

Klinikai útvonal az öngyilkossági kockázat szűrésére a felnőtt alapellátásban: Speciális ajánlások

LYNSAY AYER¹, LISA M. HOROWITZ², LISA COLPE², NATHAN J. LOWRY², PATRICK C. RYAN², EDWIN BOUDREAU³, VIRNA LITTLE⁴, STEPHEN ERBAN³, SOETT RAMIREZ-ESTRADA⁵, MICHAEL SCHOENBAUM²

¹ RAND Corporation, 1200 South Hayes St., Arlington, VA 22202, USA

² National Institute of Mental Health, 6001 Executive Blvd., North Bethesda, MD, 20852, USA

³ University of Massachusetts Medical School, 55 Lake Avenue North, Worcester, MA 01655, USA

⁴ Concert Health, 550 W B St 4th Floor, San Diego, CA 92101, USA

⁵ Conviva Care Center, 7686 Nob Hill Road, Tamarac, FL 33321, USA

Az öngyilkosság komoly közegészségügyi problémát jelent. Az öngyilkosságban meghaltak átlagosan 80%-a a tettét megelőző egy évben kapcsolatba kerül az egészségügyi alapellátással. Ez és más kutatási adatok is alátámasztják az öngyilkossági kockázat szűrésének fontosságát az alapellátásban, és az öngyilkossági kockázat szűrésének bevezetése számos ellátóhelyen már folyamatban is van. Míg az alapellátásban résztvevő praxisok ismerik az egyéb mentális egészségügyi problémák (pl. depresszió) szűrésének módját, sokak számára nehézséget jelent az öngyilkossági kockázat szűrése vagy nincsenek felkészülve rá. Az öngyilkossági kockázat szűrésére vonatkozó, bizonyítékokon alapuló útmutatás iránti növekvő igény kielégítésére klinikai útvonalat kínálunk felnőtt alapellátó praxisok számára (beleértve a háziorvosi, belgyógyászati, nőgyógyászati praxisokat). Az útvonalat olyan szakértők dolgozták ki, akik kutatási, klinikai szakértelemmel és tapasztalattal rendelkeznek az öngyilkossági kockázatszűrés és az alapellátás területén. Részletes útmutatást nyújtunk továbbá, hogy segítsük az alapellátó praxisokat a klinikai útvonal gyakorlati alkalmazásában.

(Neuropsychopharmacol Hung 2024; 26(3): 153–169)

Kulcsszavak: alapellátás, öngyilkosság, szűrés, útvonal, felnőtt, munkafolyamatok

BEVEZETÉS

Egyre több bizonyíték utal arra, hogy az öngyilkossági kockázat szűrése az általános orvosi környezetben, például az alapellátásban, jelentősen javíthatná a kockázat felismerését és az öngyilkosság megelőzését a felnőttek körében. A Nemzeti Egészségstatisztikai Központ (National Center for Health Statistics) becslése szerint 2019-ben az Egyesült Államokban a felnőttek 89,4%-a keresett fel valamilyen egészségügyi szolgáltatót (beleértve, de nem kizárólagosan az alapellátást) (National Center for Health Statistics, 2019). Egy nemrégiben készült szisztematikus áttekintés szerint az öngyilkosságban elhunytak átlagosan 80%-a, illetve 44%-a lépett kapcsolatba az alapellátással az öngyilkosságot követő egy éven, illetve egy hónapon belül (Stene-Larsen & Reneflot, 2019). Ezzel szemben az öngyilkosságban elhunytak 31%-a volt kapcsolatban mentálhigiénés gondozóval a halálát megelőző egy évben. Ezek az adatok kihangsúlyozzák, hogy az alapellátási vizitek kulcsfontosságú lehetőséget jelentenek a kritikus, potenciálisan életmentő öngyilkossági kockázatszűrés végrehajtására (Horowitz, Roaten, és mtsai., 2020). Ezáltal az alapellátás ideális helyszíneként szolgál az öngyilkossági kockázatnak kitett személyek azonosítására és a mentális egészségügyi ellátásba való eljuttatásukra.

Csaknem egy évtizeddel ezelőtt az amerikai Preventative Services Task Force (USPSTF) áttekintette az alapellátásban végzett öngyilkossági kockázatszűréssel kapcsolatos (2002 és 2012 között közzétett) tanulmányokat, és arra a következtetésre jutott, hogy az alapellátáson alapuló öngyilkossági kockázatszűrés közvetlen előnyeinek meghatározására irányuló kutatások nem meggyőzőek (O'Connor és mtsai., 2013). Ez azt tükrözi, hogy az öngyilkossági kockázat azonosításával és kezelésével kapcsolatos kutatások különösen a sürgősségi ellátásban részt vevő betegekre összpontosítottak, mivel a veszélyeztetett személyeket célzottan oda irányítják, és saját maguk is ott jelentkeznek. Az öngyilkossági kockázat előfordulási gyakorisága valóban magasabb a sürgősségi ellátásban, mint az alapellátásban (Horowitz és mtsai., 2022). Ugyanakkor fontos tudni, hogy léteznek fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátásban, valamint pszichiátriai és általános orvosi populációban validált öngyilkossági kockázati szűrőeszközök (Aguinaldo és mtsai., 2021; Horowitz, Snyder, és mtsai., 2020; Horowitz, Wharff, és mtsai., 2020; Simon és mtsai., 2013). Továbbá a kutatások bebizonyították, hogy az öngyilkossági kockázat szűrése az egészségügyi ellátásban megvalósítható beavatkozásokkal párosulva csökkentheti az

öngyilkos magatartást (Miller és mtsai., 2017). Mindezek együttesen azt mutatják, hogy az alapellátásban végzett szisztematikus öngyilkosság-megelőzési erőfeszítések klinikailag előnyösek lehetnek.

A közelmúltban végzett, szélesebb körű mintákat alkalmazó vizsgálatok lehetővé tették a kutatók számára, hogy többet tudjanak meg az öngyilkossági kockázat szűrésének elfogadhatóságáról és gyakoriságáról a különböző ellátási körülmények között (Frick és mtsai., 2021; Horowitz és mtsai., 2018; LeCloux és mtsai., 2020; Roaten és mtsai., 2021). Ezek a tanulmányok egybehangzóan azt találták, hogy az öngyilkossági kockázatszűrés protokollok bevezetése az alapellátásban megvalósítható, és növeli az öngyilkossági kockázatnak kitett betegek felderítését, akiket egyébként nem vettek volna észre. Például egy vidéki alapellátást végző kórházban végzett öngyilkossági kockázatszűrés vizsgálat megállapította, hogy a résztvevők többsége (96%) úgy vélte, hogy az alapellátásban dolgozóknak szűrniük kellene a betegeket öngyilkossági kockázatra, és a betegek 91%-a semlegesnek vagy pozitívnak értékelte a tényleges szűrés folyamatot (Christensen-LeCloux és mtsai., 2021). A fennmaradó 9%, aki negatívan értékelte a tapasztalatot, attól tartott, hogy negatívan ítélik meg őket, vagy hogy a szűrés kellemetlenül érinti őket.

Miközben elismerjük azt, hogy további kutatásokra van szükség a szűrés és más specifikus öngyilkosság-megelőzésre irányuló erőfeszítések lehetőségeiről és költségeiről és a felnőtt alapellátásban, jelenlegi munkánkat az a tény motiválja, hogy a szakemberek már most elkezdtek a szisztematikus szűrést az alapellátásban, de anélkül, hogy megalapozott, tényeken alapuló klinikai útvonalakkal rendelkeznének. Például a Parkland Hospital System (Dallas, TX) minőségfejlesztési programot dolgozott ki a betegek általános szűrésére. Azt találták, hogy a betegek 3,9%-a volt pozitív, az összes ellátási környezetben, beleértve a 6,3%-os pozitív szűrés arányt a sürgősségi betegellátásban és a 2,1%-os arányt a járóbeteg-rendelőben (Roaten és mtsai., 2021). Hasonlóképpen, a Veterans Administration (Veteránügyi Hivatal) nemrégiben általános szűrést vezetett be az öngyilkossági kockázatra vonatkozóan a különböző ellátási helyszíneken (Bahraini és mtsai., 2022).

Az alapellátásban az öngyilkossági kockázat szűrése és felmérése iránti növekvő érdeklődés és kereslet miatt gyakorlati és klinikai szempontból értékesnek látjuk, ha bizonyítékokkal alátámasztott útmutatást kínálunk arra vonatkozóan, hogy hogyan lehet az öngyilkosság megelőzését szisztematikus megvalósítani, különösen azon praxisok számára, amelyek

nem rendelkeznek olyan infrastruktúrával és erőforrásokkal, mint a nagyobb kórházi rendszerek. Például, mi a különbség a „szűrés” és a „vizsgálat” között, és kit és milyen gyakran kell szűrni? Milyen döntési szabályokat kell alkalmazni bizonyos öngyilkossági kockázati szűrési pontszámot elért betegek kezelésére, hogy kielégítsük szükségleteiket és minimalizáljuk az ártalom okozásának esélyét? A közelmúltban ilyen ajánlásokat tettek közzé az öngyilkossági kockázat más specifikus környezetben és populációban történő szűrésére vonatkozóan (Brahmbhatt és mtsai., 2019; Horowitz és mtsai., 2022). Hasonló útvonalak segítik az ellátóhelyeket az olyan állapotok szűrésében és kezelésében, mint a tüdőrák és a kábítószer-használati zavarok (McNeely és mtsai., 2021; US Preventive Services Task Force és mtsai., 2021). A felnőtt alapellátási gyakorlatban végzett öngyilkossági kockázatszűrésre vonatkozó hasonló útmutatás azonban kevésbé kidolgozott, és általában egy adott szűrőeszköze összpontosít.

