

| | |
|--|-----------|
| 1. EINLEITUNG | 2 |
| 1.1 THEMENWAHL | 2 |
| 1.2 FRAGESTELLUNGEN | 3 |
| 1.3 ZIEL | 3 |
| 1.4 THEMENABGRENZUNG | 3 |
| 1.5 VORGEHEN | 4 |
| 1.6 ZIELPUBLIKUM | 4 |
| 2. HAUPTTEIL | 4 |
| 2.1 DEFINITIONEN UND GEDANKEN ZU AGGRESSION UND GEWALT | 4 |
| 2.2 ENTSTEHUNG VON AGGRESSION UND GEWALT | 6 |
| 2.3 URSACHEN VON AGGRESSION UND GEWALT | 6 |
| 2.4 ANZEICHEN VON AGGRESSION UND GEWALT | 8 |
| 2.5 INTERVENTIONEN ZUM PFLEGESCHWERPUNKT AGGRESSION UND GEWALT | 9 |
| 2.6 SITUATIONSBESCHREIBUNG | 10 |
| 2.7 ANALYSE SITUATION | 13 |
| 2.7.1 BEOBACHTETE ANZEICHEN FÜR AGGRESSION UND GEWALT | 13 |
| 2.7.2 GETROFFENE PFLEGEINTERVENTIONEN | 13 |
| 2.7.3 SCHLUSSFOLGERUNG | 14 |
| 3. EVALUATION | 16 |
| 3.1 ÜBERPRÜFEN DER FRAGESTELLUNG | 16 |
| 3.2 ÜBERPRÜFEN DER ZIELSETZUNG | 16 |
| 3.3 KONSEQUENZEN FÜR DIE PRAXIS | 16 |
| 3.4 PERSÖNLICHE ERFAHRUNGEN | 17 |
| 4. LITERATURVERZEICHNIS | 18 |

1. EINLEITUNG

Ich denke, dass jeder von uns Aggression in mehr oder minder ausgeprägter Form kennt. Doch was bedeutet Aggression? Bei meinem Literaturstudium bin ich im Buch „Aggression“ von Reinhard Hilke / Wilhelm Kempf auf ein Zitat von Erich Fromm gestossen, welches die Komplexität des Phänomens Aggression eindrücklich aufzeigt:

„In Wahrheit sind alle menschlichen Leidenschaften, die „guten“ wie die „schlechten“, nur als Versuch des Menschen zu verstehen, die banale Existenz der reinen Fristung des Lebens zu transzendieren¹. Diese Erwägungen sollen jedoch keineswegs besagen, dass Destruktivität und Grausamkeit keine Laster wären; sie besagen nur, dass das Laster menschlich ist. Sie wirken sich in der Tat zerstörerisch auf das Leben, auf Körper und Geist aus, und die nicht nur für das Opfer, sondern auch für den destruktiv Handelnden selbst. Sie stellen eine Paradoxon dar: In ihnen kommt zum Ausdruck, dass das Leben im Bestreben, sich einen Sinn zu geben, sich gegen sich selbst kehrt. Sie sind die einzig echte Perversion. Sie zu verstehen, heisst nicht, sie zu verzeihen. Doch solange wir sie nicht verstehen, haben wir nicht die Möglichkeit zu beurteilen, wie sie einzudämmen sind und welche Faktoren die Tendenz haben, sie zu verstärken (E. Fromm in W. Kempf 1982, S. 112).“

Ich habe dieses doch sehr philosophische und komplizierte Zitat als Einstieg gewählt, da Erich Fromm mit seiner Aussage sehr gut beschreibt, dass Aggression nicht so einfach zu erfassen ist. Negative und positive Aspekte sind darin enthalten. Aggression ist menschlich, kann sich aber für Opfer und Täter gleichermaßen negativ auswirken. Um in der Lage zu sein mit Aggression umzugehen, ist es für mich wichtig, diese zu verstehen.

