnese des jetzigen Leidens	6
3.4	Erweiterte Anamnese im psychiatrischen Setting	8
3.5	Medizinische Vorgeschichte	8
3.6	Familienanamnese	9
3.7	Sozialanamnese	9
3.8	Sexual- und geburtshilfliche Anamnese	10
3.9	Fremdanamnese	10
4	Objektive Daten	11
4.1	Erfassung des allgemeinen Eindrucks	11
4.2	Erfassung der Körpermasse und Vitalzeichen	12
5	Ausgewählte Themen und Assessment-Instrumente im psychiatrischen Setting	13
5.1	Kognition (Gedächtnis, geistige Leistungsfähigkeit)	13
5.1.1	Montreal Cognitive Assessment	13
5.1.2	Mini Mental Status Test	16
5.2	Depression	18
5.2.1	Zwei-Fragen-Test	18
5.3	Depression in der Peripartalzeit	19
5.3.1	Edinburgh Postnatal Depression Scale	19
5.4	Selbstgefährdung und Suizidalität	23
5.4.1	Nurses' Global Assessment of Suicide Risk-Skala	25
5.5	Fremdgefährdung	27
5.5.1	Perception of Prevalence of Aggression Scale	27
5.5.2	Brøset-Gewalt-Checkliste	29
6	Analyse	32
7	Plan	33
7.1	Pflege: ISBAR-Beispiel Psychiatrie	34
7.2	Hebammen: ISBAR-Beispiel Psychiatrie	35
	Literaturverzeichnis	36
	Tabellenverzeichnis	38
	Illustrationsverzeichnis	38
	Anhang	39



1 Lernziele

Die Studierenden

- können gezielt eine symptomfokussierte Anamnese und ausgewählte Assessments durchführen, anschliessend die gesammelten Daten zusammenfassen/analysieren und das weitere Vorgehen planen, gemäss SOAP-Schema (Subjective-Objective-Analyse-Plan);
- können gezielt und systematisch eine Anamnese im psychiatrischen Setting erheben, inklusive:
 - Grunddaten
 - Hauptbeschwerden
 - Symptomfokussierte Anamnese anhand der psychiatrischen Leitsymptome
 - Erweiterte psychiatrische Anamnese
 - Medizinische Vorgeschichte
 - Familienanamnese
 - Sozialanamnese;
- führen eine systematische Untersuchung im psychiatrischen Setting durch und setzen Untersuchungshilfsmittel ein:
 - Allgemeinzustand (AZ)
 - Vitalzeichen (VZ), wichtige systemrelevante Parameter
 - Assessment-Instrument entsprechend der Fragestellung, beispielsweise:
 - Montreal Cognitive Assessment
 - Mini-Mental Status Test
 - Zwei-Fragen Test
 - Edinburgh Postnatal Depression Scale
 - Nurses' Global Assessment of Suicide Risk-Skala
 - Preception of Prevalence of Aggression Scale
 - Erweiterte Brøset Gewalt Checkliste;
- erkennen die physiologischen Befunde und/oder deren Abweichungen;
- interpretieren diese und stellen eine Arbeitshypothese auf;
- beurteilen die Dringlichkeit und planen weitere Interventionen;
- rapportieren die Befunde gemäss dem Rapportraster Identifikation – Situation – Background – Assessment – Recommendation (ISBAR) in Fachsprache an das interprofessionelle Team (Ärztin/Arzt – Pflegefachpersonen/ Hebammen) und
- dokumentieren die Ergebnisse des klinischen Assessments in Fachsprache.

2 Einführung SOAP-Schema

In der klinischen Praxis hat sich eine strukturierte Methode zur Erfassung, Dokumentation und Kommunikation der Patientinnen-/Patientendaten nach dem sogenannten SOAP-Schema (S = subjektive Daten, O = objektive Daten, A = Analyse, P = Plan) bewährt.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die vier Komponenten des SOAP-Schemas.

Tabelle 1

SOAP-Elemente (modifiziert nach Neurath & Lohse, 2015)

SOAP	Methodik	Ziel
S Subjektive Daten	Erhebung der subjektiven Beschwerden der Patientin/des Patienten in der Anamnese inklusive: <ul style="list-style-type: none"> • Grunddaten • Hauptbeschwerden • Symptomfokussierter Anamnese des jetzigen Leidens • Erweiterter Anamnese • Medizinischer Vorgeschichte • Familienanamnese • Sozialanamnese • Sexual- und geburtshilflicher Anamnese 	Erfassung des subjektiven Patientinnen-/Patienten-anliegens und der -situation
O Objektive Daten	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeiner Eindruck • Körpermasse und Vitalzeichen • Zusatzdiagnostik (Labor, EKG etc.) • Assessment-Instrument entsprechend der Fragestellung 	Objektivierung der Symptome durch Untersuchungsbefunde
A Analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenfassung und Beurteilung der subjektiven und objektiven Daten • Priorisierung der Probleme • Formulierung einer Arbeitshypothese für Erkrankung 	Einschätzung der Gefährdung der Patientin/des Patienten (Dringlichkeitseinschätzung)
P Plan	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung der Patientinnen- und Patientensicherheit • Rapport nach Identifikation-Situation-Background-Assessment-Recommendation (ISBAR)-Schema an den ärztlichen Dienst und/oder weitere Personen des interprofessionellen Teams • Planung der pflegerischen und/oder geburtshilflichen Interventionen • Ggf. Durchführung eines Fokus-Assessments 	Planung weiterer Interventionen

3 Subjektive Daten

S nach SOAP-Schema

Die Erhebung der symptomfokussierten Anamnese ist der erste Schritt des SOAP-Schemas und besteht aus der strukturierten Erfassung der subjektiven Patientinnen-/Patientendaten. Bei der Anamnese werden folgende Daten erfasst:

3.1 Grunddaten

- Vor- und Nachname
- Geschlecht
- Geburtsdatum (Alter)
- Zivilstand bzw. Beziehungsstatus
- Beruf
- Geburtshilfliche Anamnese: Schwangerschaften/Geburten/aktuelle Schwangerschaftswoche

3.2 Hauptbeschwerden

- Hauptgrund der Konsultation
- Beschreibung des Problems in Worten der Patientin/des Patienten

3.3 Symptomfokussierte Anamnese des jetzigen Leidens

Die Erfassung des Leitsymptoms erfolgt nach den folgenden sieben Charakteristika (Morgan et al., 1972):

1. Lokalisation/Ausbreitung/Ausstrahlung
2. Qualität/Charakter
3. Quantität/Stärke/Intensität
4. Zeitlicher Verlauf
5. Modifizierende Faktoren (auslösende, lindernde und verschlimmernde Faktoren)
6. Begleitsymptome
7. Erklärung der Patientin/des Patienten

Tabelle 2

Symptomfokussierte Anamnese des jetzigen Leidens am Beispiel Suizidalität (modifiziert nach Füessl & Middeke, 2018)

Charakteristika	Leitfragen	Beispiel Leitsymptom Suizidalität
1 Lokalisation / Ausbreitung / Ausstrahlung	Wo ist der Befund, die Veränderung? Zeigen lassen. → Mögliche Beschreibungen: generalisiert, wechselnd, tief, oberflächlich	Nicht möglich
2 Qualität / Charakter	Wie fühlt es sich an? Womit ist das Symptom vergleichbar? → Gesten, Körpersprache mit in Befragung einbeziehen	Mit welchen Gedanken beschäftigen Sie sich aktuell? Welche Gefühle sind vordergründig?
3 Quantität / Stärke / Intensität / Schweregrad	Wie stark ist dieses Symptom? → Einsatz einer Numerischen Rating-Skala (NRS) und/oder einer Visuellen Analog-Skala (VAS)	Wie stark ist Ihr Wunsch, nicht mehr leben zu wollen? Wie intensiv ist der Gedanke nicht mehr leben zu wollen? Haben Sie schon konkrete Pläne gemacht, wie Sie sich das Leben nehmen wollen?
4 Zeitlicher Verlauf	<u>Beginn des Symptoms:</u> Seit wann? Unter welchen Umständen ist das Symptom erstmalig aufgetreten? Plötzliches oder allmähliches Einsetzen? <u>Dauer des Symptoms:</u> Wie lange dauert «es»? <u>Häufigkeit und Periodik des Symptoms:</u> Wie ist der Verlauf? Wann tritt das Symptom auf? Zeitlichen Ablauf des Symptoms schildern lassen	<u>Beginn Suizidalität:</u> Seit wann haben Sie das Gefühl, nicht mehr leben zu wollen? Gab es ein auslösendes Ereignis? <u>Dauer Suizidalität:</u> Sind die Gedanken an Suizid immer da? Selten da? Gibt es auch Zeiten, in denen sie weg sind? <u>Häufigkeit und Periodik Suizidalität:</u> Kennen Sie suizidale oder lebensmüde Gedanken aus der Vergangenheit? Wie lange dauerten diese?
5 Modifizierende Faktoren (auslösende, lindernde und verschlimmernde Faktoren)	Unter welchen Umständen tritt das Symptom auf? Gibt es lindernde oder verschlimmernde Faktoren?	Gibt es Situationen oder Aktivitäten, bei denen die suizidalen Gedanken schlimmer werden? Können Sie sich von den suizidalen Gedanken ablenken? Wenn ja, womit?
6 Begleitsymptome	Welche anderen Symptome oder Beschwerden sind vorhanden? Gibt es noch weitere Beschwerden? → Sozialer Rückzug, Schlafstörungen, Freudlosigkeit, selbstverletzendes Verhalten, körperliche Symptome wie Schmerzen, Magen-Darm-Beschwerden etc.	Gibt es weitere Symptome, die im Zusammenhang mit der Suizidalität stehen?
7 Erklärung der Patientin / des Patienten	Welche Erklärung hat die Patientin / der Patient für das Symptom?	Warum möchten Sie nicht mehr leben resp. sich das Leben nehmen?