A klinikai gyakorlatban meglévő hiányosság áthidalására egy kisméretű munkacsoportot hoztunk létre abból a célból, hogy kidolgozzunk egy klinikai útvonal-prototípust az öngyilkossági kockázat azonosítására az alapellátásban megjelenő felnőtt betegknél. A munkacsoport valamennyi tagja – a jelen tanulmány szerzői – az öngyilkosság megelőzésének és/vagy az alapellátásnak szakértője. A legtöbbjük vezetett vagy részt vett az öngyilkossági kockázat azonosításával és kezelésével, valamint az öngyilkosság megelőzésével és más mentális egészségügyi beavatkozásokkal kapcsolatos klinikai vizsgálatokban, illetve ezek végrehajtásában általános orvosi környezetben. A munkacsoport további szakértők hozzájárulását is igénybe vette, amint azt alább (és a köszönetnyilvánításban) részletezzük. A leírt klinikai útvonal különböző elemei kifejezetten rugalmasak, tükrözve azt a szándékunkat, hogy ez referencia és kiindulópont legyen azon alapellátási praxisok számára, amelyek úgy döntenek, hogy az öngyilkossági kockázatnak kitett betegek szűrési és nyomon követési protokolljait kidolgozzák, javítják és végrehajtják.

ANYAG ÉS MÓDSZER

Útvonal-munkacsoport

Bár az öngyilkossági kockázat alapellátásban történő azonosításával és kezelésével kapcsolatos kérdéseket már régóta vizsgálják az egészségügyi ellátásra összpontosító öngyilkosság-megelőzési erőfeszítések keretében, gyakorlati szempontból a jelenlegi projekt-

be torkolló viták a Nemzeti Mentális Egészségügyi Intézet (National Institute of Mental Health, NIMH) által 2017-ben szervezett, több érdekelt fél részvételével zajló nyilvános találkozón kezdődtek (<https://www.nimh.nih.gov/archive/events/2017/state-of-suicide-prevention-in-emergency-care>). A résztvevők hallhattak az öngyilkossági kockázat szisztematikus szűrésének megvalósítására irányuló kutatási és gyakorlati kezdeményezésekről, különösen a sürgősségi –, amely a találkozó közvetlen fókuszában állt –, és további egészségügyi ellátási helyszíneken is. Az előadások és a kapcsolódó vita visszatérő témája volt a szabványosított klinikai folyamatok fontossága az ilyen erőfeszítésekben, és az általános felismerés, hogy eddig kevés ilyen munkafolyamatot fogalmaztak meg.

Ezzel a lendülettel a NIMH-találkozó néhány résztvevője összefogott, hogy létrehozzon egy csoportot abból a célból, hogy a lehetséges következő lépéseket mérlegeljék. A tagok szakmai hálózataikon keresztül további, az öngyilkosság megelőzése iránt érdeklődő kollégákat kerestek meg. Végül több tucat ember vett részt valamilyen formában, több tudományágból és szervezeti típusból (lásd a köszönetnyilvánításokat). A tagok a köszönetnyilvánításban említettek kivételével természetben vettek részt; a csoport önállóan alakult, azaz nem egy létező szervezet égisze alatt. A csoport több éven keresztül rendszeresen ülésezett, és a megbeszélések főként két lehetséges munkafolyamatra összpontosítottak: az általános kórházi sürgősségi osztályokon a felnőttek öngyilkossági kockázatának általános (azaz minden beteg minden találkozáskor történő) szűrésére, valamint az alapellátásban a felnőttek „indikált” öngyilkossági kockázatának szűrésére. A tagok arra számítottak, hogy a felnőttek munkafolyamatai adaptálhatók a gyermekek számára, például olyan lépések hozzáadásával, amelyek megfelelnek az orvosi beleegyezési korhatárának.

Ezek a kezdeti erőfeszítések nem voltak eredményesek. E csoport néhány tagja más szakemberekkel összefogott, hogy kidolgozza és közzé tegye az öngyilkossági kockázat szűrésére vonatkozó útvonalakat bizonyos gyermekgyógyászati szettingekben (Brahmbhatt és mtsai., 2019); egy másik alcsoport pedig 2020-ban újra összeállt azzal a céllal, hogy véglegesítse a felnőttek szűrési útvonalát az alapellátásban, amellyről itt számolunk be.

Az útvonal kidolgozása

A kézirat társszerzői áttekintették az alapellátási és pszichiátriai szakirodalmat, beleértve a szürke szakirodalmat is, hogy azonosítsák a tanulmányokat és

más, kapcsolódó klinikai anyagokat, amelyek hasznosak lehetnek felnőtt populáció öngyilkossági kockázatszűrési klinikai útvonalának kidolgozásához. A munkacsoport tagjainak szakértői véleményére támaszkodtunk, amikor az empirikus bizonyítékok nem voltak elegendőek a klinikai útvonal bizonyos szempontjainak megismeréséhez.

A szerzők rendszeresen tartották a kapcsolatot telefonon vagy videokonferencián keresztül, hogy kidolgozzák és finomítsák az útvonalat. A véleménykülönbségeket e-mailben és telefonon folytatott további megbeszélésekkel oldottuk fel. Nem követtünk formális döntéshozatali eljárást; inkább konszenzusra törekedtünk, és mindvégig sikerült is konszenzusra jutnunk (kivéve az alább említetteket). Az az általános cél, hogy az útvonal generalizálható legyen, segített enyhíteni a konkrét részletekkel kapcsolatos nézeteltéréseket, amelyek csak bizonyos helyzetekre, szűrőeszközökre vagy szettingekre vonatkoztak. A klinikai útvonal kezdeti tervezetét megosztottuk az alapellátásban dolgozó klinikusok egy szakértői csoportjával. Visszajelzéseiket beépítettük az itt közölt végleges változatba, és ők is a szerzők között vannak.

Amint fentebb említettük, a csoport célja az volt, hogy az alapellátásban részesülő felnőtt betegek öngyilkossági kockázatának szűrésére egy olyan klinikai eljárást kínáljon, amely forrásként szolgálhat azon alapellátásban dolgozó klinikusok vagy praxisok számára, akik fontolgatják egy ilyen szűrés bevezetését. Elképzelésünk szerint egy ilyen referenciaútvonal egyfajta méretgazdaságosságot jelenthet az alapellátásban érdekeltek számára, ahogyan azt a NIMH 2017-es találkozójának számos résztvevője megfogalmazta. Hangsúlyozzuk, hogy néhány részletről helyben kell dönteni, például arról, hogy konkrétan milyen öngyilkossági kockázatszűrő eszközt alkalmazzanak.

EREDMÉNYEK

A munkacsoport végül három dokumentumot készített, amelyek útmutatást nyújtanak az öngyilkossági kockázatszűrés végrehajtásában érdekelt alapellátási ellátóhelyek számára: Bevezető dokumentum (A. függelék), Útvonal-diagram (B. függelék) és Alkalmazási útmutató (C. függelék).

Bevezető dokumentum

A bevezető dokumentum (A. függelék) célja, hogy epidemiológiai indoklást nyújtson egy háromszintű öngyilkosság-megelőzési platform bevezetéséhez az alapellátásban. E rész célja továbbá, hogy orientálja

az ellátást nyújtókat, menedzsereket és vezetőket az útvonal által alkalmazott megközelítésben. Ez a dokumentum egyfajta „lelkésítő” összefoglalóként is szolgálhat, amelyet az útvonal bevezetését fontolgatók a szervezetükben érdekelt feleknek nyújthatnak be a folyamat megkezdéséhez.

Útvonal diagram

Az útvonal-diagram (B. függelék) vizuálisan ábrázolja az ajánlott szűrési folyamatot, és bemutatja az eltérő és közös útvonalakat, amelyek alacsony, közepes és magas/jelentős kockázathoz vezethetnek. A B. függelékben található általános útvonal-diagram az alapellátási praxisok számára a szűrési protokoll kialakításában alapként szolgálhat.

Alkalmazási útmutató

A C. függelék az útvonal-diagram kiegészítője, amely információkat és útmutatást tartalmaz az öngyilkossági kockázat szűrésének gyakorlati lebonyolításának mikéntjére vonatkozóan. A dokumentum felvázolja a felnőttek öngyilkossági kockázatának szűrésének általános elveit, a legfontosabb döntéseket és kompromisszumokat, valamint a gyakorlatban az út során előforduló szokatlan körülményekre vonatkozó különleges megfontolásokat.

DISZKUSSZIÓ

A korábbi kutatásokból és egy szakértői munkacsoport munkájából származó ismeretekre támaszkodva kidolgoztuk az alapellátásban jelentkező felnőtt páciensek öngyilkossági kockázat szűrési útvonalát (B. függelék). Tekintettel az öngyilkosságok számának elmúlt évtizedekben bekövetkezett drámai növekedésére és az öngyilkos viselkedés jelenlegi elterjedtségére a felnőtt lakosság körében, az útvonalak alapvető fontosságúak az öngyilkosságra hajlamos betegek azonosításának érdekében, valamint, hogy ezen páciensek megkapják a szükséges segítséget anélkül, hogy túlterhelnék a zsúfolt alapellátást.

Eddig az egyetemes szűrési gyakorlatok beépítésére irányuló legtöbb erőfeszítés olyan egészségügyi rendszerekben történt, amelyek olyan betegeket szolgálnak ki, akikről ismert, hogy magasabb kockázatúak (mint például a veteránokat ellátó egészségügyi rendszer és a sürgősségi osztályok), vagy olyan kórházi rendszerekben, amelyek a járóbeteg-ellátás mellett a magasabb kockázatú fekvőbeteg-pszichiátriai és/vagy sürgősségi osztályos szolgáltatásokat is bevonják az öngyilkossá-

gi kockázat szűrési protokolljaikba. Az öngyilkossági kockázat szisztematikus, bizonyítékokon alapuló szűrése a felnőtt alapellátásban azonban a közelmúltban az öngyilkosság megelőzésének ígéretes területévé vált (Roaten és mtsai., 2018; Snyder és mtsai., 2020). Tekintettel arra, hogy az öngyilkosságban elhunyt felnőttek jelentős része a halálát megelőző hónapokban jelentkezik háziorvosnál (Ahmedani és mtsai., 2014; Chiang és mtsai., 2021), az alapellátásban végzett szűrés lehetőséget jelent a veszélyeztetett személyek azonosítására és a beavatkozásra.