1.1 THEMENWAHL

Während meiner Weiterbildung zur Notfallpflegefachperson habe ich verschiedenste Krankheitsbilder angetroffen. Ich habe gelernt, rasch Entscheidungen zu treffen und trotz Hektik den Überblick zu behalten. Ich muss feststellen, dass trotz mehr Routine und Sicherheit das Phänomen Aggression und Gewalt auf der Notfallstation eine grosse Herausforderung für mich darstellt. Aggression und Gewalt seitens Patienten gegen mich, lösen bei mir ein Gefühl von Hilflosigkeit, Angst, Ärger und Gegenaggression aus. Ich merke, dass ich in solchen Situationen nur mit Mühe einem Teufelskreislauf von Aggression – Gegenaggression entgegen kann.

Vor allem in der Psychiatrie wird Aggression und Gewalt sehr ernst genommen. Die meisten Studien zu diesem Thema stammen aus diesem Fachbereich. Deshalb ist es kaum verwunderlich, dass Pflegerichtlinien und Verhaltensmerkblätter für aggressive oder gewalttätige Patienten dort häufig anzutreffen sind. Doch wenn man bedenkt, dass akut psychotische Patienten vielfach über die Notfallstation in eine Psychiatrie überwiesen werden, ist es doch

¹ „Einen Erfahrungs-, Gegenstands- oder Seinsbereich überschreitend; in erkenntnistheoretischer Einschränkung die Grenzen des Bewusstseins hinter sich lassend...(Brockhaus 1989)

schade, dass es dort sehr wenig konkrete Hilfsmittel für den Umgang mit aggressiven Patienten gibt.

Erlebte Vorfälle mit sehr gespannten Patienten in meinem Arbeitsalltag haben bei mir oft ein Gefühl der Unsicherheit hervorgerufen. Aus Gesprächen mit meinen ArbeitskollegInnen weiss ich, dass dies nicht nur mir so geht. Ich bin sicher, dass ein erweitertes Fachwissen mehr Sicherheit und Kompetenz im Umgang mit aggressiven Patienten bedeutet. Aggression zu hinterfragen und zu verstehen meint auch, seine eigenen Reaktionen diesbezüglich einschätzen zu können. Wissen bedeutet, mögliche Ursachen aggressiven Verhaltens zu erkennen und geeignete Pflegemassnahmen zu treffen.

Diese Arbeit nutze ich dazu, mein Wissen über das Pflegekonzept „Aggression / Gewalt“ zu vertiefen und meine Unsicherheit im Umgang mit aggressiven Patienten abzubauen. Ausserdem erhoffe ich mir, dass über das Thema Aggression und Gewalt im Pflegealltag mehr gesprochen wird.

1.2 FRAGESTELLUNGEN

- Anhand welcher Anzeichen kann ich das Aggressionspotential eines Patienten einschätzen?
- Welche Pflegeinterventionen gibt es zur Vorbeugung oder Deeskalation potentiell gefährlicher Situationen?

1.3 ZIEL

Durch die theoretische Auseinandersetzung mit dem Pflegekonzept „Aggression / Gewalt“ in dieser Arbeit möchte ich mehr Sicherheit im Umgang mit aggressiven und / oder gewalttätigen Patienten auf der Notfallstation gewinnen. Das Aggressionspotential einzuschätzen und bestmögliche Pflegeinterventionen zur Prävention und Deeskalation zu treffen, wird mir durch mein erweitertes Fachwissen erleichtert.

1.4 THEMENABGRENZUNG

Das Thema Aggression und Gewalt ist sehr komplex. Deshalb ist es mir im Rahmen dieser Arbeit nur möglich, einen kleinen Teil daraus zu bearbeiten. Ich werde mich bei den Ursachen von Aggression und Gewalt nicht näher auf die mögliche Psychopathologie / Pathophysiologie einlassen. Es ist mir bewusst, dass Hilflosigkeit und Angst mögliche Ursachen von Aggression und Gewalt sind. Ich werde diese beiden Pflegekonzepte dennoch nicht ausführlich behandeln. Den ethischen Konflikt der durch Aggression und Gewalt in der Pflege entstehen kann, erkenne ich, kann im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht näher darauf eingehen. Ich zeige in meiner Arbeit nur eine Auswahl an möglichen Aggressionstheorien auf, die

ich für die Pflege als relevant erachte. Ich beschränke mich ausschliesslich auf mein Arbeitsumfeld auf der Notfallstation im Universitätsspital Zürich.