3.4 Erweiterte Anamnese im psychiatrischen Setting

Äusseres Erscheinungsbild

- Kleidung (sauber; der Witterung/Situation angepasst)
- Körperpflege
- Gestik und Mimik

Verhalten in der Situation

- Kooperation
- Interaktion
- Auskunftsbereitschaft

Sprache und Sprechverhalten

- Klang, Lautstärke und Modulation
- Stimmeln und Stottern
- Sprachverständnis und Ausdruck

Bewusstsein

- Qualitative und quantitative Bewusstseinsstörungen
- Intoxikationen

Orientierung

- Zeitlich
- Örtlich
- Situativ
- Zur eigenen Person

Sozialpsychiatrische Faktoren

- Erwerbstätigkeit und Tagesstruktur
- Wohnsituation
- Soziales Netzwerk
- Organisation und Verwaltung des eigenen Besitzes

Eine Übersicht mit den häufigsten Leit- und Begleitsymptomen im psychiatrischen Setting befindet sich im Anhang.

3.5 Medizinische Vorgeschichte

Vorerkrankungen

Operationen/Unfälle

Medikamente (Dosis, Einnahmeschema, Dauer, Grund)

- Mit oder ohne ärztliche Verordnung
- Komplementärmedizinische Massnahmen
- Kürzlich abgesetzte Medikamente, Medikationsänderungen

Allergien/Empfindlichkeiten, kurze Beschreibung der Reaktion (Wann? Wie? Was hilft?)

- Umweltfaktoren (z. B. Tiere, Pflanzen, Hausstaub)
- Nahrungsmittel
- Medikamente

Zusätzliche Gesundheitsrisiken (z. B. Reisen)

3.6 Familienanamnese

Eltern, Geschwister, eigene Kinder und Partnerin/ Partner

- Alter
- Gesundheitszustand
- Psychiatrische Erkrankungen und Symptome (z. B. Depressionen, Psychosen, Suchtkrankheiten, Suizid in der nahen Familie)
- Ggf. Todesursache

3.7 Sozialanamnese

Private und soziale Situation

- Unterstützung durch Familie, Freunde, Spitex
- Mögliche Einstiegsfrage: «Wenn es Ihnen schlecht geht, bei wem melden sie sich?»

Wohnsituation

- Mit wem? Haus oder Wohnung? Stockwerk? Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnsituation?
- Geplanter oder kürzlich erfolgter Umzug?
- Mögliche Einstiegsfrage: «Leben Sie alleine?» statt «Mit wem leben Sie zusammen?»

Auswirkungen von Hauptbeschwerde auf das tägliche Leben

- Activities of daily living (ADL), z. B. auf Essen/Trinken, Bewegen
- Instrumental activities of daily living (IADL), z. B. Einkaufen, Verkehrsmittel benutzen, Haushalt, Geld verwalten

Advance Care Planning (Vorsorgeauftrag, Patientinnen- und Patientenverfügung)

Noxen

- Nikotin: Was? Wie viel? Seit wann? (bei Zigaretten: Pack Years)
- Alkohol: Was? Wie oft? Wie viel? Seit wann?
- Drogen: Was? Wie oft? Wie viel? Seit wann?

Gesundheitsrelevante Gewohnheiten

- Appetit, Durst, Ernährungsgewohnheiten, Nahrungsmittelaufnahme in den letzten 24 Stunden
- Körperliche Aktivität (Art und Häufigkeit)

Berufsanamnese

- Aktueller Beruf oder Tagesstruktur? Regulärer Arbeitsmarkt? IV-gestützte Stelle?
- Zufriedenheit oder Stressfaktoren am Arbeitsplatz, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsplatzverlust

3.8 Sexual- und geburtshilfliche Anamnese

- Aktuell sexuell aktiv? Beziehungsstatus?
- Bei Frauen: mögliche Schwangerschaft, letzte Menstruation, Regelmässigkeit der Menstruation, Kontrazeption

Geburtshilfliche Anamnese (in der Regel durch eine Hebamme durchgeführt)

- Aktuelle Schwangerschaft: Schwangerschaftswoche, letzte Menstruation, Entbindungstermin
- Bisherige Schwangerschaften
- Geburtsmodi bei vorangegangenen Geburten
- Lebendgeburten
- Frühe Fehlgeburt (≤ 12 . Schwangerschaftswoche)
- Späte Fehlgeburt (≤ 24 . Schwangerschaftswoche)
- Extrauterin gravidität (EUG)
- Abruption
- Totgeburt

3.9 Fremdanamnese

Eine Fremdanamnese ist dann erforderlich, wenn eine Person nicht oder ungenügend selbst über sich Auskunft geben kann, zum Beispiel wegen schweren psychischen Beeinträchtigungen. Bei manchen psychiatrischen Symptomen oder Erkrankungen ist eine Fremdanamnese empfehlenswert, um herauszufinden, wie sich die betroffene Person im Zusammenhang mit den psychiatrischen Symptomen verhält oder ob Symptome bereits vor der akuten Erkrankung bestanden. Wichtig für die Erhebung einer Fremdanamnese ist das Einverständnis der Patientin/des Patienten.

4 Objektive Daten

O nach SOAP-Schema

Die Erfassung der objektiven Daten ist der zweite Schritt des SOAP-Schemas und besteht aus der Erhebung des allgemeinen Eindrucks der Patientin/des Patienten, der Erfassung der Körpermasse und Vitalzeichen sowie dem Einsatz eines Assessment-Instruments entsprechend der Fragestellung. Im Folgenden werden die einzelnen Schritte beschrieben.

4.1 Erfassung des allgemeinen Eindrucks

Bei einer Untersuchung im psychiatrischen Setting ist die Erfassung des allgemeinen Eindrucks besonders wichtig.

Tabelle 3

Allgemeiner Eindruck (modifiziert nach Füssli & Middeke, 2018)

Kriterien	Beschreibung
Basiseinschätzungen	
Vigilanz (Wachheit bzw. Erregbarkeit)	Vigilanzstörungen: Somnolenz, Sopor, Koma
Orientierung	Örtliche, zeitliche, situative und persönliche Orientierung (Frage nach Datum, Wochentag, Jahreszeit, Ort des Gesprächs, zur Person usw.)
Körperhaltung	Bestimmt durch Form der Wirbelsäule und des Thorax, Symmetrie der Extremitäten, Muskulatur. Spiegelt auch die psychische Verfassung wieder, z. B. gebeugte oder aufrechte Körperhaltung
Gesicht, Mimik, Gestik	Ggf. charakteristische Gesichtsveränderungen durch Krankheitsbild, z. B. weinerlicher, versteinertes Gesichtsausdruck, grobe Gesichtsfalten
Ernährungszustand	Untergewicht (Body-Mass-Index < 18.5) Normalgewicht (Body-Mass-Index 18.5–24.9) Übergewicht (Body-Mass-Index 25.0–29.9) Adipositas (Body-Mass-Index > 30)

4.2 Erfassung der Körpermasse und Vitalzeichen

Tabelle 4

Körpermasse und Vitalzeichen (modifiziert nach Füssli & Middeke, 2018)

Kriterien	Einheit
Grösse	cm
Gewicht	kg
Body-Mass-Index (BMI)	Körpergewicht (kg) dividiert durch das Quadrat der Körpergrösse (m ²)
Blutdruck	mmHg
Puls	Schläge pro Minute (Spm), Regelmässigkeit, Qualität
Temperatur	°C, Lokalisation der Messung (oral, axillär, rektal, aurikulär)
Atemfrequenz	Frequenz pro Minute (AF / Min.), Regelmässigkeit, Atemmuster
Sauerstoffsättigung	%, mit Angabe, ob unter Raumluft oder Sauerstoffgabe (l / Min.)

5 Ausgewählte Themen und Assessment-Instrumente im psychiatrischen Setting

In der Schweiz haben 11 % aller hospitalisierten Personen eine psychiatrische Haupt- oder Nebendiagnose (Tuch, 2018). Diese Personen haben im Vergleich zu Personen ohne psychiatrische Diagnosen ein erhöhtes Risiko für eine längere Dauer der Hospitalisation oder Rehospitalisationen. Dadurch wird die Lebensqualität der betroffenen Menschen beeinträchtigt, und es entstehen höhere Kosten im Gesundheitswesen. Pflegende und Hebammen haben eine Schlüsselfunktion bei der möglichst frühzeitigen Erkennung von psychiatrischen Symptomen und können damit Leiden verhindern.

Dieses Arbeitsheft umfasst Instrumente zur Einschätzung der geistigen Leistungsfähigkeit, einer depressiven Episode sowie von Selbst- und Fremdgefährdung.

5.1 Kognition (Gedächtnis, geistige Leistungsfähigkeit)

Pflegende und Hebammen erfassen durch Interaktion mit den Patientinnen und Patienten deren kognitive Fähigkeit. Dabei werden unter anderem Funktionen auch Aspekte wie Orientierung und Aufmerksamkeit geprüft. Das Assessment der Kognition erlaubt Rückschlüsse auf die Informationsverarbeitung oder die Merkfähigkeit. Die im Folgenden vorgestellten Assessment-Instrumente unterstützen eine strukturierte Erfassung der kognitiven Fähigkeiten.

Bei der Erfassung der Kognition werden Patientinnen und Patienten unter Umständen mit ihren kognitiven Defiziten konfrontiert. Dies kann zu Scham und Ablehnung führen. Deshalb ist es wichtig, die Assessments in einer wohlwollenden Atmosphäre, mit genügend Zeit und an einem ruhigen Ort durchzuführen, an dem die Privatsphäre gewahrt werden kann.

5.1.1 Montreal Cognitive Assessment

Mit dem Montreal Cognitive Assessment (MoCA) können leichte kognitive Störungen festgestellt werden. Diese erhöhen das Risiko für schwere kognitive Störungen, beispielsweise eine Demenz-Erkrankung. Mit dem MoCA werden unterschiedliche kognitive Bereiche wie Aufmerksamkeit und Konzentration, Gedächtnis, Sprache, konzeptuelles Denken, Rechnen und Orientierung geprüft. Der Test ersetzt keine neuropsychologische Untersuchung. Die erreichte Punktzahl erlaubt keine Rückschlüsse auf eine mögliche Diagnose (Nasreddine et al., 2015).