A szűrés pontosságának és megvalósíthatóságának biztosítása érdekében a klinikusok támogatása bizonyítékokon alapuló eszközökkel és klinikai módszerekkel fontos első lépés az öngyilkosságok számának csökkentése felé. Fontos, hogy az ebben a dokumentumban kidolgozott klinikai útvonalat rugalmasnak gondoljuk, lehetővé téve az alkalmazó helyek számára, hogy azt az adott alapellátás létező munkafolyamataihoz igazítsák. Ezt az útvonalat például a Zero Suicide vagy más átfogó öngyilkosságmegelőzési keretrendszereket bevezető egészségügyi rendszerek is használhatják szűrési erőfeszítéseik támogatására, illetve az útvonalat olyan praxisok is alkalmazhatják, amelyek szűkebb körben az öngyilkossági kockázat szempontjából pozitív szűrést mutató betegek kezelésére összpontosítanak.

4.1 Limitációk

Az ebben a dokumentumban bemutatott munkát a következő limitációkkal kell figyelembe venni. Míg az ebben a cikkben előterjesztett útvonal a fiatalok számára kidolgozott, bizonyítékokon nyugvó útvonalakat veszi alapul (Brahmbhatt és mtsai., 2019; Horowitz és mtsai., 2021), valamint hasznosít hatékony szűrést megvalósító orvosi szettingekből származó megfigyeléseket, kutatással még nem tesztelték azt. Az útvonal alkalmazását vizsgáló jövőbeni kutatások segítségével lehet majd megfigyelni és vizsgálat tárgyává tenni az

útvonal használatának akadályait és elősegítő tényezőit. Kutatásokra van szükség annak meghatározására is, hogy az útvonal használata növeli-e a bevezetett szűrési eljárás végrehajtásának pontosságát és a legjobb gyakorlatok betartását, valamint, hogy javítja-e az öngyilkossági kockázat időben történő azonosítását és a megfelelő ellátásba való továbbirányítást. Minden szettinghez úgy kell adaptálni az útvonalat, hogy az az adott környezethez illeszkedő fontos egyedi jellemzőket tartalmazza. Ezen túlmenően az útvonal kidolgozásának folyamata nem tartotta magát szigorúan a bevett szakértői konszenzusos módszerekhez, mint például a Delphi megközelítéshez (Landeta, 2006). Az útvonal-munkacsoport azt is elismeri, hogy a kulturális érzékenység biztosítása kritikusan fontos, és tesztelésnek kell alávetni majd az alul ellátott és magas kockázatú népességcsoportok egyenjogúságának biztosítása céljából.

5. KÖVETKEZTETÉSEK

Az alapellátást nyújtó intézmények az öngyilkosság közegészségügyi problémájának frontvonalában állnak, és egyedülálló módon képesek életeket menteni. Az öngyilkossági kockázatnak kitett személyek azonosítására és hatékony kezelésére szolgáló klinikai útvonal alkalmazása útitervet nyújthat a fenntartható és megvalósítható öngyilkosságmegelőzéshez. Az alapellátásban végzett szűrővizsgálatok egységesítésére irányuló folyamatos erőfeszítések támogatására munkacsoportunk részletes, bizonyítékokon alapuló klinikai útvonalat hozott létre a klinikusok számára. Ez az útvonal szándékosan rugalmas, és az egyes alapellátási munkafolyamatok igényeihez igazítható. Az alapellátás felbecsülhetetlen lehetőséget nyújt az öngyilkossági kockázatnak kitett személyek azonosítására: a most bemutatott klinikai útvonal bizonyítékokon alapuló stratégiákat tartalmaz, hogy tovább támogassa az alapellátásban dolgozó orvosokat, akik az öngyilkosság megelőzés fontos szereplői.

A. FÜGGELÉK

Bevezetés az öngyilkossági kockázat szűrésének klinikai útvonalaiba: Miért érdemes szűrni az öngyilkosságot az alapellátásban?

Háttér

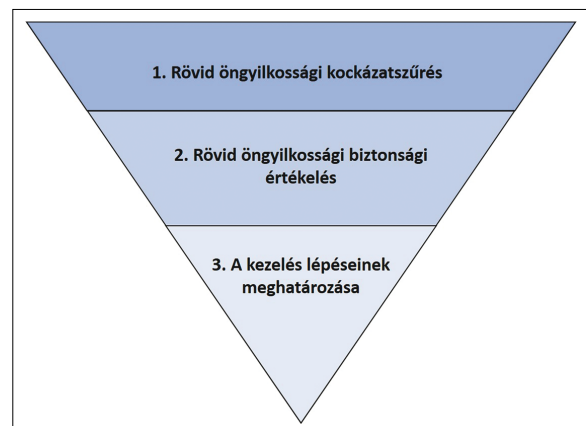
Az öngyilkosság világszerte a vezető halálozási okok között szerepel. Az Egyesült Államokban 2019-ben közel 46.000 felnőtt halt meg öngyilkosságban, ez a szám 1999 óta megháromszorozódott (CDC WISQARS - Web-Based Injury Statistics Query and Reporting System, é. n.). Az öngyilkosság a 18 és 65 év közötti felnőttek körében a negyedik vezető halálozási ok. Figyelemre méltó, hogy az öngyilkosságban elhunyt felnőttek 80%-a a halálát megelőző egy éven belül, 44%-a pedig a halálát megelőző hónapban kapcsolatba került az egészségügyi alapellátással (Ahmedani és mtsai., 2014; Stene-Larsen & Reneflot, 2019). Ezáltal az alapellátás ideális helyszíneként szolgál az öngyilkossági kockázatnak kitett betegek azonosítására, hogy a szükséges ellátáshoz és támogatáshoz lehessen őket irányítani.

Az öngyilkossági kockázatszűrés klinikai útvonalaának kidolgozása

Az öngyilkossági kockázatszűrés klinikai útvonala azért dolgoztuk ki, hogy az alapellátást nyújtó szolgáltatók, intézményi menedzserek és vezetők megismerjék a felnőtt betegpopulációban végzett öngyilkossági kockázatszűrés eljárások végrehajtásához szükséges eszközöket. Munkacsoportunk külön kidolgozott egy hasonló útvonala az öngyilkossági kockázatnak kitett fiatalok szűrésére (Brahmbhatt és mtsai., 2019).

A most bemutatott klinikai útvonala általános útmutatást és megfontolásokat tartalmaz az alapellátásban jelentkező felnőtt betegek öngyilkossági kockázatának szűrésére vonatkozóan, valamint konkrét ajánlásokat is megfogalmaz a gyakran alkalmazott, validált öngyilkossági kockázatszűrő eszközök (pl. az Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) (Horowitz és mtsai., 2012)) és a Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; (Kroenke és mtsai., 2001)) használatára vonatkozóan. Általánosságban az útvonala a szűrés háromlépcsős megközelítését alkalmazza