1.5 VORGEHEN

- Klärung des Phänomens „Aggression und Gewalt“ durch das Studium des Pflegekonzeptes „Aggression / Gewalt“ von Marlies Glaus Hartmann im Band 3 der Pflegekonzepte
- Schilderung einer erlebten Patientensituation auf der Notfallstation
- Analyse der Patientensituation anhand der Theorie des Pflegekonzeptes
- Aufzeigen der Konsequenzen für die Pflege

1.6 ZIELPUBLIKUM

Diese Arbeit schreibe ich in erster Linie für mich. Ich erhoffe mir, dass sie für meine KollegInnen auf der Notfallstation einen Anreiz erwirken, sich eigene Gedanken zum Thema Aggression und Gewalt zu machen.

2. HAUPTTEIL

2.1 DEFINITIONEN UND GEDANKEN ZU AGGRESSION UND GEWALT

Um das Phänomen Aggression und Gewalt besser verstehen zu können, bedarf es einer Begriffsklärung. Aggression und Gewalt liegen in der Umgangssprache sehr nahe beieinander. Je nach Autor gibt es Definitionen, die Gewalt ähnlich wie Aggression umschreiben („absichtliche Verletzung oder Schädigung eines Lebewesens, das diese Schädigung vermeiden möchte“ (Schneider in M. Glaus Hartmann 2000, S.228). Andere trennen klar zwischen den beiden Begriffen. Eccles versteht Aggression im „normalen biologischen Sinn“; hingegen Gewalt als Verhalten, das definitiv dahin gerichtet sei, andere zu schädigen (Eccles in M. Glaus Hartmann 2000, S. 228). Es scheint, dass auch Leute, die sich sehr lange und intensiv mit dem Thema befassen, Schwierigkeiten haben, eine allgemeingültige Definition zu finden. Die folgenden Definitionen und Beschreibungen stützen sich auf die Unterrichtsunterlagen des Fachmoduls 1 + 2 von Louisa Zupan – Fachdozentin Psychiatrie – und auf das Pflegekonzept „Aggression / Gewalt“ von Marlies Glaus Hartmann ab.

| Begriff | Definition |
|-------------------|--|
| Aggression | <p>lateinisch Angriff, Angriffsverhalten, (Brockhaus 1989)</p> <p>Das Wort Aggression stammt aus dem lateinischen <i>aggredior</i> und heisst soviel wie angreifen, anfallen, überfallen, kann aber auch nähern, herangehen, jemanden zu gewinnen suchen bedeuten. In unserem Sprachgebrauch wird Aggression meist negativ gewertet und mit aggressiven Gefühlen wie Ärger, Wut, Rache, Feindseligkeit und Zerstörungslust gleichgesetzt.</p> <p>Im täglichen Leben brauchen wir ein gewisses Mass an Aggression, um uns selbst zu behaupten. Die Grenzen zwischen gesunder Aggression als einer normalen, zielorientierten, nicht feindseligen Aktivität und gestörter Aggression mit einer feindseligen, ungezähmten und destruktiven Komponente sind oft fließend. In der modernen Wissenschaft wird Aggression als Verhalten mit der Intention, jemand anderen zu schädigen, definiert. Das Hauptmerkmal ist Zielgerichtetheit einer Handlung.</p> |
| Gewalt | <p>althochdeutsch „herrschen“, lateinisch <i>potestas</i>, Merkmal vieler Macht- und Herrschaftsbeziehungen. (Brockhaus 1989)</p> <p>Es wird dann von Gewalt gesprochen, wenn eine Person zum Opfer wird. Als Opfer werden Personen bezeichnet, die vorübergehend oder dauernd daran gehindert werden, ihren Bedürfnissen entsprechend zu leben. Unterschieden wird zwischen personaler Gewalt (von einer Person verursacht), die aktiv im Sinne der Misshandlung oder passiv im Sinne der Vernachlässigung angewendet wird und struktureller Gewalt (von institutionellen oder gesellschaftlichen Strukturen ausgehend). Gewalt sollte immer aus der Sicht des geschädigten Opfers definiert werden.</p> |