Durchführung:

Die Durchführung des MoCA dauert ca. 10 Minuten. Man benötigt eine ausgedruckte Vorlage des Tests sowie Papier und Bleistift. Die einzelnen Aufgaben sind im Fragebogen beschrieben und ergeben die vermerkte Punktzahl.

Auswertung:

Die einzelnen erreichten Punkte werden addiert. Die Anzahl der Schuljahre sowie soziokulturelle Normen können das Resultat beeinflussen. Um diese Verzerrungen auszugleichen, können mithilfe eines Online-Tools Standardwerte errechnet werden:

<http://www.mocatest.ch/test/>

Falls der Zugang zur Errechnung der Standardwerte fehlt, können folgende Annahmen getroffen werden:

- ≥ 26 Punkte: normale kognitive Funktionen, keine Auffälligkeiten
- 22 – 26 Punkte: leichte kognitive Beeinträchtigungen, weitere Abklärungen empfohlen
- ≤ 21 Punkte: kognitive Beeinträchtigungen, weitere Abklärungen sind nötig

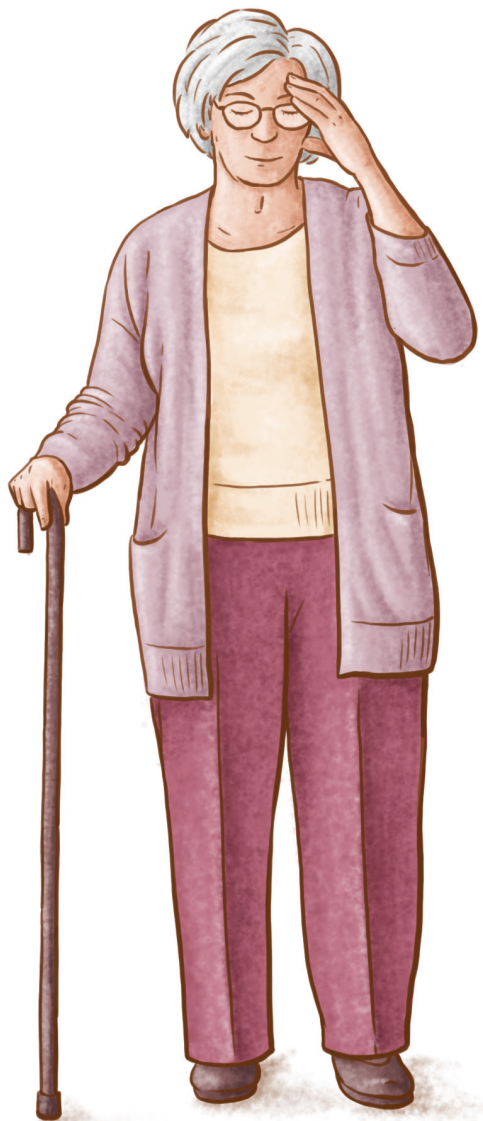


Tabelle 5

Montreal Cognitive Assessment

Visuospatial / Exekutiv		Würfel nachzeichnen					Eine Uhr zeichnen (zehn nach Elf) (3 Punkte)			Punkte																	
							<input type="checkbox"/> Kontur <input type="checkbox"/> Zahlen <input type="checkbox"/> Zeiger			___ / 5																	
Benennen																											
								___ / 3																			
Gedächtnis																											
Wortliste vorlesen, wiederholen lassen 2 Durchgänge Nach 5 Minuten überprüfen (s.m.)		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GESICHT</th> <th>SAMT</th> <th>KIRCHE</th> <th>TULPE</th> <th>ROT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Versuch</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Versuch</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT	1. Versuch						2. Versuch						Keine Punkte		
	GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT																						
1. Versuch																											
2. Versuch																											
Aufmerksamkeit																											
Zahlenliste vorlesen (1 Zahl / Sek.)		In der vorgegeben Reihenfolge wiederholen <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 Rückwärts wiederholen <input type="checkbox"/> 7 4 2					___ / 2																				
Buchstabenliste vorlesen (1 Buchst. / Sek.) Patientin / Patient soll bei jedem Buchstaben «A» mit der Hand klopfen (Keine Punkte bei 2 oder mehr Fehlern)		<input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B					___ / 1																				
Fortlaufendes Abziehen von 7, mit 100 anfangen (4 oder 5 korrekte Ergebnisse: 3 P., 2 oder 3 korrekt: 2 P., 1 korrekt: 1 P., 0 korrekt: 0 P.)		<input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65					___ / 3																				
Sprache																											
Wiederholen:		«Ich weiss lediglich, dass Hans heute an der Reihe ist zu helfen.» <input type="checkbox"/> «Die Katze versteckte sich immer unter der Couch, wenn Hunde im Zimmer waren» <input type="checkbox"/>					___ / 2																				
Möglichst viele Wörter in einer Minute benennen, die mit dem Buchstaben F beginnen.		<input type="checkbox"/> ___ (N ≥ 11 Wörter)					___ / 1																				
Abstraktion																											
Gemeinsamkeit von z. B. Banane und Apfelsine = Frucht		<input type="checkbox"/> Eisenbahn und Fahrrad <input type="checkbox"/> Uhr und Lineal					___ / 2																				
Erinnerung																											
Worte erinnern OHNE Hinweis		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GESICHT</th> <th>SAMT</th> <th>KIRCHE</th> <th>TULPE</th> <th>ROT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Punkte nur bei richtigem Nennen OHNE Hinweis			___ / 5					
	GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT																						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Optional	Hinweis zu Kategorie Mehrfachauswahl																										
Orientierung																											
<input type="checkbox"/> Datum <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr <input type="checkbox"/> Wochentag <input type="checkbox"/> Ort <input type="checkbox"/> Stadt		___ / 6																									
Normal ≥ 26 / 30		Total + 1 Punkt wenn ≤ 12 Jahre Ausbildung					___ / 30																				

5.1.2 Mini Mental Status Test

Der Mini Mental Status Test (MMST) kann Hinweise auf schwerere kognitive Störungen geben. Der MMST ist in fünf Aufgaben gegliedert und erfasst die kognitiven Bereiche Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Erinnerungsfähigkeit und Sprache (Folstein et al. 1975).

Durchführung:

Der MMST dauert ca. 20 Minuten. Man benötigt eine ausgedruckte Vorlage des Tests sowie Papier und Bleistift. Die einzelnen Aufgaben müssen der Reihe nach gelöst werden. Pro richtige Antwort oder korrekt gelöste Aufgabe gibt es einen Punkt.

Auswertung:

Die erreichten Punkte lassen Rückschlüsse auf den Grad der kognitiven Einschränkung zu.

- 30 – 25 Punkte: Es sind keine kognitiven Einschränkungen anzunehmen.
- 24 – 18 Punkte: Es kann eine leichte kognitive Einschränkung angenommen werden.
- 17 – 0 Punkte: Es liegen schwere kognitive Einschränkungen vor.

Tabelle 6

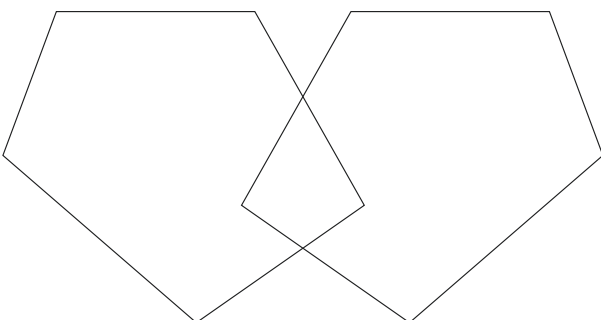
Mini Mental Status Test

Mini Mental Status Test (MMST)		Pkt 0/1
Zeitliche Orientierung	1. Welches Jahr haben wir?	_____
	2. Welche Jahreszeit haben wir?	_____
	3. Der wievielte Monat ist heute?	_____
	4. Welcher Wochentag ist heute?	_____
	5. Welcher Monat ist jetzt?	_____
Örtliche Orientierung	6. In welchem Land sind wir?	_____
	7. In welchem Kanton sind wir?	_____
	8. In welcher Ortschaft sind wir?	_____
	9. Wo sind wir hier? (Name oder Adresse der Institution)	_____
	10. Auf welchem Stockwerk befinden wir uns?	_____
3 Wörter wiederholen	Bitte sprechen Sie die folgenden Wörter nach:	_____
	11. Zitrone	_____
	12. Schlüssel	_____
	13. Ball	_____
Rechnen	Bitte ziehen Sie von der Zahl 100 fortlaufend 7 ab, bis ich «Halt» sage:	_____
	14. (= 93)	_____
	15. (= 86)	_____
	16. (= 79)	_____
	17. (= 72)	_____
	18. (= 65)	_____

Mini Mental Status Test (MMST)		Pkt 0/1
Gedächtnis	Welche Wörter haben Sie mir zuvor nachgesprochen?	
	19. Zitrone	
	20. Schlüssel	
Benennen	21. Ball	
	22. Was ist das? (Stift zeigen)	
Nachsprechen	23. Was ist das? (Uhr zeigen)	
	24. Sprechen Sie mir nach: «Bitte kein Wenn und Aber»	
3-gliedriger Befehl	Ein Blatt Papier auf den Tisch legen und zusammenhängend sagen:	
	25. Nehmen Sie das Blatt in die rechte Hand	
	26. Falten Sie es in der Mitte und	
Schriftliche Aufforderung	27. Lassen sie es auf den Boden fallen	
	Untersuchende Person legt die schriftliche Aufforderung vor und sagt: Lesen Sie laut vor, was auf dem Papier steht, und führen Sie die Anweisung aus.	
Satz schreiben	28. Anweisung wird korrekt ausgeführt (Augen werden geschlossen)	
	Bitte schreiben Sie spontan einen Satz auf.	
Figur Abzeichnen	29. Satz enthält ein Subjekt und Prädikat	
	Untersuchende Person legt die Vorlage mit den zwei Fünfecken vor und bittet die untersuchte Person, die Figur abzuzeichnen.	
Total Punkte:	30. Es sind zwei Fünfecke erkennbar, die sich an einer Ecke überschneiden	

Schriftliche Aufforderung: Bitte schliessen Sie Ihre Augen.