1. ábra Az öngyilkossági kockázatszűrés háromlépcsős megközelítése

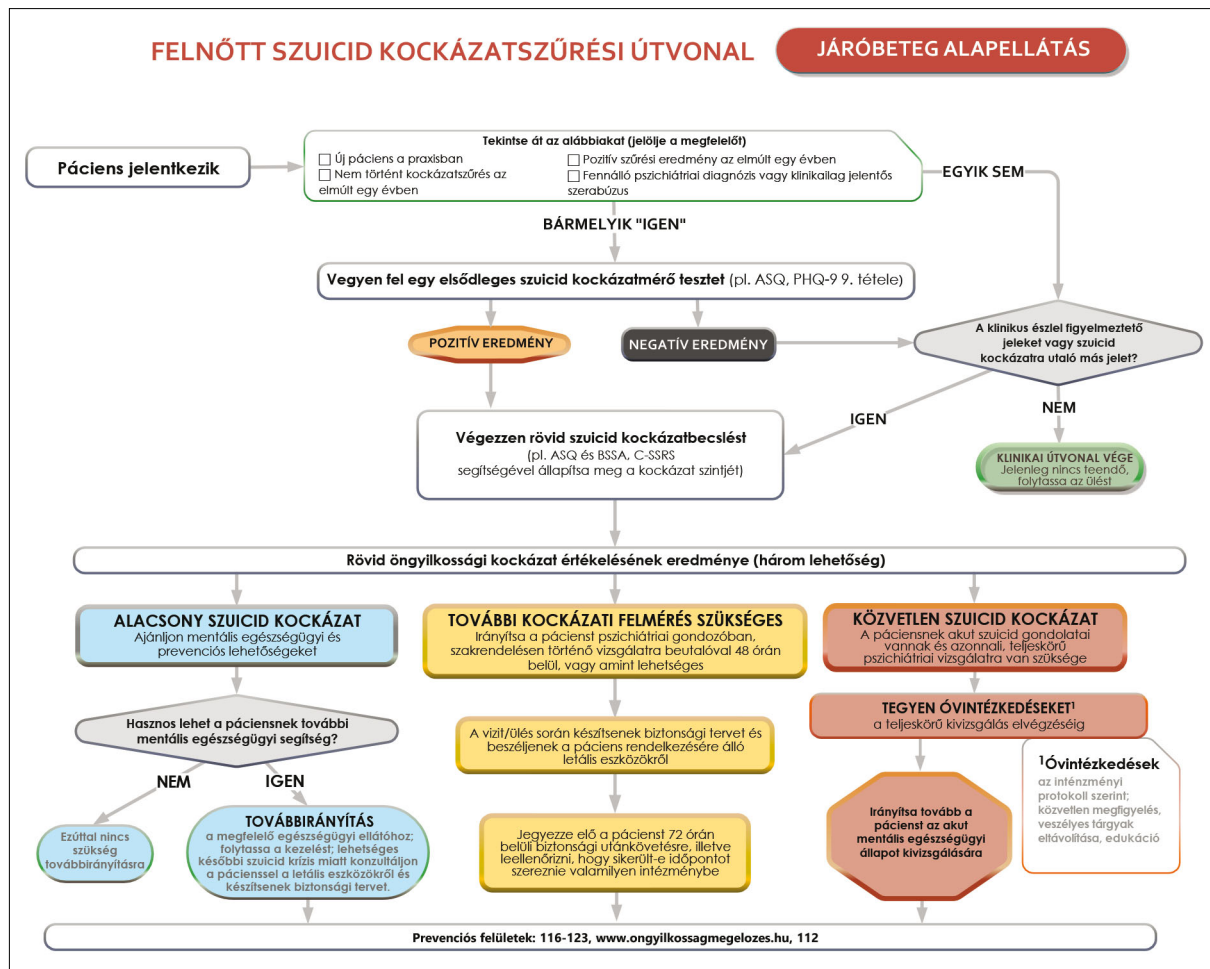


(lásd az 1. ábrát): 1. lépés: az öngyilkossági kockázat rövid szűrése különböző időközönként a folyamatos alapellátási ciklusban; 2. lépés: rövid öngyilkossági biztonsági értékelés azon betegek esetében, akik az 1. lépés szűrőjén pozitív eredményt értek el; valamint 3. lépés: a közvetlen veszélyeztetőnek, további értékelésre szorulónak vagy alacsony öngyilkossági kockázatú betegekkel kapcsolatos kezelési lépések és intézkedések meghatározása.

Az öngyilkossági kockázat szűrésének ilyen típusú háromlépcsős megközelítése egyre nagyobb teret nyer az alapellátásban és más járóbeteg-ellátásokban. Ahol ezt alkalmazzák, az öngyilkossági kockázatra vizsgált betegek 90-95%-a negatívnak bizonyult. A fennmaradó 5-10%-nak vagy volt már öngyilkossági gondolata/viselkedése, vagy pozitív kockázat volt azonosítható (ami a felnőttek körülbelül 2%-át teszi ki a járóbeteg-ellátásban) (Roaten és mtsai., 2018). Ez rávilágít az ilyen betegek korai azonosításának fontosságára egy olyan egészségügyi rendszerben, amelyet bizonyos rendszerességgel látogatnak, valamint a potenciálisan életmentő szűrővizsgálatok elvégzésének megvalósíthatóságára a klinika erőforrásainak túlterhelése nélkül. Az öngyilkossági kockázatszűrés program egyes szintjeinek meghatározására irányuló előzetes tervezéssel, valamint az egyes kockázati szintekhez kapcsolódó, világosan megfogalmazott intézkedések végrehajtásával egy ilyen szűrési program körültekintően integrálható és rutinszerűen alkalmazható az alapellátásban.

B FÜGGELÉK

Felnőttek öngyilkossági kockázatának szűrési útvonala



C. FÜGGELÉK

Az öngyilkossági kockázat szűrésének klinikai útvonala a felnőtt alapellátásban

Az öngyilkossági kockázat szűrésének általános elvei:

A klinikai útvonal használata az öngyilkossági kockázat szűrésének irányítására

A klinikai útvonal használata olyan, mint egy térkép. Segíthet az egészségügyi szolgáltatókat végig vezetni a szűrés és vizsgálat folyamatán, valamint felvázolja az öngyilkossági kockázatnak kitett betegek kezelésének következő lépéseit. Fontos, hogy ezek az útvonalak rugalmasak, és az adott környezet munkafolyamataihoz és sajátosságaihoz igazíthatók. Egy kidolgozott részletes protokoll időt és erőforrásokat takarít meg.

Az ebben a dokumentumban vázolt klinikai útvonal különböző választási pontokat kínál, de három fő lépésre egyszerűsödik, amelyeket az alábbiakban részletesen tárgyalunk.

1. Rövid szűrés
2. Az öngyilkosság kockázat rövid becslése
3. A kockázati szint és a szükséges kezelés meghatározása

Szűrés, rövid öngyilkossági biztonsági felmérés és teljes mentális egészségügyi értékelés

Az öngyilkossági kockázatnak kitett személyek azonosítása három lépésből áll: szűrés, az öngyilkosság kockázat rövid felmérése, valamint a kockázati szint

és a kezelési terv meghatározása. Néha a kezelési terv magában foglalja az átfogó mentális egészségügyi vizsgálatot. Az öngyilkossági kockázat szűrése gyors módja annak, hogy azonosítsunk valakit, aki további kockázatértékelésre szorul. A vizsgálat több különböző módszerrel végezhető el, beleértve a szóbeli interjút, az önbevallásos papír-ceruza űrlapokat vagy a számítógépes eszközöket. Nem várjuk el a rövid szűrőeszközöktől, hogy bejósolják, ki fog öngyilkosságban meghalni; ehelyett egyszerűen csak arra van szükségünk, hogy a szűrőteszt határozottan jelezve azonosítsa azokat, akik esetében további rövid öngyilkossági biztonsági értékelést szükséges elvégezni. A szűrőeszköznek erős érzékenységgel és specificitással kell rendelkeznie, hogy minimalizálja a hamis negatív és hamis pozitív eredményeket.

Az öngyilkossági kockázat rövid felmérése az öngyilkossági kockázat további vizsgálatát biztosítja az azonnali betegosztályozás céljából. Ez elsősorban annak meghatározását szolgálja, hogy az egyén azonnali figyelmet igényel-e, például egy viselkedés-egészségügyi ellátóhely általi egynapon belüli vizsgálatot vagy egy krízisközponthoz való továbbirányítás, szemben a 7 napon belüli, járóbeteg viselkedés-egészségügyi ellátóhelyhez való irányítással. Mivel ez egy betegosztályozási-lépés, az ellátó határozza meg, hogy szükség van-e teljes mentálhigiénés kivizsgálásra, és ha igen, milyen sürgősen.

A teljes körű mentálhigiénés vizsgálat egy mentálhigiénés szakember által végzett átfogóbb értékelés, amely megerősíti és konceptualizálja a kockázatot, és irányt mutat a következő lépésekhez. Ez magában foglal egy átfogó öngyilkossági kockázatfelmérést, és jellemzően azonosítja a védő tényezőket (az életben maradás mellett szóló okokat) és egyéb klinikai kockázati tényezőket, például a mentális egészségügyi tüneteket, a túlzott alkohol- vagy szerhasználatot és az akut kiváltó okokat (stresszorokat).

Iatrogén kockázat

Az öngyilkossággal kapcsolatos gyakori mítosz az az elképzelés, hogy ha valakit az öngyilkossági szándékról kérdezzük, azzal „a fejébe ültetjük a gondolatot”. Számos tanulmány azonban megcáfolta ezt a mítoszt (Crawford és mtsai., 2011; DeCou & Schumann, 2018; Gould és mtsai., 2005; Mathias és mtsai., 2012), és megállapította, hogy az embereknek nyugodtan tehetünk fel kérdéseket az öngyilkossággal kapcsolatban. Valójában a legjobb módja annak, hogy segítsünk

egy olyan személynek, aki esetleg öngyilkossági gondolatokkal küzd, ha közvetlenül rákérdezzük, majd aktívan meghallgatjuk a választ és összekötjük őket egy mentális egészségügyi ellátóval.

A klinikai útvonal-terv bevezetése előtt

Képzés. A képzés fontos része egy klinikai útvonal bevezetésének. Tréningekre példákat a Zero Suicide (www.zerosuicide.edc.org) és az ASQ Toolkit (www.nimh.nih.gov/ASQ) weboldalakon találhatók.

A páciens továbbirányítása.

Az öngyilkossági kockáz szempontjából pozitív betegek egy részének még aznap mentálhigiénés vizsgálatra van szüksége, míg másoknak járóbeteg-mentálhigiénés ellátásra kell beutalót adni. Ha a továbbirányítás nem lehetséges, olyan szuicid prevenció források, mint a National Suicide Lifeline, a biztonsági terv, a halálos eszközökkel kapcsolatos biztonsági tanácsadás (lásd az erőforrásra vonatkozó részt) használhatók. A szűrővizsgálatok bevezetése előtt ki kell dolgozni egy cselekvési tervet az egynapos mentálhigiénés vizsgálatra szorulóknak számára. Ennek része lehet a beteg saját mentális egészségügyi szolgáltatója, a helyszíni viselkedés-egészségügyi ellátó, a helyi krízisközpont, a krízis telefonszámok, és ha nincs más lehetőség, a sürgősségi osztályok. Azon praxisok esetében, ahol területileg illetékes mentális egészségügyi szakrendelés nem áll rendelkezésre, fontos, hogy egy előre elkészített, mentális egészségügyi szolgáltatók vagy szervezetek elérhetőségeit tartalmazó listát adjunk át a betegnek. A klinikai útvonal-terv alkalmazásának elindítása előtt erősen javasolt felvenni a helyi mentálhigiénés szolgáltatókkal a kapcsolatot a gyorsított, együttműködő gondozási átmenet biztosítása céljából. Az egészségügyi ellátóknak tájékoztatniuk kell ezeket a mentálhigiénés szakembereket arról, hogy szűrni fogják az öngyilkossági kockázatot, és meg kell kérdezniük, hogy tudnak-e fogadni olyan betegeket, akiknek további vizsgálatra van szükségük. E kapcsolatok kiépítése lehetővé teszi majd a betegek zökkenőmentes átirányítását. Ezeknek a viselkedés-egészségügyi szakembereknek elérhetőnek, megfizethetőnek, valamint kulturális és nyelvi szempontból reprezentatívnak kell lenniük a szürendő betegpopuláció szempontjából. Ezenkívül azokon a területeken, ahol az erőforrások korlátozottak, a távgógyítási alternatívák kompenzálhatják a mentális egészségügyi szolgáltatókhoz való korlátozott hozzáférést.