Gewalt wird durch die Wirkung definiert, Aggression durch die Absicht. Doch was heisst dies für die Praxis? Man könnte also sagen, dass Aggression aus der Sicht / Absicht des Täters und Gewalt aus der Sicht des Opfers betrachtet wird. Gewalt kann ohne vorhergehende Aggression geschehen. Sie geht nur dann auf Aggression zurück, wenn ein Täter einen Wunsch oder ein Bedürfnis seines Opfers zwar kennt, aber dennoch absichtlich missachtet. Die Aggression hingegen kann sich von aggressiven Gefühlen über aggressives Verhalten bis zur Gewalttätigkeit steigern. Ich erachte es als ziemlich schwierig, Gewalt und Aggression als zwei total voneinander unabhängige Begriffe anzuschauen. Sie unterscheiden sich durch die Sichtweise (Opfer/Täter). Die Grenzen zwischen Aggression und Gewalt sind für mich jedoch fließend.

Aggression verstehe ich als einen Überbegriff für eine ganze Palette von Gefühlen und Handlungen. Diese Palette reicht von positiven Aspekten der Selbstbehauptung bis zu destruktivem Verhalten. Die Nuancen zwischen einer Verschiebung zum Negativen oder zum Positiven sind sehr fein. Aggression hat für mich etwas Aktives, Kraftvolles, etwas, das eine

Reaktion bewirkt. Gewalt hingegen hat für mich immer eine negative Komponente, da es ein Opfer gibt. Gewalt verbinde ich mit Macht, Unkontrolliertheit und Unterdrückung.

2.2 ENTSTEHUNG VON AGGRESSION UND GEWALT

So vielfältig die Definitionen von Aggression, so vielfältig sind auch die Erklärungen ihrer Entstehung. Zum besseren Verständnis werde ich die im Pflegekonzept „Aggression/Gewalt“ erwähnten Erklärungsansätze kurz zusammenfassen:

Neurobiologische Faktoren:

Veränderungen der Aggressionsbereitschaft können durch Störungen der Katecholamine und Serotonin im limbischen System entstehen.

Endogene Aggressionstheorie:

Aggression dient zur Arterhaltung. Sie ist ein natürlicher Trieb, der sich periodisch zur Spannungsverminderung entladen muss.

Psychoanalytische Theorie:

Freud stellt den Lebenstrieb (Libido) dem Todestrieb (Aggressionstrieb) entgegen. Die Energien des Todestriebes werden durch libidinöse Triebenergie nach außen gewandelt, wo sie als destruktiv in Erscheinung treten.

Frustrations-Aggressions-Hypothese:

Aggression basiert immer auf einer Frustration.

Sozialtheoretische Aggressionsmodelle:

Entstehung von Aggression im sozialen Kontext der Rivalität.

Lerntheoretische Aggressionsmodelle:

Aggression als erlerntes Verhalten.

2.3 URSACHEN VON AGGRESSION UND GEWALT

Wer kennt das Gefühl nicht, wenn es langsam im Inneren anfängt zu brodeln. Einmal Luftholen und schon sind die verletzenden Worte im Zorn auf der Zunge. Doch die meisten von uns verfügen über eine adäquate Aggressionskontrolle, die verhindert, dass wir bei jeder Kränkung gleich gewalttätig werden. Diese Aggressionskontrolle kann durch verschiedene Faktoren herabgesetzt werden. Um geeignete Pflegeinterventionen bei einem aggressiven Patienten treffen zu können, muss ich mögliche auslösende Faktoren der Aggression kennen. Im Pflegekonzept „Aggression / Gewalt“ habe ich eine sehr gute, für die Pflege relevante Be-

schreibung von Faktoren gefunden, die das Aggressionsverhalten beeinflussen können. Kurz zusammengefasst:

Krankheitsbedingte Faktoren:

Neuropsychiatrische Krankheiten wie Schädel-Hirntraumata, Tumorerkrankungen des ZNS, Epilepsien oder degenerative Erkrankungen wie Parkinson, Alzheimer Syndrom, Sucht- und Angsterkrankungen, affektive Psychosen, Persönlichkeits- und Impulsstörungen, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis können zu einer Störung des Aggressionsverhaltens führen.