Vorlage Fünfecke:



5.2 Depression

Patientinnen und Patienten sprechen selten spontan über typische Symptome einer depressiven Störung wie gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, verminderter Antrieb oder erhöhter Ermüdbarkeit. Zudem werden depressive Symptome zu Beginn der Erkrankung oft somatischen Ursachen zugeordnet. Dies führt dazu, dass depressive Störungen häufig erst spät erkannt werden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie et al., 2017).

Die Risikofaktoren für eine Depression sind vielfältig und bestehen beispielsweise in einer genetischen Disposition, Gewalterfahrungen oder im Verlust einer nahestehenden Person durch Trennung oder Tod.

Das Assessment-Instrument «Zwei-Fragen-Test» unterstützt eine strukturierte Erfassung bei Hinweisen auf eine Depression.

5.2.1 Zwei-Fragen-Test

Dieser Test ist ein einfaches Screening-Instrument zur Feststellung einer depressiven Episode. Aufgrund der hohen Sensitivität von 96 % können Betroffene mit depressiven Störungen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit erfasst werden (Whooley et al., 1997; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie et al., 2017).

Durchführung:

Der Patientin/dem Patient werden folgende Fragen gestellt:

- 1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
- 2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Auswertung:

Wenn beide Fragen mit «Ja» beantwortet werden, sollte eine Ärztin/ein Arzt oder eine psychologisch geschulte Person eine Abklärung auf weitere depressive Symptome durchführen.



5.3 Depression in der Peripartalzeit

Depressive Symptome in der Peripartalzeit unterscheiden sich nicht wesentlich von depressiven Symptomen zu anderen Zeitpunkten im Leben. Mütterliche Depressionen wirken sich aber auf das ganze Familiensystem und die Entwicklung des Kindes aus (Tammentie et al., 2004; Hohm et al., 2017).

Risikofaktoren sind beispielsweise genetische Disposition, ungenügende soziale Unterstützung, häusliche Gewalt, niedriges Einkommen, geringe Bildung, Schlafstörungen, neue Rolle als Mutter (oder mehrfache Mutter), Sorgen um das Ungeborene bzw. Kind, unerwünschte Schwangerschaft, Lebensveränderung und hormonelle Umstellungen nach der Geburt (Frisch & Riecher-Rössler, 2011; Riecher-Rössler, 2011).

Manche depressiven Symptome können auch bei einer postpartalen Psychose (PPP) auftreten. Bei einer PPP besteht jedoch ein Realitätsverlust. Eine PPP beginnt meistens in den ersten zwei Wochen post partum. Bei einem Verdacht auf eine PPP muss sofort eine ärztliche Fachperson hinzugezogen werden.

Das im Folgenden dargestellte Assessment-Instrument unterstützt eine strukturierte Erfassung bei Hinweisen auf eine postnatale Depression.

5.3.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale

Die meisten Instrumente zur Erfassung von depressiven Symptomen sind nur bedingt für den prä- und postpartalen Einsatz geeignet. Die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) berücksichtigt diesen Umstand, kann auch in der Schwangerschaft eingesetzt werden und eignet sich sehr gut für den Einsatz durch Hebammen und Pflegefachpersonen (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987).

Beispielhafte Durchführung des Screenings (Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2012)

Erster Schritt: Bedarf für EPDS-Screening erfassen

Die Fachperson stellt im Anamnesegespräch die beiden Fragen:

1. «Fühlten Sie sich in letzter Zeit stärker niedergeschlagen und deprimiert?»
2. «Machen Ihnen Aktivitäten und Dinge weniger Freude als früher?»

Werden beide Fragen mit «Nein» beantwortet wird dies entsprechend dokumentiert. Bei Bejahung einer der beiden Fragen wird die Frau gebeten, die EPDS auszufüllen.

Zweiter Schritt: Durchführung des EPDS-Screenings

Der EPDS-Fragebogen kann zum Beispiel folgendermassen eingeführt werden:

«Sie berichten mir, dass Ihre Stimmung in letzter Zeit eher niedergeschlagen oder deprimiert war. Stimmungsschwankungen (gehören zu jeder Schwangerschaft) (treten bei allen Müttern in der Zeit nach der Geburt mal auf) und sind normal. Damit wir zusammen die/den von Ihnen berichteten (Stimmungsschwankungen) (Interesseverlust) besser einordnen können, möchte ich Sie bitten, einen kurzen Fragebogen zu beantworten. Damit können wir einerseits schauen, wie stark Ihre Stimmungsschwankungen sind, andererseits auch besprechen, ob und wie wir weiter vorgehen könnten.»

Die Frau wird gebeten, gerade jetzt oder bis zum nächsten Treffen bei jeder Frage eine von vier möglichen Antwortmöglichkeiten zu wählen, die dem möglichst nahe kommt, wie sie sich in den letzten 7 Tagen gefühlt hat.

Auswertung des EPDS-Fragebogens

Die Antworten werden je nach Symptomstärke mit 0, 1, 2 oder 3 bewertet.

Die Fragen 3, 5, 6, 7, 8, 9, und 10 sind spiegelbildlich konstruiert (Bewertung mit 3, 2, 1 und 0).

Die Addition der einzelnen Items ergibt den Summenscore.

Besprechung des Resultates und Prozedere

Punktzahl 9 oder weniger

Eine Depression ist unwahrscheinlich. Dies und auch die vorhandenen Symptome werden mit der Patientin besprochen und die Durchführung und das Ergebnis des Screenings dokumentiert. Die Frau kann wie im folgenden Beispiel informiert werden:

«Wenn ich jetzt die von Ihnen beantworteten Fragen durchsehe und zusammenfasse, ist das, was Sie berichtet haben, im Rahmen einer normalen Reaktion auf die veränderten Lebensumstände zu sehen. Ich entnehme daraus keinen Anhalt für das Vorliegen einer Depression. Wenn das für Sie in Ordnung ist, können wir das mal so abschliessen und uns noch (...) zuwenden.»

Punktzahl 10 oder mehr

Das Ergebnis weist darauf hin, dass eine Depression vorliegen könnte, aber nicht muss. Eine weitere Abklärung ist sinnvoll. Das weitere Vorgehen kann wie folgt mit der Patientin besprochen werden:

«Ich sehe, Sie haben bei einigen Fragen (ev. Beispiele nennen) angegeben, dass eine leichte oder mittlere Beeinträchtigung vorliegt. Dies ist auch in der Gesamtpunktzahl erkennbar, die über dem Wert liegt, den Schwangere/Frauen nach der Geburt in der Regel aufweisen. Das bedeutet nicht, dass Sie eine Depression haben. Es gibt aber Hinweise dafür, dass dies der Fall sein könnte. Ich denke, es könnte klärend und entlastend sein, die Situation mit einer Fachperson anzuschauen, die mit Ihnen (die Stimmungsschwankungen) (diese Probleme) genauer anschauen kann. Das kann einfach ein einmaliges Gespräch sein, es kann auch sein, dass eine weitere Unterstützung sinnvoll ist. Das Vorgehen wäre hier, dass ich Sie an die Kollegin (...) zu einem Abklärungsgespräch überweise.»

Patientin ist mit Fachgespräch einverstanden

Flyer Postpartale Depression aushändigen und abklären, ob bereits ein/e Psychotherapeut/in involviert ist. In diesem Fall Verweis an vorhandene Betreuung. Ansonsten Überweisung.

Patientin möchte im Moment kein Fachgespräch

Flyer Postpartale Depression aushändigen; weiteres Prozedere vereinbaren; nächsten Kontakt vereinbaren.

Suizidgedanken (Frage 10) positiv beantwortet

Eine Abklärung der Suizidalität durch eine Fachperson ist indiziert. Besprechung mit der Patientin (siehe Beispiel) und Kontaktaufnahme mit Psychiater/in bzw. Psychotherapeut/in zur Festlegung des weiteren Vorgehens.

«Ich sehe, Sie haben die letzte Frage, ob Sie sich schon Gedanken gemacht haben, sich selbst Schaden zuzufügen, mit (...) beantwortet. Können Sie mir mehr dazu sagen? Wenn ich Sie richtig verstehe, ist es in letzter Zeit so, dass Sie manchmal stark unter Druck geraten und dann kaum noch weiterwissen. Und dann auch der Gedanke aufkommt, dass es einfacher wäre, es gäbe Sie nicht. Wenn ich das so höre, mache ich mir Sorgen, wie es Ihnen wohl das nächste Mal ergeht, wenn Sie wieder in einer ähnlichen Situation sind. Ich wünsche mir für Sie, dass wenn Sie mit diesen schwierigen Situationen konfrontiert sind, Strategien haben, wie Sie damit umgehen können. Ich möchte nun folgendes tun: Ich rufe meine/n Kollegin/en (...) an und bespreche diese Situation kurz. Ich schlage vor, dass Sie einen Gesprächstermin bei ihr/ihm wahrnehmen, bei dem mit Ihnen angeschaut werden kann, welche Unterstützungsmöglichkeiten es in der aktuellen Situation gibt.»