1. LÉPÉS:**Öngyilkossági kockázat szűrése**

Az öngyilkossági kockázat szűrése kevesebb mint egy percet vesz igénybe. Ez egy gyors módszer az öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett betegek azonosítására, egy módja annak, hogy azonosítsunk valakit, akinek további mentális egészségügyi kivizsgálásra lehet szüksége.

Öngyilkossági kockázatszűrő eszköz kiválasztása

Az egészségügyi szolgáltatók számára többféle öngyilkossági kockázatszűrő eszköz áll rendelkezésre. A szolgáltatóknak bizonyítékokon alapuló eszközt kell választaniuk, hogy ne becsüljék túl vagy alul az öngyilkossági kockázatot. A személyzetet ki kell képezni az eszköz használatára. Szuicid kockázatszűrő eszközökre példák:

- Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)
- Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)
- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)
- Patient Safety Screener (PSS)

A szűrőeszközök bővebb listája a The Joint Commission honlapján vagy (Thom és mtsai., 2020) található.

Megjegyzés az öngyilkossági kockázat kimutatása céljából végzett depressziószűrésről

Egyes egészségügyi intézmények a depresszió szűrését az öngyilkossági kockázatszűrés helyettesítőjeként használják, vagy arra, hogy kiválasszák, mely beteget kell szűrni az öngyilkossági kockázat szempontjából. A depresszió szűrése azért fontos, mert széles körben elterjedt és az öngyilkosság kockázati tényezője, azonban a depressziószűrés nem elegendő az öngyilkossági kockázatnak kitett személyek azonosítására. Számos tanulmány (Bryan és mtsai., 2021; Corson és mtsai., 2004, 2004; Dueweke és mtsai., 2018; Mournet és mtsai., 2021; Razykov és mtsai., 2012; Recklitis és mtsai., 2006; Simon és mtsai., 2016; Viguera és mtsai., 2015; Walker és mtsai., 2011) kiemelte, hogy a depresszió szűrése önmagában nem elegendő az összes öngyilkossági kockázatnak kitett beteg azonosítására. A depressziószűrést az öngyilkossági kockázat szűréssel együtt célszerű alkalmazni, mivel mind a depresszió, mind az öngyilkossági kockázat szűrése fontos. Egy öngyilkossági kockázat szűrőeszköz használatának beillesztése a munkafolyamatba mindössze 30 másodperccel növeli meg

a vizsgálati időt, de azonosíthat olyan beteget, aki egyébként az egészségügyi ellátórendszerben nem lett volna azonosítva mint szuicid veszélyeztetettségű beteg. Az Amerikai Orvosi Kamara nemrégiben figyelmeztetést adott ki arra vonatkozóan, hogy nem elegendő csupán a PHQ-9 kilencedik tételét használni öngyilkossági kockázat szűrésére.

A PHQ-9 kilencedik tételének használata az öngyilkossági kockázat kimutatására:

Számos járóbeteg-rendelő használja a PHQ-9 kilencedik tételét öngyilkossági kockázati szűrőként. Bár ez azonosítja az öngyilkossági kockázatnak kitett személyek egy részét, és jobb, mintha egyáltalán nem szűrnének, a jelenlegi kutatások azt mutatják, hogy ez nem elegendő az öngyilkossági kockázat pontos azonosítására az alapellátás keretében. Ehelyett a PHQ-9-et egy validált, öngyilkossági kockázatra specifikus szűrőeszközzel kell párosítani (lásd az eszközökre vonatkozó részt), amely közvetlenül az öngyilkossági gondolatokra és viselkedésre kérdez rá. Az öngyilkossági kockázatot specifikus mérő szűrőeszköz és egy klinikai útvonal együttes alkalmazása megvalósítható, és nem terheli túl a zsúfolt járóbeteg-rendelést.

Kit kell szűrni?

A praxisban új és már meglévő betegeket, akik képesek válaszolni a kérdésekre, szűrni kell az öngyilkossági kockázat szempontjából. A szűrés és kezelés legtöbb lépése azonos, függetlenül attól, hogy a páciens milyen előzményekkel jelentkezik a rendelésen.

Mikor kell szűrni?

Ha a szűrővizsgálatokat bevezetik egy rendelésen, a meglévő betegeket a következő vizit alkalmával kell szűrni. Bár korlátozott számú bizonyíték van arra vonatkozóan, hogy milyen gyakran kell egy személyt szűrni, a legjobb gyakorlatnak az évente legalább egyszeri szűrés tekinthető. A beteget öngyilkossági kockázat szempontjából akkor kell szűrni, ha:

1. Először jelentkezik a praxisban
2. Az elmúlt 12 hónapban nem esett át szűrővizsgálaton
3. Az elmúlt 12 hónapban pozitív öngyilkossági kockázati szűrési eredménye volt
4. Jelenleg pszichiátriai diagnózissal rendelkezik vagy klinikailag jelentős szerabúzus áll fenn

Ha a beteg megtagadja a szűrőteszt kitöltését –, amit szabadon megtehet –, akkor ezt rögzíteni kell az egészségügyi dokumentációban. A szűrővizsgálat felajánlható a későbbi vizitek alkalmával akkor is, ha a beteg az egy korábbi alkalommal nem kívánt együttműködni a szűréssel.

Hogyan kell szűrni?

A kiválasztott eszköztől függően a szűrést különböző módszerekkel lehet elvégezni: szóban feltenni a kérdéseket, írásban felvenni a tesztet vagy számítógépen kitöltetni. Megfelelő képzést követően bármely egészségügyi szakember (ápoló, egészségügyi asszisztens, orvos stb.) elvégezheti az öngyilkossági kockázat szűrését. Az öngyilkossági kockázati szűrés eredményeit valós időben és a beteg rendelőlől való távozása előtt kell kiértékelni, hogy pozitív eredmény vagy akut ellátás szükségessége esetén meg lehessen tenni a megfelelő lépéseket.

Hol kell szűrni?

A vizit során az öngyilkossági kockázatszűrést a pácienssel nyugodt, bizalmas légkörben, más betegektől vagy kísérő látogatóktól távol kell elvégezni, válaszait a páciens vagy papírra vagy táblagépre rögzítheti, illetve a felmérés történhet szóbeli formában, amikor a személyzet egy képzett tagja teszi fel a kérdéseket. Hasznos lehet az öngyilkossági kockázat szűrését más rutinszerű szűrési folyamatokba, például az életfunkciók felmérésébe vagy a mentális egészségi állapot felmérésébe beépíteni. Az öngyilkossági kockázatszűrés általános munkafolyamatba való beépítése segít elkerülni a stigmatizációt.

A szűrés eredményei

Negatív szűrési eredmény

A járóbeteg-alapellátó rendelőben testi főpanaszokkal jelentkező betegek többségének (~95%) negatív a szuicid kockázat szűrési eredménye, és nincs szükség további lépésekre. Ezek a betegek nem tekinthetők öngyilkossági kockázatnak kitettnek, és a kezelésnek a szokásos módon kell folytatódnia. A klinikusnak azonban figyelnie kell az öngyilkosságra utaló alábbi figyelmeztető jelekre:

- A beteg arról beszél, hogy meg akar halni vagy meg akarja ölni magát
- Halálos eszközökhöz való hozzáférés lehetőségének keresése

- Reménytelenség vagy annak megélése, hogy nincs ok, hogy éljen
- Csapdába esettséget vagy elviselhetetlen fájdalmat él át
- Mások számára teherként éli meg magát
- Fokozott szerhasználat
- Fokozott ingerlékenység, agitáció, szorongás vagy vakmerő viselkedés
- Jelentős változások az alvási szokásokban
- Visszahúzóadás vagy elszigetelődés
- Dühkitörések vagy bosszúvágy
- Szélsőséges hangulatingadozások

Ha a klinikus az öngyilkossági kockázat bármelyik jelét vagy figyelmeztető jelét észleli, rövid öngyilkossági biztonsági felmérést végezhet, amennyiben megítélése szerint a betegnek további öngyilkossági kockázatfelmérésre van szüksége. A klinikus mentális egészségügyi és öngyilkosság-megelőzési forrásokat is felajánlhat.

Hogyan kezeljük a pozitív szűrési eredményt mutató betegeket?

Minden öngyilkossági kockázatot vizsgáló eszköz más-más módon határozza meg a kockázatot. Például a PHQ-9 szűrés esetén a 9. tételre adott bármely nem nulla pontos válasz öngyilkossági kockázatot jelent. Az ASQ-val történő szűrés esetén az 1.-4. négy tétel bármelyikére adott pozitív válasz pozitív szűrésnek minősül. Ha a beteg szűrése pozitív öngyilkossági kockázatot jelez, a második lépésre, azaz az alább ismertetett rövid öngyilkossági biztonsági értékelésre kerül sor. Nem minden, öngyilkossági gondolatokról beszámoló páciens állapota minősül vészhelyzetnek. A legtöbb páciens, aki öngyilkossági gondolatokról számol be, nem igényel sürgősségi intézkedéseket. Csak azoknál a betegeknél kell teljeskörű biztonsági óvintézkedéseket (folyamatos megfigyelés stb.) tenni vagy továbbirányítani – akár a rendelőben lévő mentálhigiénés szakemberhez vagy egy krízisközpontba, sürgősségi osztályra –, akiknél magas vagy közvetlen kockázatot állapítunk meg. A legtöbb pozitív eredményt mutató beteg nincs közvetlen életveszélyben vagy nem akut pozitív az állapota, így csupán további értékelést vagy szuicid prevenciók forrásokat igényelhet, mint például a National Suicide Lifeline vagy Crisis Text Line, de nincs szükség sürgősségi intézkedésekre.

2. LÉPÉS:**Rövid öngyilkossági biztonsági vizsgálat elvégzése**

Egy rövid öngyilkossági biztonsági értékelés körülbelül 10-15 percet vesz igénybe. Ez a folyamat középső lépése, ami igen fontos, mert segít az ellátónak meghatározni, hogy mi legyen a következő kezelési lépés a beteg számára. A szűréstől eltérően, amely egyszerűen csak a kockázatot azonosítja, ez egy beszélgetés a pácienssel, amely az öngyilkossági gondolatok gyakoriságának, a tervek, a pszichiátriai tünetek, az öngyilkossági kísérletek történetének, a kockázati és védőfaktorok stb. értékelésével segíti a további betegosztályozást (triage). A beszélgetéshez olyan eszközök állnak rendelkezésre, mint például a C-SSRS öngyilkossági kockázatfelmérés (betegosztályozási változata) és az ASQ rövid öngyilkossági biztonsági felmérés (ASQ BSSA). Rövid öngyilkossági biztonsági felmérést végezhet mentálhigiénés szakember, ha a praxisban van ilyen, vagy egy képzett orvos, ápoló vagy orvosasszisztens. A felmérésnek rövidnek kell lennie, és nem lehet teljes mentálhigiénés vizsgálat, azaz pszichiátriai kivizsgálás. A rövid öngyilkossági biztonsági értékelést végző személynek képzést kell kapnia az öngyilkossági kockázat felismeréséről. Mind a C-SSRS-hez, mind az ASQ BSSA-hoz online képzések állnak rendelkezésre.

A bizonyítékokon alapuló rövid öngyilkossági biztonsági értékelések, más néven öngyilkossági kockázattertelési eszközök listája megtalálható a The Joint Commission honlapján. A teljes körű mentális egészségügyi értékeléseket olyan mentálhigiénés klinikusok végzik, akik átfogó értékelések elvégzésében képzettek.

3. LÉPÉS:**A kezelés lépéseinek meghatározása**

A rövid öngyilkossági biztonsági értékelés elvégzése vagy a rövid öngyilkossági biztonsági értékelés eredményeinek meghallgatása után az ellátó orvos meghatározza a kezelés következő lépéseit, kiválasztva a három kezelési út közül egyet:

1. Közvetlen (magas) kockázat:

A beteg sürgősségi pszichiátriai kivizsgálást igényel: A páciensnek aktív, aktuális (akut) öngyilkossági gondolatai vannak, és sürgős, teljes körű mentálhigiénés kivizsgálásra van szüksége. Ezt elvégezheti egy krízis-szolgálat, egy mentálhigiénés szakember, aki vagy a

helyszínen van, vagy külsős szakember, aki ilyen értékeléseket végez a kórház számára, vagy egy sürgősségi osztály. Lehetőség van arra is, hogy a beteg jelenlegi mentálhigiénés szolgáltatójával felvegyék a kapcsolatot, és a közvetlen kockázat kezelésére alternatív biztonsági tervet dolgozzanak ki. Ez a kockázat szint nagyon ritka a szomatikus panaszokkal jelentkező betegek esetében, de előfordulhat. Bár nem gyakori, a szakembernek mégis készen kell állni egy tervvel arra vonatkozóan, hogy hogyan kezeljen egy olyan beteget, akiről kiderül, hogy közvetlen öngyilkossági kockázatnak van kitéve.

Az öngyilkosság közvetlen veszélyének kitett betegeknek együttérző ellátásra van szükségük. Fontos, hogy a beteget nem szabad egyedül hagyni. A személyzetből valakinek velük kell maradni, amíg el nem hagyják a vizsgálatot. El kell mondani nekik, hogy Ön aggódik a biztonságukért, és segíteni fog a biztonságuk megőrzésében. Az adott intézményi biztonsági óvintézkedéseket el kell magyarázni, hogy tudják, mire számíthatnak, és hogy ezeket az óvintézkedéseket ne tekintsék büntetésnek.

A szobában vagy a beteg holmijában lévő potenciálisan veszélyes tárgyakat el kell távolítani, ezek lehetnek orvosi eszközök, öv, cipőfűző, tabletták, kés, lőfegyver, kötél stb. Ha a rendelőben nincs ott dolgozó mentálhigiénés szakember, értesíteni kell a mobil kríziscsoportot. Ha ezek az erőforrások nem állnak rendelkezésre, a beteget sürgősségi vizsgálatra a sürgősségi osztályra kell irányítani. Ha a páciens elhagyja az Ön rendelőjét, közölni kell vele, hogy felelős egészségügyi szolgáltatóként Önnek kell gondoskodnia a biztonságáról, mentőt kell hívnia. Az intézkedési protokoll ezen rész az egyes államokban eltérő lehet a kötelező jelentéstételre vonatkozó törvények szerint.

2. Mérsékelt kockázat:

További vizsgálat szükséges. Ez nem vészhelyzet, a beteg állapota nem jelent közvetlen kockázatot, de a betegnek a lehető leghamarabb további mentális egészségügyi kivizsgálásra van szüksége, amelyet egy mentális egészségügyi szakember végez. Ebben az esetben olyan betegekről van szó általában, akik a múltban öngyilkossági gondolatokat vagy magatartást tanúsítottak, de ez nem aktuális, aktív vagy akut. Ha a rendelőben nem lehetséges mentális egészségügyi vizsgálat, a beteget ambuláns mentálhigiénés szakemberhez kell irányítani. Készítsen biztonsági tervet a beteggel közösen, és adjon tanácsot a halálos eszközök biztonságos tárolásáról vagy eltávolításáról. Tervezzen

egy héten belül egy utánkövetéses telefonhívást, hívja fel a páciens biztonságának megállapítása céljából, illetve kérdezze meg, hogy sikerült-e időpontot kapnia mentálhigiénés vizsgálatra. Ha ilyen vizsgálatra nem kapott időpontot, fontolja meg a távgyógyítás lehetőségét, vagy azt, hogy kontroll céljából a beteget visszahívja a rendelőbe, amíg meg nem valósul a mentális egészségügyi vizsgálat. A páciensnek távozáskor meg kell adni a szuicid prevenciók források elérhetőségeit. Ha a beteg úgy dönt, hogy nem szeretne további vizsgálatban részt venni, dokumentálja, hogy a beteg visszautasította a protokoll szerinti vizsgálatot.

3. Alacsony kockázat

Jelenleg nincs szükség további vizsgálatra. A páciens nem sürgősségi mentálhigiénés nyomon követése azonban előnyös lehet. A pácienssel közösen ki kell dolgozni vagy egy biztonsági tervet (lásd a biztonsági tervre vonatkozó részt alább) arra az esetre, ha a jövőben öngyilkossági gondolatai támadnának, és elbocsátásakor át kell adni neki a szuicid prevenciók források listáját, és, ha szükséges, irányítsuk tovább mentálhigiénés állapotkövetésre a megfelelő szakemberhez. A betegnek meg kell adni a szuicid prevenciók források listáját arra az esetre, ha a jövőben öngyilkossági gondolatai lennének.

Fontos, hogy a fenti három szinten leírtak szerint nem minősül minden esetben vészhelyzetnek, ha a beteg öngyilkossági gondolatokat fogalmaz meg:

- Csak a „közvetlen vagy magas öngyilkossági kockázatúnak” minősített betegek esetében van szükség teljes körű biztonsági óvintézkedésekre, beleértve a szoros megfigyelést és a veszélyes tárgyak utáni átkutatást
- A „mérsékelt öngyilkossági kockázatú” betegek nincsenek közvetlen veszélyben, ezért nem igényelnek biztonsági óvintézkedéseket, és nem kell őket sürgősségi osztályra küldeni
- A szomatikus panaszokkal jelentkező és pozitív öngyilkossági kockázatú felnőttek többségének esetében nincs közvetlen kockázat

Az utánkövetés és az ellátás folyamatossága

Ha egy betegnél pozitív az öngyilkossági kockázata, meg lehet határozni a következő lépéseket. Ha a további vizsgálatot igénylő betegek számára a mentális egészségügyi vizsgálat nem megvalósítható, fontolja meg a távgyógyítás lehetőségét vagy a találkozók sűrűségének növelését, amíg mentális egészségügyi

szakember nem tudja megvizsgálni a pácienseket. A klinikusok emellett az alábbi eljárásokat is megfontolhatják:

1. Gondoskodó kapcsolat

A pozitív szűrést követően a betegek támogatásának legfontosabb módja az utánkövetés. A rendelő munkatársa 72 órán belülre ütemezhet egy utókövető telefonhívást, virtuális vizitet vagy rövid személyes látogatást. Ez az utánkövetés lehetőséget ad annak megállapítására, hogy: a további értékelést igénylő betegek sikeresen kapcsolódtak-e a mentális egészségügyi ellátórendszerhez; hozzáférhetőek-e a beteg számára halálos eszközök; valamint, hogy a beteg tapasztalt-e bármilyen változást az öngyilkossági gondolatokban.

2. A szűrés megismétlése a következő találkozón

Ez a lépés kulcsfontosságú annak megállapításához, hogy a betegnél megnövekedett-e az öngyilkossági gondolatok száma, vagy előfordult-e öngyilkos viselkedés.

3. Kommunikáció a páciens kezelésében résztvevő többi mentálhigiénés szakemberrel

Ha a beteg találkozott vagy a jövőben találkozik mentálhigiénés szakemberrel, a szakemberrel történő kapcsolatfelvétel további betekintést nyújthat a beteg öngyilkossági kockázatába. A továbbirányítástól függetlenül minden betegnek meg kell kapnia a National Suicide Lifeline vagy Crisis Text Line elérhetőségeit.

A rendelőben is elvégezhető hatékony beavatkozások

Biztonsági terv készítése

Az öngyilkossági kockázat szempontjából pozitív személyek támogatására a biztonsági terv elkészítése egy bizonyítékokon alapuló, rövid és hatékony technika az öngyilkossági kockázat csökkentésére. A pácienssel és lehetőség szerint a családdal együttműködve a klinikusok segíthetnek a betegeknek hatékony megküzdési technikák kialakításában, hogy felkészüljenek a lehetséges krízisállapotokra.