Tabelle 7*Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala EPDS*

In den letzten 7 Tagen oder in den Tagen seit der Geburt...	Punkte
1. ... konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen	
<input type="checkbox"/> so wie ich es immer konnte	0
<input type="checkbox"/> nicht ganz so wie sonst	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher	2
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	3
2. ... konnte ich mich so richtig auf etwas freuen	
<input type="checkbox"/> so wie immer	0
<input type="checkbox"/> etwas weniger als sonst	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher	2
<input type="checkbox"/> kaum	3
3. ... fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief	
<input type="checkbox"/> ja, meistens	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht so oft	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals	0
4. ... war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen	
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht	0
<input type="checkbox"/> selten	1
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> ja, häufig	3
5. ... erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen	
<input type="checkbox"/> ja, oft	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht oft	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht	0
6. ... überforderte mich verschiedenste Umstände	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden	2
<input type="checkbox"/> nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden	1
<input type="checkbox"/> nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig	0
7. ... war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht sehr oft	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht	0

In den letzten 7 Tagen oder in den Tagen seit der Geburt...	Punkte
8. ... habe ich mich traurig und schlecht gefühlt	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> selten	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht	0
9. ... war ich so unglücklich, dass ich geweint habe	
<input type="checkbox"/> ja, die ganze Zeit	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nur gelegentlich	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals	0
10. ... überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen	
<input type="checkbox"/> ja, ziemlich oft	3
<input type="checkbox"/> manchmal	2
<input type="checkbox"/> kaum	1
<input type="checkbox"/> niemals	0

5.4 Selbstgefährdung und Suizidalität

Der fachlich korrekte Umgang mit Patientinnen und Patienten, die an Suizidgedanken leiden, akut suizidal sind oder aufgrund eines Suizidversuchs hospitalisiert wurden, ist sehr anspruchsvoll. Diese Patientinnen und Patienten sind nicht nur in psychiatrischen Institutionen in Behandlung, sondern oftmals auch in Akutspitälern, Pflegeheimen oder anderen Institutionen der somatischen Pflege.

Pflegfachpersonen und Hebammen leisten einen wichtigen Beitrag beim Erkennen und bei der Prävention von suizidalen Absichten und selbstgefährdendem Verhalten. Das Handeln einer Fachperson kann entscheidend sein, um einen Suizidversuch zu verhindern. Eine Auseinandersetzung mit dem Thema und das Aneignen von entsprechendem Fachwissen ist für Pflegfachpersonen unerlässlich, damit sie für suizidale Krisen bei Patientinnen und Patienten gewappnet sind (Cwik & Teismann, 2017).

Im Zusammenhang mit dem Assessment ist es wichtig, folgende Begriffe zu unterscheiden:

Suizidalität

Suizidalität bezeichnet einen psychischen Zustand, in dem die betroffene Person den eigenen Tod herbeiführen möchte. In umfassenderem Sinne bezeichnet Suizidalität die Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die mit ihren Handlungen den eigenen Tod direkt oder indirekt in Kauf nehmen.

Suizidgedanken

Die Betroffenen denken darüber nach, den eigenen Tod aktiv herbeizuführen. Ein ähnlicher Begriff ist der Todeswunsch.

Suizidpläne

Die Betroffenen stellen sich die suizidale Handlung konkret vor und/oder bereiten einen Suizidversuch vor.

Suizidversuch (Parasuizidalität)

Ein Suizidversuch ist eine selbstverursachte, selbstschädigende Handlung mit dem Ziel, den eigenen Tod herbeizuführen.

Suizid

Suizid bedeutet die absichtliche Selbsttötung, entweder durch eine selbst vorgenommene Handlung oder durch das Unterlassen einer Handlung.

Zu vermeidende Begriffe sind Selbstmord oder Freitod.

Selbstmord stellt wegen des Begriffs «Mord» einen ungewollten Bezug zu kriminellem Verhalten her. Der Begriff «Freitod» impliziert, dass Betroffene eine freie, rationale Entscheidung treffen; in der Realität befinden sich suizidale Personen aber oft in einer akuten Krise und haben eine verengte Sicht auf sich selbst, ihr Leben und ihre Umwelt. Es wird deshalb empfohlen den Begriff «Suizid» zu verwenden, auch im Kontakt mit den Betroffenen.

Risikofaktoren für Suizidversuche (Abderhalden et al., 2011)

- frühere Suizidversuche
- Äusserungen von Suizidgedanken und Suizidplänen
- sozialer Rückzug
- Vorliegen einer psychischen Erkrankung wie Depression, psychotische Erkrankungen, Abhängigkeit, Persönlichkeitsstörung, posttraumatische Belastungsstörung
- Gefühl der Überforderung, Hoffnungslosigkeit, Ausweglosigkeit, Einsamkeit und/oder Wertlosigkeit
- Verfügbarkeit von Medikamenten oder Schusswaffen
- belastende Lebensereignisse wie der Verlust nahestehender Bezugspersonen, Arbeitslosigkeit, Trennung vom Partner/von der Partnerin, Diagnose einer Erkrankung ohne Aussicht auf Heilung, schlechte sozioökonomische Verhältnisse, Rechtstreitigkeiten
- Mehrere psychiatrische Hospitalisationen in den letzten Jahren, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung
- Kürzliche Umstellung der Psychopharmaka

Suizid-Frühwarnzeichen (Eink, 2017)

- Verminderung/Steigerung des Antriebs
- Unruhezustände
- Äusserung von Angst/Ohnmachtsgefühlen
- gesteigerte Impulsivität
- gravierende Schlafstörungen
- unerträgliche Schmerzen (psychisch und physisch)
- Halluzinationen/Wahnideen
- Perspektiv- und Sinnlosigkeit
- Schuld- und Insuffizienzgefühle
- Indirekte Ankündigung: «Ich falle jedem zur Last.» «Mein ganzes Leben ist sinnlos geworden.»

Assessment von suizidalen Personen

Besteht der Verdacht, dass jemand suizidal ist, sollte die oder der Betroffene direkt auf das Thema Suizid angesprochen werden. Ein Ansprechen des Leidensdrucks wird oftmals als Entlastung wahrgenommen. Pflegefachpersonen müssen nicht fürchten, dass jemand Suizid begeht, nur weil sie/er darauf angesprochen wird. Unter keinen Umständen sollten sich Pflegefachpersonen/Hebammen zu Geheimnisträgerinnen machen lassen.

Wichtige Fragen für das Assessment von der Suizidalität (Pöldinger 1982):

- Erfragen und Dokumentieren von Risikofaktoren (z. B. Trennung vom Partner, Verlust der Arbeitsstelle, schwere Krankheit etc.)
- Sind Sie hoffnungslos und/oder einsam?
- Haben sich Ihre Interessen/Kontakte im Vergleich zu früher verändert?
- Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch unternommen?
- Hat jemand in Ihrer Familie Suizid begangen?
- Direkte, offene Fragen nach Suizidgedanken und -plänen:

Haben Sie schon daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?

Haben Sie konkrete Suizidpläne?

Drängen sich Ihnen diese Gedanken auf? (passive aufdrängende Gedanken sind gefährlich!)

Das im Folgenden vorgestellte Assessment-Instrument unterstützt eine strukturierte Erfassung bei Hinweisen auf ein Suizidrisiko.

5.4.1 Nurses` Global Assessment of Suicide Risk-Skala

Die Nurses` Global Assessment of Suicide Risk-Skala (NGASR-Skala) ist ein Instrument zur Risikoeinschätzung der Suizidalität (Cutcliffe & Barker, 2004).

Durchführung:

Die Pflegefachperson, die eine/n Patientin/Patienten befragt hat, geht die NGASR kurz nach der Anamnese allein durch. Dabei stützt sie sich auf die Informationen der ersten Anamnese. Voraussetzung für das korrekte Anwenden der NGASR ist, dass alle Risikofaktoren im Gespräch mit der Patientin/dem Pateinten angesprochen wurde, insbesondere die Punkte 6 bis 16.

Auswertung:

Die Items werden mit 0, 1 oder 3 Punkten bewertet. Die Gesamtpunktzahl gibt Auskunft über das Risiko für suizidales Verhalten, abgestuft in vier Risikokategorien.

Tabelle 8

NGASR-Skala (Cutcliffe & Barker, 2004)

Risikofaktoren	Punkte
1. Hoffnungslosigkeit	3
2. Kürzliche, mit Stress verbundene Lebensereignisse, z. B. Verlust der Arbeit, finanzielle Sorgen, Trennung/Scheidung, 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. Schwere psychiatrische Erkrankungen oder Suizid in der Familienanamnese	1
9. Kürzlicher Verlust einer nahestehenden Person oder Bruch einer Beziehung	3
10. Psychotische Störung	1
11. Witwe/Witwer	1
12. Frühere Suizidversuche	3
13. Schlechte sozioökonomische Verhältnisse, z. B. schwierige Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Armut	1
14. Alkohol- oder anderer Substanzmissbrauch	1
15. Terminale Krankheit	1
16. Mehrere psychiatrische Hospitalisationen in den letzten Jahren, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung	1

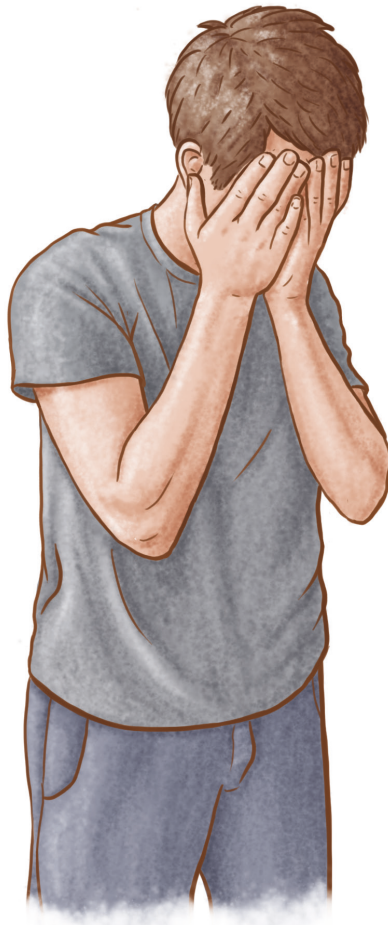
Tabelle 9

Ableitung des Suizidrisikos

Punkte	Stufe	
0 – 5	1	geringes Risiko
6 – 8	2	mässiges Risiko
9 – 11	3	hohes Risiko
12 +	4	sehr hohes Risiko

Wichtige Aspekte im Umgang mit suizidalen Personen

- Regelmässiger Kontakt mit der Patientin/dem Patienten
- Regelmässig nachfragen, ob sich betroffene Person bei Pflegefachperson/Hebamme melden kann, wenn die Suizidgedanken zunehmen
- Bei fehlender Absprachefähigkeit Sicherheitsmassnahmen einleiten, z. B. 1:1 Betreuung durch Sitzwache
- Reservemedikation und Ablenkung anbieten
- Regelmässige Besprechung im interprofessionellen Kernteam



5.5 Fremdgefährdung

Fremdgefährdung durch Patientinnen/Patienten in Form eines verbalen oder nonverbalen Aggressionsereignisses kann Angehörige, aussenstehende Personen oder auch Gesundheitsfachpersonen betreffen.