A biztonsági tervezés segít a betegnek összeállítani egy listát a szuicid prevenciók forrásokról, a figyelemelterelő tevékenységekről és a vészhelyzeti eljárásokról arra az esetre, ha öngyilkossági gondolatai

támadnának. A biztonsági tervnek minden egyes beteg esetében személyre szabottnak kell lennie, és a következőket kell tartalmaznia:

- A beteg saját figyelmeztető jelei és az öngyilkossági gondolatok kiváltó okai (pl. amikor a volt párom hív; amikor fájdalmaim vannak)
- A Megküzdési stratégiák (pl. naplóírás, testmozgás, meditáció)
- Szociális kapcsolatok
- Vészhelyzeti kapcsolatok
- Biztonsági tervek, például a National Suicide Lifeline felhívása vagy szöveges üzenet küldése a Crisis Text Line-ra, vagy egy mobil kríziscsapattal való kapcsolatfelvétel
- A halálos eszközökhöz való hozzáférés csökkentése

A biztonsági terv kidolgozását a beteggel együtt bármelyik, megfelelő képzettséggel rendelkező munkatárs vezetheti, beleértve az alapellátást nyújtó szolgáltatót, az ápoló személyzetet, az orvosasszisztenseket vagy a szociális munkásokat. A folyamat irányításához fontolja meg egy biztonsági terv űrlap használatát, mint például a Stanley Brown-féle biztonsági terv űrlap vagy a Virtuális reménydoboz.

Halálos eszközökkel kapcsolatos konzultáció

A „halálos eszköz” olyan tárgy vagy módszer, amelyet egy személy öngyilkossági kísérlethez használhat. A leggyakoribb halálos eszközök közé tartoznak a gyógyszerek, a mérgek, a lőfegyverek, a kötelek, az övek, a kések és egyéb tárgyak. Fontos, hogy a személy környezetét még a krízis kialakulása előtt biztonságossá tegyük, mert az öngyilkossági krízisek váratlanul felerősödhetnek. Bár nem mindig lehet megakadályozni, hogy valaki öngyilkosságot kíséreljen meg, a halálos eszközökhöz való hozzáférés korlátozása csökkentheti a kísérlet lehetséges halálos kimenetelét. Fontos tájékoztatni a betegeket arról, hogy ezek az intézkedések ideiglenes módjai az otthoni öngyilkossági kockázat kezelésére, és általánosan alkalmazott öngyilkosság-megelőzési stratégiák. A halálos eszközökkel kapcsolatos konzultációt minden egyes beteg esetében személyre kell szabni, és figyelembe kell venni a kulturális vagy foglalkozási körülményeket (pl. a betegek a bűnüldözés részeként viselhetnek lőfegyvert).

A halálos eszközökhöz való hozzáférés az öngyilkosság kockázati tényezője. A halálos eszközökhöz való hozzáférés csökkentésének gyakori módszerei közé tartoznak:

- A lőfegyverek ideiglenes eltávolítása a lakásból.
- A lőfegyverek és a lőszerkeik elkülönített tárolása, valamint annak biztosítása, hogy a széf kulcsa vagy a zár kombinációs kódja ne legyen hozzáférhető veszélyeztetett beteg számára.
- A potenciálisan halálos gyógyszerekhez (pl. opioidok, vény nélkül kapható tabletták) való hozzáférés korlátozása
- Kések vagy kötelek eltávolítása a lakásból
- Háztartási tisztítószerkeik vagy más mérgező termékek elzárása

Kollaboratív ellátási modellek

A kollaboratív ellátás ígéretes modell a betegek és a mentális egészségügyi erőforrások összekapcsolására, ami bizonyítottan csökkenti az öngyilkossági gondolatokat (Grigoroglou és mtsai., 2021). A kollaboratív ellátás rendszerszintű megközelítést nyújt az alapellátó és egészségügyi praxisok számára a depresszióban, szorongásban szenvedő és öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett betegek azonosításához, kezeléséhez és nyomon követéséhez. Az együttműködő gondozási modellről további információért látogasson el a következő weboldalra: AIMS Center for Collaborative Care.

A *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry (JACLIP)* és az Elsevier kiadó, valamint az első és második szerzők szíves engedélyével.

ÖSSZEFÉRHETETLENSÉG: A szerzők kijelentik, hogy nem áll fenn összeférhetetlenség.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS: A kutatást részben a National Institute of Mental Health, National Institutes of Health Intramural Research Programja támogatta (ZIAMH002922 számú éves jelentés); és egyéb természetbeni támogatásban részesült.

A szerzők köszönetet mondanak Jane Pearson, Ph.D., Maryland Pao, M.D. és Haniya Raza, D.O., a National

Institute of Mental Health munkatársainak a kézirat korábbi változataira adott hasznos visszajelzéseikért.

A szerzők ezúton is köszönetet mondanak az alábbi személyeknek, akik résztvettek az eredeti csoportos megbeszéléseken az öngyilkossági kockázat szűrésének jelölt klinikai útvonalak kifejlesztéséről az egyes egészségügyi ellátási környezetekben: Sarah Bernes, Manuel Castro, James Churchill, Cynthia Claassen, Benjamin Clemens, Cheryl Dodds, Stephanie Eken, Laura Fochtmann, Michael Freed, Ira Katz, Catarina Kiefe, Elizabeth Lanzillo, John Rekart, John Santopietro, Dennis Sarmiento, Gregory Simon, Lisa Uebelacker és Kinda Walker.

Az ebben a kéziratban szereplő nézetek a szerzők nézetei, és nem feltétlenül képviselik a National Institute of Mental Health, a National Institutes of Health, a szövetségi kormányzat vagy az itt elismert személyek (vagy a megfelelő munkaadók) nézeteit.

LEVELEZŐ SZERZŐ: Lynsay Ayer

E-mail: lynsay_ayer@rand.org

FORDÍTOTTA: Bérdi Márk

A fordítás szerkesztésében nyújtott segítségéért köszönet illeti Kacimi El Hassani Selmát.

Az ábrák magyar változatát Kisdi Gellért készítette.

IRODALOM

1. Aguinaldo, L. D., Sullivan, S., Lanzillo, E. C., Ross, A., He, J.-P., Bradley-Ewing, A., Bridge, J. A., Horowitz, L. M., & Wharff, E. A. (2021). Validation of the ask suicide-screening questions (ASQ) with youth in outpatient specialty and primary care clinics. *General Hospital Psychiatry*, 68, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.11.006>
2. Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., Lynch, F., Owen-Smith, A., Hunkeler, E. M., Whiteside, U., Operskalski, B. H., Coffey, M. J., & Solberg, L. I. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of General Internal Medicine*, 29(6), 870–877. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2767-3>
3. Bahraini, N., Reis, D. J., Matarazzo, B. B., Hostetter, T., Wade, C., & Brenner, L. A. (2022). Mental health follow-up and treatment engagement following suicide risk screening in the Veterans Health Administration. *PLoS One*, 17(3), e0265474. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265474>
4. Brahmhatt, K., Kurtz, B. P., Afzal, K. I., Giles, L. L., Kowal, E. D., Johnson, K. P., Lanzillo, E., Pao, M., Plioplys, S., & Horowitz, L. M. (2019). Suicide Risk Screening in Pediatric Hospitals: Clinical Pathways to Address a Global Health Crisis. *Psychosomatics*, 60(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2018.09.003>
5. Bryan, C. J., Allen, M. H., Thomsen, C. J., May, A. M., Baker, J. C., Bryan, A. O., Harris, J. A., Cunningham, C. A., Taylor, K. B., Wine, M. D., Young, J., Williams, S., White, K., Smith, L., Lawson, W. C., Hope, T., Russell, W., Hinkson, K. D., Cheney, T., & Arne, K. (2021). Improving Suicide Risk Screening to Identify the Highest Risk Patients: Results From the PRiMarry Care Screening Methods (PRISM) Study. *Annals of Family Medicine*, 19(6), 492–498. <https://doi.org/10.1370/afm.2729>
6. CDC WISQARS - Web-based Injury Statistics Query and Reporting System. (é. n.). Centers for Disease Control and Prevention. Elérés 2024. július 8., forrás <https://wisqars.cdc.gov/>
7. Chiang, A., Paynter, J., Edlin, R., & Exeter, D. J. (2021). Suicide preceded by health services contact—A whole-of-population study in New Zealand 2013–2015. *PLoS One*, 16(12), e0261163. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261163>
8. Christensen-LeCloux, M., Weimer, M., Bjorkgren, K., Booker, W., & Campo, J. V. (2021). Universal suicide risk screening: Views of rural adults on acceptability and implementation in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 71, 102–107. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2021.03.009>
9. Corson, K., Gerrity, M. S., & Dobscha, S. K. (2004). Screening for depression and suicidality in a VA primary care setting: 2 items are better than 1 item. *The American Journal of Managed Care*, 10(11 Pt 2), 839–845.
10. Crawford, M. J., Thana, L., Methuen, C., Ghosh, P., Stanley, S. V., Ross, J., Gordon, F., Blair, G., & Bajaj, P. (2011). Impact of screening for risk of suicide: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 198(5), 379–384. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083592>
11. DeCou, C. R., & Schumann, M. E. (2018). On the Iatrogenic Risk of Assessing Suicidality: A Meta-Analysis. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 48(5), 531–543. <https://doi.org/10.1111/sltb.12368>
12. Dueweke, A. R., Marin, M. S., Sparkman, D. J., & Bridges, A. J. (2018). Inadequacy of the PHQ-2 depression screener for identifying suicidal primary care patients. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Healthcare*, 36(3), 281–288. <https://doi.org/10.1037/fsh0000350>
13. Frick, M. G., Butler, S. A., & deBoer, D. S. (2021). Universal suicide screening in college primary care. *Journal of American College Health: J of ACH*, 69(1), 17–22. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1645677>
14. Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293(13), 1635–1643. <https://doi.org/10.1001/jama.293.13.1635>
15. Grigoroglou, C., van der Feltz-Cornelis, C., Hodkinson, A., Coventry, P. A., Zghebi, S. S., Kontopantelis, E., Bower, P., Lovell, K., Gilbody, S., Waheed, W., Dickens, C., Archer, J., Blakemore, A., Adler, D. A., Aragonés, E., Björkelund, C., Bruce, M. L., Buszewicz, M., Carney, R. M., ... Panagioti, M. (2021). Effectiveness of collaborative care in reducing suicidal ideation: An individual participant data meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 71, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2021.04.004>
16. Horowitz, L. M., Boudreaux, E. D., Schoenbaum, M., Pao, M., & Bridge, J. A. (2018). Universal Suicide Risk Screening in the Hospital Setting: Still a Pandora's Box? *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.11.001>