Definition von Aggression und Gewalt

Aggression wird definiert als «jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten, das für den Patienten selbst, für andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen ist/sind» (Morrison, 1990).

Unter Gewalt wird sowohl die sozial und rechtlich legitimierte als auch die missbräuchliche Anwendung von psychischen, physischen und strukturellen Machtmitteln verstanden.

Gewalt beinhaltet immer Aggression, Aggression aber nicht zwingend Gewalt (Nau et al., 2019).

Das im Folgenden dargestellten Assessment-Instrumente unterstützen eine strukturierte Erfassung des Fremdgefährdungsrisikos.

5.5.1 Perception of Prevalence of Aggression Scale

Zur Erfassung der unterschiedlichen Formen von Aggression dient die «Perception of Prevalence of Aggression Scale» (POPAS). Diese Skala gibt einen Überblick über die verschiedenen Aggressionstypen und kann so das Assessment von Patientinnen und Patienten unterstützen (Oud, 2000).

Tabelle 10

Aggressionsarten nach POPAS (modifiziert nach Oud, 2000)

Aggressionsart	Beschreibung (Beispiel)
Verbale Übergriffe ohne klare Drohung	Patient/innen, die lärmern, herumbrüllen, fluchen, persönliche Beleidigungen aussprechen, schreien. Diese Äusserungen werden von anderen Personen jedoch nicht als bedrohlich empfunden.
Verbale Übergriffe mit klaren Drohungen	Patient/innen, die boshaft fluchen, aus Wut unflätige Ausdrücke anwenden, verbal eindeutig mit Gewalt drohen, Wutanfälle haben, damit drohen, Gesundheitsfachpersonen ausserhalb des Arbeitsplatzes Gewalt anzutun. Diese Verhaltensweisen werden von anderen Personen als beängstigend und bedrohlich empfunden, was zu seelischer Belastung führen kann.
Demütigendes, aggressives Verhalten	Patient/innen stossen eindeutige persönliche Beleidigungen aus (exklusiv sexuelle Einschüchterungen oder Belästigungen), fluchen ausfällig, bringen wüste Beschimpfungen vor, spucken, machen abwertende Bemerkungen und Gesten. Diese Verhaltensweisen werden von anderen Personen als demütigend empfunden und können deren Berufsstolz und/oder Selbstwertgefühl verletzen.
Herausfordernde, aggressive Verhaltensweisen	Herausfordernde Verhaltensweisen werden von anderen Personen als Provokation empfunden. Die aggressive Person versucht, einen Streit anzufangen mit dem Ziel, eine negative Reaktion zu bewirken. Die angegriffene Person fühlt sich durch das Verhalten des Patienten/der Patientin dazu herausgefordert, mit Handlungen oder Bemerkungen zu reagieren, die sie eigentlich als nicht akzeptabel empfindet.

Aggressionsart	Beschreibung (Beispiel)
Passiv-aggressive Verhaltensweisen	Verhaltensweisen, die als irritierend, störend, blockierend und/oder kontraproduktiv empfunden werden, ohne dass sie offen aggressiv wirken. Der Patient / die Patientin scheint oberflächlich kooperativ zu sein, die unterschwellige Verhaltensweise wird jedoch als das genaue Gegenteil empfunden als das vordergründig kooperative Verhalten.
Aggressiv-spaltende Verhaltensweisen	Personen mit aggressiv-spaltenden Verhaltensweisen versuchen, andere Menschen manipulativ gegeneinander ausspielen und/oder neigen dazu, instabile Persönlichkeiten für sich einzunehmen mit dem Ziel diese gegen andere Personen aufzuwiegeln resp. aufzubringen. Solches Verhalten bei Patient /innen kann zu Streit oder Disharmonie beim Gesundheitspersonal führen.
Bedrohliche physische Verhaltensweisen	Die Personen werfen mit Gegenständen um sich, ohne ein direktes Ziel und/oder ohne Verletzungen zu verursachen, schlagen Türen zu, treten gegen Gegenstände, ohne sie zu zerbrechen, verstreuen Textilien, hinterlassen Schmutz, verunstalten Gegenstände, urinieren auf den Boden, machen Drohgebärden, drohen mit Waffen. Diese Verhaltensweisen werden von anderen Menschen als bedrohlich empfunden.
Zerstörerische aggressive Verhaltensweisen	Die Personen zerstören oder zerschlagen Gegenstände, legen Feuer, werfen Gegenstände herum, schlagen oder treten, so dass Schäden verursacht werden.
Mässige physische Gewalt	Die Personen treten, schlagen, stossen, teilen Fausthiebe aus, kratzen, ziehen an den Haaren, reissen Haaren aus, beiessen etc. Diese Verhaltensweisen führen bei der angegriffenen Person entweder zu keinen Verletzungen oder höchstens zu kleineren Verletzungen wie blauen Flecken, Zerrungen/Verstauchungen, Striemen.
Schwere physische Gewalt	Die Personen greifen jemanden so an, dass schwere Verletzungen die Folge sind, beispielsweise Knochenbrüche, tiefe Wunden, ausgeschlagene Zähne, innere Verletzungen, Bewusstlosigkeit. Die Verletzungen müssen ärztlich behandelt werden und/oder machen die Einweisung in ein Spital notwendig.
Sexuelle Einschüchterung oder Belästigung	Die Person macht obszöne Gesten oder zeigt Verhaltensweisen, die andere Menschen als exhibitionistisch empfinden. Die Person verlangt private Treffen oder Geschlechtsverkehr, macht sexuelle/zweideutige Bemerkungen, verfolgt jemanden, droht mit Tötlichkeiten oder Vergewaltigung, konfrontiert andere mit pornografischem Material oder Zeichnungen sexueller Natur etc. Dazu gehört auch, wenn Patient /innen gegenüber von Beschäftigten im Gesundheitswesen aufdringlich werden, jemanden privat und unaufgefordert anrufen oder privat und unaufgefordert Briefe schreiben.
Sexuelle Übergriffe/ Vergewaltigung	Die Person greift jemanden so an, dass dies als Versuch empfunden wird, Geschlechtsverkehr, oralen oder gewalttätigen Sex zu haben oder zu Penetrationsverkehr zu führen.

5.5.2 Brøset-Gewalt-Checkliste

Um das Gewaltrisiko von Patientinnen und Patienten zu beurteilen, wird die erweiterte Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC-CH) angewendet. Diese besteht aus definierten, objektiv beurteilbaren Items, einer subjektiven Risikoeinschätzung und einer Liste mit möglichen präventiven Interventionen (Abderhalden, 2008).

Durchführung:

Die Erfassung der BVC-CH erfolgt durch die betreuende Pflegefachperson aufgrund von Beobachtungen. Die Erfassung findet zum Eintrittszeitpunkt statt und anschliessend für die nächsten drei Tage immer zu fixen Zeiten, beispielsweise zwischen 10 und 11 Uhr sowie zwischen 17 und 18 Uhr. Bei Anzeichen für ein Gewaltrisiko kann die BVC-CH nach Ablauf der ersten drei Tage weitergeführt oder zu einem späteren Zeitpunkt wieder eingesetzt werden.

Die BVC-CH ist in zwei Teile aufgeteilt. Der erste Teil ist die Beobachtung von objektiven Merkmalen (Tabelle 10). Der zweite Teil ist eine subjektive Risikoeinschätzung mittels Schieber (Illustration 2).

Auswertung:

Gemäss der Summe aus Items und subjektiver Risikoeinschätzung wird das Risiko für Gewalt in vier Stufen unterteilt:

- 0 – 3 Punkte: Sehr geringes Risiko
- 4 – 6 Punkte: Geringes Risiko
- 7 – 9 Punkte: Erhebliches Risiko, gezielte präventive Massnahmen sollen geplant und schnellstmöglich durchgeführt werden
- 10 – 12 Punkte: Hohes Risiko, es müssen unverzüglich präventive Massnahmen eingeleitet werden

Tabelle 11

Definitionen der Brøset-Gewalt-Checkliste

Item	Definition
Verwirrt	Offensichtliche Verwirrung oder Desorientiertheit; betroffene Person ist sich möglicherweise der Zeit, des Orts und/oder der Person nicht bewusst, verkennt Personen oder Situationen. Zu diesem Item zählt auch psychotische Verwirrtheit, nicht nur Verwirrtheit bei einer Demenz.
Reizbar	Schnell verärgert oder wütend; betroffene Person kann zum Beispiel die Anwesenheit anderer nicht tolerieren, kann nicht warten etc.
Lärmig	Das Verhalten ist übermässig laut: Türen schlagen, schreien beim Sprechen etc.
Körperliches Drohen	Es besteht eine deutliche Absicht, eine andere Person zu bedrohen; zum Beispiel aggressive Körperhaltung, an der Kleidung anderer Personen reisen, Faust ballen, Arm oder Fuss heben etc.
Verbales Drohen	Ein verbaler Ausbruch, der aus mehr besteht als einer erhobenen Stimme und mit der klaren Absicht, eine andere Person zu verängstigen resp. einzuschüchtern; zum Beispiel verbale Angriffe, Beschimpfungen etc.
Angriff auf Gegenstände	Die aggressive Handlung richtet sich gegen Gegenstände und nicht gegen Personen; zum Beispiel Zuschlagen von Fenstern; Treten, Schlagen oder Kopframmen gegen einen Gegenstand; Zerschlagen von Mobiliar etc.

Illustration 1

Schieber zur subjektiven Risikoeinschätzung

Wie Gross ist das Risiko, dass der Patient / Patientin bis zur nächsten Einschätzung gegen Personen gewalttätig werden könnte?

Kein Risiko Sehr hohes Risiko

Tabelle 12

Brüset-Gewalt-Checkliste

		Datum									
		Eintritt Zeit	10-11 h	17-18 h	10-11 h	17-18 h	10-11 h	17-18 h	10-11 h	17-18 h	
Schieber	→	Verwirrt									
		Reizbar									
		Lärmig									
		Körperliches Drohen									
		Verbales Drohen*									
		Angriff auf Gegenstände*									
		Subjektive Risikoeinschätzung									
		Summe									
		Wenn ≥ 7:	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
		Besprochen im Pflorgeteam (Zeit / Vis)									
		Besprochen im interdisziplinären Team (Zeit / Vis)									
		Präventive Massnahmen: x = geplant / BP = Bezugsperson zuständig / ✓ = durchgeführt	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
		Keine spezifische gewaltpräventive Massnahme (wenn zutreffend ankreuzen)									
		Gezielte Beobachtung									
	Gezielte erhöhte Zuwendung (im Sinn von Ablenkung: allgemeines Gespräch, Spiele etc.)										
	Begleiteter Spaziergang einzeln										
	Begleiteter Spaziergang in der Gruppe										
	Reduktion der Anforderungen an Patient / in										
	Körperliche Entspannung (Übung, Massage, Sport, Entspannungsbad, ...)										
	Gezielte Konfrontation mit Stationsregeln										
	Gezieltes Gespräch über das Gewaltrisiko										
	Gezieltes längeres Gespräch zur Deeskalation und Beruhigung (Talk-down; mind. ½ Std.)										
	Verlegung in Intensivbereich										
	1:1-Betreuung + Überwachung										
	Erhöhung der Medikation										
	Präv. Abgabe von Reservemedikamenten per os										
	Offene Isolation oder Aufenthalt im eigenen Zimmer (Timeout)										
	Vorsorgliche Isolation* (geschlossenes Isolierzimmer)										
	Injektion von Psychopharmaka (z = Zwang*, f = freiwillig)										
	Fixation* (x-Punkt angeben)										

Ggf. Aggressionsergebnisbogen oder Erfassung Zwangsmassnahme ausfüllen!



6

Analyse

A nach SOAP-Schema

Der dritte Schritt des SOAP-Schemas, die Analyse, besteht aus folgenden Schwerpunkten:

- Zusammenfassung und Beurteilung der subjektiven und objektiven Daten
- Priorisierung der Probleme
- Formulierung einer Arbeitshypothese für Erkrankung

Anhand der Analyse kann eine Dringlichkeitseinschätzung erfolgen:

Dringlichkeitseinschätzung Pflege:

Priorität 1: sofort handeln – es ist ein Notfall

Priorität 2: innerhalb der nächsten zwei Stunden handeln

Priorität 3: Patientin/Patient kann länger als zwei Stunden warten bzw. gelegentlich zum Hausarzt gehen

Dringlichkeitseinschätzung Hebammen:

Priorität 1: sofort weitere Massnahmen ergreifen, inklusive Management von Notfallsituation

Priorität 2 zeitnah weitere Abklärungen einleiten, an weitere Dienste überweisen
(z. B. hausärztliche Praxis, gynäkologische Praxis, Labor)

Priorität 3: keine weiteren Massnahmen/Demission

7

Plan

P nach SOAP-Schema

Der vierte Schritt des SOAP-Schemas, der Plan, besteht aus den folgenden Schwerpunkten:

- Sicherstellung der Patientinnen- und Patientensicherheit
- Rapport nach ISBAR-Schema an den ärztlichen Dienst und/oder weitere Personen des interprofessionellen Teams
- Planung der pflegerischen und/oder geburtshilflichen Interventionen
- Ggf. Durchführung eines Fokus-Assessments

Tabelle 13

ISBAR-Rapportschema (modifiziert nach Marshall et al., 2008)

<p>I Identifikation</p>	<p><u>Folgende Personen identifizieren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ich (Name, Funktion, Abteilung) • Ggf. Empfängerin/Empfänger (Mit wem spricht man?) • Patientin/Patient (Name, Geburtsdatum [Alter], ggf. Zimmernummer)
<p>S Situation</p>	<p><u>Aktuelle Situation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grund der Kontaktaufnahme: Hauptbeschwerde/aktuelles Problem • Ggf. hohe Dringlichkeit erwähnen • Therapievorgaben (z. B. Therapieziel: kurativ oder palliativ, REA-Status)
<p>B Background</p>	<p><u>Hintergrund</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eintrittsgrund und Hauptdiagnosen • Kurzer Überblick des aktuellen Behandlungsplans • Aktuelle/relevante diagnostische Resultate (z. B. Labor, Röntgen) • Relevantes aus der Anamnese (z. B. Allergien, Medikamente, Noxen)
<p>A Assessment</p>	<p><u>Resultate der subjektiven und objektiven Datensammlung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse aus der symptomfokussierten Anamnese und der körperlichen Untersuchung (z. B. nach dem ABCDE-Schema: A = Airway, B = Breathing, C = Circulation, D = Disability, E = Exposure) • Ggf. bereits vorgenommene Massnahmen und deren Effekt • Aktuellen klinischen Zustand einschätzen: Was ist aus Ihrer Sicht das Problem?
<p>R Recommendations</p>	<p><u>Erfordernisse Dringlichkeitseinschätzung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eigenes Anliegen an Empfängerin/Empfänger formulieren • Mit Empfängerin/Empfänger weiteres Vorgehen abklären

7.1 Pflege: ISBAR-Beispiel Psychiatrie

ISBAR-Beispiel aus dem Bereich Psychiatrie: Eine Pflegefachperson ruft die Tagesärztin an, da sich ein Patient zunehmend aggressiv zeigt.

Tabelle 14

Pflege: ISBAR-Beispiel Aggression

I Identifikation	«Grüezi, hier spricht Ivan Rodriguez, ich bin Pflegefachmann auf der Station B1. Ich melde mich wegen dem Patient Herrn Huber, geboren am 08.05.1995 [Alter]. Er ist letzte Nacht per fürsorglicher Unterbringung aufgrund Fremdgefährdung bei psychotischem Erleben eingewiesen worden.»
S Situation	«Seit zwei Stunden ist Herr Huber zunehmend aggressiv, da er die Station aufgrund der aktuellen Ausgangsverordnung nicht verlassen kann. Er hat begonnen, uns zu bedrohen und schreit auf der Station herum.»
B Background	«Herr Huber ist uns auf der Station gut bekannt, weil er schon wiederholt hier war. Weil er seine Medikamente selbständig abgesetzt hat, ist es schwierig, mit ihm ein zusammenhängendes Gespräch zu führen. Jegliche Medikamente lehnt er aktuell ab.»
A Assessment	«Herr Huber hat aktuell einen Brøset-Wert von 8 Punkten.»
R Recommendations	«Bitte kommen Sie innerhalb der nächsten zehn Minuten vorbei, damit wir weitere präventive Massnahmen besprechen können, um ein Aggressionseignis zu verhindern.»

7.2 Hebammen: ISBAR-Beispiel Psychiatrie

ISBAR-Beispiel aus dem Schwangerschaftsambulatorium: Eine Hebammenstudentin/Hebamme rapportiert nach einer symptomfokussierten Anamnese und Untersuchung an den Dienstarzt.

Tabelle 15

Hebammen: ISBAR-Beispiel Psychiatrie

I Identifikation	«Ich bin Claudia Malosti, Hebamme/Hebammenstudentin und rufe aus dem Ambulatorium an. Ich möchte Ihnen gerne Frau Carola Meier, geboren am 27.02.2001 [Alter], vorstellen.»
S Situation	«Frau Meier ist zur regulären Schwangerschaftskontrolle im Ambulatorium. Frau Meier ist sehr besorgt und ängstlich, da sie sich nicht vorstellen kann, wie sie die Verantwortung als Mutter tragen soll.»
B Background	«Frau Meier ist eine I Gravida/I Para in der 19+3 SSW. Der bisherige Schwangerschaftsverlauf war unauffällig, abgesehen von starker Übelkeit und Erbrechen bis zur 12. SSW. Sie hat keine bekannten Vorerkrankungen oder Allergien. Sie raucht nicht und trinkt keinen Alkohol. Aktuell nimmt sie 1 x täglich eine Tablette Gynotardiferon® ein. Frau Meier arbeitet 80 % als Pflegefachfrau im Spital. Ihr Freund ist Asylbewerber und arbeitslos. Frau Meier fürchtet, dass er die Schweiz bald verlassen muss. Aus der Familienanamnese ist bekannt, dass Frau Meiers Mutter an starken Depressionen leidet.»
A Assessment	«Frau Meier fühlt sich oft schlecht gelaunt, müde, kraftlos und traurig. Sie macht sich Selbstvorwürfe, weil sie denkt, dass sie sich auf das Kind mehr freuen sollte. Das Gefühl besteht, seitdem sie weiss, dass sie schwanger ist, und wird mit zunehmender Schwangerschaftsdauer stärker. Die Arbeit lenkt sie davon ab. Am schlimmsten ist es, wenn sie abends allein ist. Es gibt keine Hinweise auf körperliche Beschwerden, ausser Rückenschmerzen jeweils nach einem anstrengenden Arbeitstag. Als Begründung für ihre Gefühle nennt Frau Meier die Sorge um ihre zukünftige Situation. Der «Zwei-Fragen Test» ist positiv. Beim EPDS-Fragebogen erreicht Frau Meier 21 Punkte. Sie verneint suizidale Gedanken.»
R Recommendations	«Ich schätze die Situation als dringlich ein. Ist es möglich, dass sich Frau Meier direkt bei Ihnen vorstellen kann?»