17. Horowitz, L. M., Bridge, J. A., Teach, S. J., Ballard, E., Klima, J., Rosenstein, D. L., Wharff, E. A., Ginnis, K., Cannon, E., Joshi, P., & Pao, M. (2012). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): A brief instrument for the pediatric emergency department. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166(12), 1170–1176. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2012.1276>
18. Horowitz, L. M., Bridge, J. A., Tipton, M. V., Abernathy, T., Mournet, A. M., Snyder, D. J., Lanzillo, E. C., Powell, D., Schoenbaum, M., Brahmabhatt, K., & Pao, M. (2022). Implementing Suicide Risk Screening in a Pediatric Primary Care Setting: From Research to Practice. *Academic Pediatrics*, 22(2), 217–226. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.10.012>
19. Horowitz, L. M., Mournet, A. M., Lanzillo, E., He, J.-P., Powell, D. S., Ross, A. M., Wharff, E. A., Bridge, J. A., & Pao, M. (2021). Screening Pediatric Medical Patients for Suicide Risk: Is Depression Screening Enough? *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1183–1188. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.01.028>
20. Horowitz, L. M., Roaten, K., Pao, M., & Bridge, J. A. (2020). Suicide prevention in medical settings: The case for universal screening. *General Hospital Psychiatry*, 63, 7–8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.11.009>
21. Horowitz, L. M., Snyder, D. J., Boudreaux, E. D., He, J.-P., Harrington, C. J., Cai, J., Claassen, C. A., Salhani, J. E., Dao, T., Chaves, J. F., Jobs, D. A., Merikangas, K. R., Bridge, J. A., & Pao, M. (2020). Validation of the Ask Suicide-Screening Questions for Adult Medical Inpatients: A Brief Tool for All Ages. *Psychosomatics*, 61(6), 713–722. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2020.04.008>
22. Horowitz, L. M., Wharff, E. A., Mournet, A. M., Ross, A. M., McBee-Strayer, S., He, J.-P., Lanzillo, E. C., White, E., Bergdoll, E., Powell, D. S., Solages, M., Merikangas, K. R., Pao, M., & Bridge, J. A. (2020). Validation and Feasibility of the ASQ Among Pediatric Medical and Surgical Inpatients. *Hospital Pediatrics*, 10(9), 750–757. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-0087>
23. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
24. Landeta, J. (2006). Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technological Forecasting and Social Change*, 73(5), 467–482. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2005.09.002>
25. LeCloux, M. A., Weimer, M., Culp, S. L., Bjorkgren, K., Service, S., & Campo, J. V. (2020). The Feasibility and Impact of a Suicide Risk Screening Program in Rural Adult Primary Care: A Pilot Test of the Ask Suicide-Screening Questions Toolkit. *Psychosomatics*, 61(6), 698–706. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2020.05.002>
26. Mathias, C. W., Michael Furr, R., Sheftall, A. H., Hill-Kapturcak, N., Crum, P., & Dougherty, D. M. (2012). What's the harm in asking about suicidal ideation? *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 42(3), 341–351. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.0095.x>
27. McNeely, J., Adam, A., Rotrosen, J., Wakeman, S. E., Wilens, T. E., Kannry, J., Rosenthal, R. N., Wahle, A., Pitts, S., Farkas, S., Rosa, C., Peccoralo, L., Waite, E., Vega, A., Kent, J., Craven, C. K., Kaminski, T. A., Firmin, E., Isenberg, B., ... Hamilton, L. (2021). Comparison of Methods for Alcohol and Drug Screening in Primary Care Clinics. *JAMA Network Open*, 4(5), e2110721. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.10721>
28. Miller, I. W., Camargo, C. A., Arias, S. A., Sullivan, A. F., Allen, M. H., Goldstein, A. B., Manton, A. P., Espinola, J. A., Jones, R., Hasegawa, K., Boudreaux, E. D., & ED-SAFE Investigators. (2017). Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry*, 74(6), 563–570. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0678>
29. Mournet, A. M., Smith, J. T., Bridge, J. A., Boudreaux, E. D., Snyder, D. J., Claassen, C. A., Jobs, D. A., Pao, M., & Horowitz, L. M. (2021). Limitations of Screening for Depression as a Proxy for Suicide Risk in Adult Medical Inpatients. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 62(4), 413–420. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2021.02.002>
30. National Center for Health Statistics. (2019). Percentage of having a doctor visit for any reason in the past 12 months for adults aged 18 and over.
31. O'Connor, E., Gaynes, B., Burda, B. U., Williams, C., & Whitlock, E. P. (2013). Screening for Suicide Risk in Primary Care: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137737/>
32. Razykov, I., Ziegelstein, R. C., Whooley, M. A., & Thombs, B. D. (2012). The PHQ-9 versus the PHQ-8--is item 9 useful for assessing suicide risk in coronary artery disease patients? Data from the Heart and Soul Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(3), 163–168. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.06.001>
33. Recklitis, C. J., Lockwood, R. A., Rothwell, M. A., & Diller, L. R. (2006). Suicidal ideation and attempts in adult survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 24(24), 3852–3857. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.06.5409>
34. Roaten, K., Horowitz, L. M., Bridge, J. A., Goans, C. R. R., McKintosh, C., Genzel, R., Johnson, C., & North, C. S. (2021). Universal Pediatric Suicide Risk Screening in a Health Care System: 90,000 Patient Encounters. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 62(4), 421–429. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2020.12.002>
35. Roaten, K., Johnson, C., Genzel, R., Khan, F., & North, C. S. (2018). Development and Implementation of a Universal Suicide Risk Screening Program in a Safety-Net Hospital System. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(1), 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.07.006>
36. Simon, G. E., Coleman, K. J., Rossom, R. C., Beck, A., Oliver, M., Johnson, E., Whiteside, U., Operskalski, B., Penfold, R. B., Shortreed, S. M., & Rutter, C. (2016). Risk of suicide attempt and suicide death following completion of the Patient Health Questionnaire depression module in community practice. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(2), 221–227. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m09776>
37. Simon, G. E., Rutter, C. M., Peterson, D., Oliver, M., Whiteside, U., Operskalski, B., & Ludman, E. J. (2013). Does Response on the PHQ-9 Depression Questionnaire Predict Subsequent Suicide Attempt or Suicide Death? *Psychiatric Services*, 64(12), 1195–1202. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200587>
38. Snyder, D. J., Jordan, B. A., Aizvera, J., Innis, M., Mayberry, H., Raju, M., Lawrence, D., Dufek, A., Pao, M., & Horowitz, L. M. (2020). From Pilot to Practice: Implementation of a Suicide Risk Screening Program in Hospitalized Medical Patients. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 46(7), 417–426. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.04.011>

39. Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2019). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 9–17. <https://doi.org/10.1177/1403494817746274>
40. Thom, R., Hogan, C., & Hazen, E. (2020). Suicide Risk Screening in the Hospital Setting: A Review of Brief Validated Tools. *Psychosomatics*, 61(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2019.08.009>
41. US Preventive Services Task Force, Krist, A. H., Davidson, K. W., Mangione, C. M., Barry, M. J., Cabana, M., Caughey, A. B., Davis, E. M., Donahue, K. E., Doubeni, C. A., Kubik, M., Landefeld, C. S., Li, L., Ogedegbe, G., Owens, D. K., Pbert, L., Silverstein, M., Stevermer, J., Tseng, C.-W., & Wong, J. B. (2021). Screening for Lung Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 325(10), 962–970. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.1117>
42. Viguera, A. C., Milano, N., Laurel, R., Thompson, N. R., Griffith, S. D., Baldessarini, R. J., & Katzan, I. L. (2015). Comparison of Electronic Screening for Suicidal Risk With the Patient Health Questionnaire Item 9 and the Columbia Suicide Severity Rating Scale in an Outpatient Psychiatric Clinic. *Psychosomatics*, 56(5), 460–469. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2015.04.005>
43. Walker, J., Hansen, C. H., Butcher, I., Sharma, N., Wall, L., Murray, G., & Sharpe, M. (2011). Thoughts of death and suicide reported by cancer patients who endorsed the „suicidal thoughts” item of the PHQ-9 during routine screening for depression. *Psychosomatics*, 52(5), 424–427. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2011.02.003>

Clinical Pathway for Suicide Risk Screening in Adult Primary Care Settings: Special Recommendations

Suicide is a serious public health concern. On average, 80% of suicide decedents had contact with primary care within one year of their suicide. This and other research underscore the importance of screening for suicide risk within primary care settings, and implementation of suicide risk screening is already underway in many practices. However, while primary care practices may be familiar with screening for other mental health concerns (e.g., depression), many feel uncomfortable or unprepared for suicide risk screening. To meet the increasing demand for evidence-based suicide-risk screening guidance, we provide a clinical pathway for adult primary care practices (to include family medicine, internal medicine, women's health). The pathway was developed by experts with research, clinical expertise and experience in suicide risk screening and primary care. We also provide detailed guidance to aid primary care practices in their decisions about how to implement the clinical pathway.

Keywords: primary care, suicide, screening, pathway, adult, workflow