Literaturverzeichnis

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H.-J., & Fischer, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193(1), 44–50.
- Abderhalden, C., Wolff, S., & Kozel, B. (2011). Suizidalität. In D. Sauter (Ed.), *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Huber.
- Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2004). The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 393–400.
- Cwik, J. C., & Teismann, T. (2017). Misclassification of Self-Directed Violence. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(3), 677–686.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, P. und N., Schneider, F., Härter, M., & Schorr, S. (2017). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression* (2.). Springer Berlin Heidelberg.
- Eink, M. (2017). *Umgang mit suizidgefährdeten Menschen* (5. Auflage). Psychiatrie Verlag.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.
- Frisch, U., & Richer-Rössler, A. (2011). Depressionen in der Schwangerschaft. In A. Riecher-Rössler (Ed.), *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit* (pp. 3–10). Karger.
- Füeßli, H., & Middeke, M. (2010). *Anamnese und klinische Untersuchung*. Georg Thieme Verlag.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2012). Mutterglück. *Leitfaden zum Depressionsscreening in der Schwangerschaft und im Postpartum*. <https://www.gesundheit.bs.ch/gesundheitsfoerderung/psychische-gesundheit/krankheitsbilder/affektive-stoerungen/postpartale-depression.html>
- Hohm, E., Zohsel, K., Schmidt, M. H., Esser, G., Brandeis, D., Banaschewski, T., & Laucht, M. (2017). Beeinträchtigter Start ins Leben. *Kindheit Und Entwicklung*, 26(4), 210–220.
- Morgan Jr, W. L., Engel, G. L., & Luria, M. N. (1972). The general clerkship: A course designed to teach the clinical approach to the patient. *Academic Medicine*, 47(7), 556–563.
- Morrison, E. F. (1990). The tradition of toughness: A study of nonprofessional nursing care in psychiatric settings. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22(1), 32–38.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699.
- Nau, J., Walter, G., Oud, N., & Auer, A. (2019). *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement: Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.
- Neurath, M. (2015). *Checkliste Anamnese und klinische Untersuchung* (4. Aufl.). Thieme.

- Oud, N. (2000). *Aggressions-Wahrnehmungs-Skala: POPAS Fragebogen (Preception of Aggression Scale)*. Connecting.
- Pöldinger, W. (1982). Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In C. Reimer (Ed.), *Suizid: Ergebnisse und Therapie* (pp. 13–23). Springer.
- Tammentie, T., Tarkka, M.-T., Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., & Laippala, P. (2004). Family dynamics and postnatal depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(2), 141–149.
- Tuch, A. (2018). Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern. Prävalenz und Inanspruchnahme. *Obsan Bulletin* 1/2018.
- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-Finding Instruments for Depression. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439–445.

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: SOAP-Elemente
- Tabelle 2: Symptomfokussierte Anamnese des jetzigen Leidens am Beispiel Suizidalität
- Tabelle 3: Allgemeiner Eindruck
- Tabelle 4: Körpermasse und Vitalzeichen
- Tabelle 5: Montreal Cognitive Assessment
- Tabelle 6: Mini Mental State Test
- Tabelle 7: Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala
- Tabelle 8: NGASR-Skala
- Tabelle 9: Ableitung des Suizidrisikos
- Tabelle 10: Aggressionsarten nach POPAS
- Tabelle 11: Definitionen der Brøset-Gewalt-Checkliste
- Tabelle 12: Bøset-Gewalt-Checkliste
- Tabelle 13: ISBAR-Rapportschema
- Tabelle 14: Pflege: ISBAR-Beispiel Psychiatrie
- Tabelle 15: Hebammen: ISBAR-Beispiel Psychiatrie
- Tabelle 16: Leit- und Begleitsymptome Psychiatrie

Illustrationsverzeichnis

- Illustration 1: Schieber zur subjektiven Risikoeinschätzung

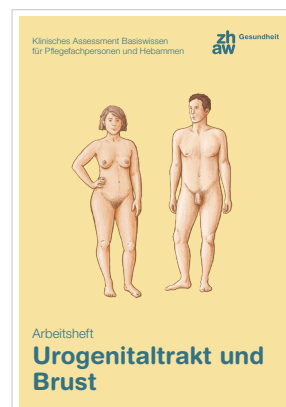
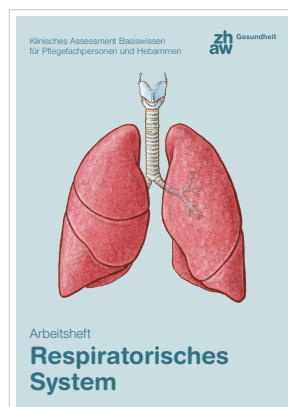
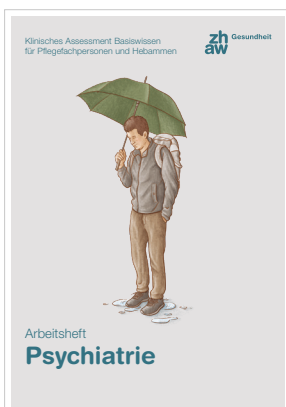
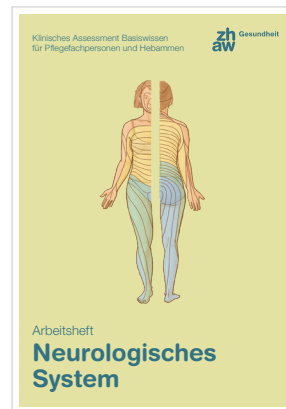
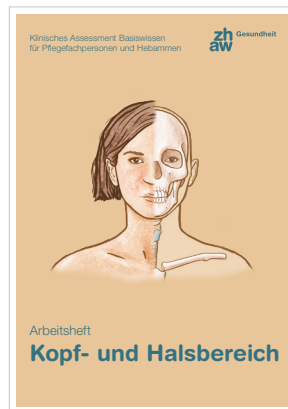
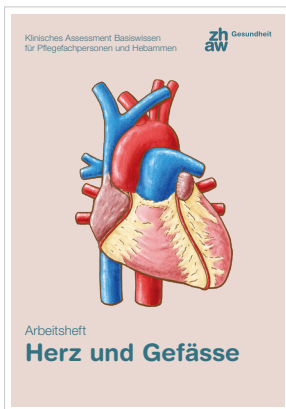
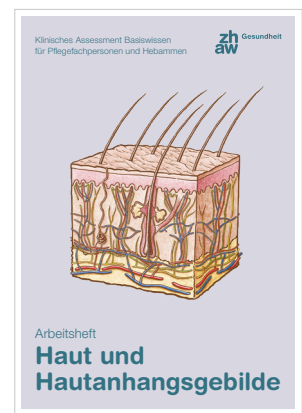
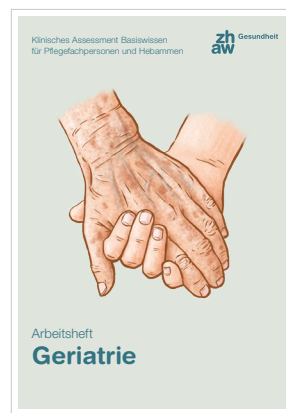
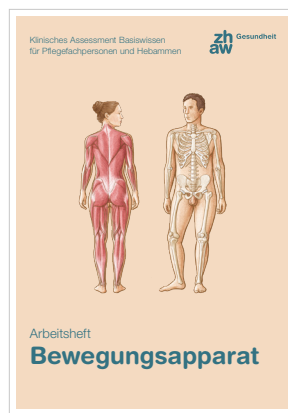
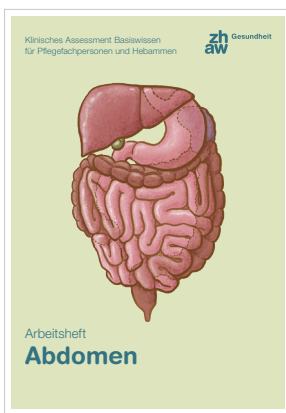
Anhang

Tabelle 16

Leit- und Begleitsymptome Psychiatrie

Leit- und / oder Begleitsymptome	Ätiologische Hinweise, zusätzliche Anamnesefragen
Sozialer Rückzug	<p><u>Ätiologische Hinweise</u> Ein häufiges Symptom bei psychischen Erkrankungen ist der soziale Rückzug, zum Beispiel wegen Antriebsmangel bei Depressionen oder zur Reizabschirmung bei psychotischem Erleben.</p> <p><u>Zusätzliche Anamnesefragen</u> «Hatten Sie in den letzten Wochen weniger soziale Kontakte als üblich? Was war der Grund dafür?»</p>
Verminderter Antrieb und Müdigkeit	<p><u>Ätiologische Hinweise</u> Bei vielen psychischen Erkrankungen ist der Antrieb vermindert. Gründe sind zum Beispiel Depressionen, Negativsymptomatik bei einer Schizophrenie oder Hyperarousal bei Posttraumatischen Belastungsstörungen. Sedierende Medikamente (unter anderem Psychopharmaka) können den Antrieb verringern und die Tagesmüdigkeit fördern.</p> <p><u>Zusätzliche Anamnesefragen</u> «Wie ist es bei Ihnen mit der Müdigkeit tagsüber?», «Haben Sie genügend Energie, um Dinge zu erledigen oder zu unternehmen?», «Können Sie Ihre gewohnte Tagesstruktur einhalten?»</p>
Psychotisches Erleben	<p><u>Ätiologische Hinweise</u> Unter psychotischem Erleben wird ein verändertes Erleben der Realität zusammengefasst. Die Betroffenen erleben eigenartige Veränderungen im Denken, Fühlen, Wollen, Wahrnehmen und Handeln. Typische Symptome sind beispielsweise Denkstörungen (Gedanken geraten durcheinander, Konzentrationsstörungen, beschleunigtes oder verlangsamtes Denken) oder Halluzinationen (betroffene Person hört, sieht oder riecht Dinge, die nicht real sind, zum Beispiel Stimmen). Psychotisches Erleben kommt hauptsächlich bei Psychosen vor, seltener auch bei schweren depressiven Episoden.</p> <p><u>Zusätzliche Anamnesefragen</u> «Gibt es Situationen, in denen Sie etwas hören/sehen/riechen/fühlen, was für andere Menschen nicht möglich ist?», «Haben Sie in der letzten Zeit Mühe, sich zu konzentrieren oder zu verstehen, was andere Menschen sagen?»</p>

Als Arbeitshefte Klinisches Assessment Basiswissen sind bisher erschienen:



Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Gesundheit

Haus Adeline Favre
Katharina-Sulzer-Platz 9
8400 Winterthur

E-Mail info.gesundheit@zhaw.ch
Web www.zhaw.ch/gesundheit