Psychische Faktoren:

Stress, Frustration, Emotionen, eine wahrgenommene Bedrohung, Bedürfnisse nach Macht, Kontrolle, Aufmerksamkeit, Autorität und enthemmende Einflüsse wie Alkohol, Drogen oder massenpsychologische Ereignisse können die Aggressionskontrolle negativ beeinflussen.

„Ein zentrales Thema bei angreifenden Individuen ist Hilflosigkeit. Tötlich werden ist ein verteidigendes Verhalten gegenüber Passivität und Hilflosigkeit. Starke Angst kann zu gewalttätigem Verhalten beitragen. Dieser Bewältigungsmechanismus ist verstärkt, da es Angst reduziert und das Gefühl von Stärke und Kontrolle erhöht. Interventionen, die den Ausdruck von Ärger und Zorn nicht zulassen oder zu unterbinden versuchen, können gewaltsame Verhaltensweisen verstärken (Carpenito in M. Glaus Hartmann 2000, S 230).“

Interaktionsbedingte Faktoren:

Das Verhalten der Pflegenden kann in einer angespannten Situation Aggression und Gewalt begünstigen. Abweisung, Vernachlässigung, Ungenauigkeit, aggressives Verhalten, die Patienten nicht ernst nehmen, nicht zuhören und verstehen versuchen, zuviel auszufragen und fehlende Information können Aggression wecken. Auch zu enge Grenzen setzen, ohne Raum zur Auseinandersetzung, kann eine Ursache sein.

Situations- und umgebungsbedingte Faktoren: (für die Situation der Notfallstation abgeändert)

Die Rahmenbedingungen auf einer Notfallstation sind oft ungünstig und können die Anspannung und Reizbarkeit von Patienten verstärken. Ein hoher Lärmpegel, Hektik, zuwenig Personal, Überbelegung, fehlende Rückzugsmöglichkeit und Privatsphäre können sich negativ auf das Aggressionsverhalten der Patienten auswirken. Zweck aggressiven Verhaltens kann mitunter sein:

- Signalisation für unbefriedigte Bedürfnisse und Anliegen
- Wunsch mitzubestimmen
- Aufmerksamkeit gewinnen
- Überwindung einschränkender Vorschriften

- Selbstschutz
- Emotionale Entlastung
- Rache
- Kulturellen Normen entsprechen
- Macht und Selbstwertgefühl erleben durch Hilflosigkeit, Demütigung anderer

2.4 ANZEICHEN VON AGGRESSION UND GEWALT

Um nicht plötzlich von einer eskalierenden Situation überrascht zu werden, ist es sehr wichtig, Anzeichen von Aggression und Gewalt frühzeitig wahrzunehmen. Oft ist es nicht einfach, die Grenze zwischen massvoller Aggression und gestörter Aggression zu erkennen. Im Pflegekonzept wird der Unterschied zwischen angepasster und unangemessener Reaktion wie folgt definiert:

angepasst: Bewältigungsfertigkeiten wie Problemlösung, konstruktiver Ausdruck von Aggression, realistische Verteidigung

unangemessen: nicht angepasste heftige verbale oder physische Handlung, unterteilt in geringfügig (z.B. sarkastisches Verhalten), mässig (verbale Belästigung/Drohung), ausgeprägt/gewalttätig (physische Umsetzung von Missfallen und Ärger)

Die Beurteilung eines Verhaltens als aggressiv, hängt ebenfalls sehr von der subjektiven Wahrnehmung der Pflegeperson ab. Ursachen und Zusammenhänge zu suchen, helfen das Verhalten des Patienten zumindest nachzuvollziehen. Anzeichen zunehmender Spannung als Ausdruck zunehmender Aggression (M. Glaus Hartmann 2000):

- Kommunikationsstil, bei der die Rechte der anderen nicht mehr berücksichtigt werden, fehlende Zugänglichkeit für Argumente, Einschüchterung von anderen
- Unangemessene physische Handlungen gegen sich oder andere: Angriff/Verletzung von Personen und Tieren, Zerstörung von Gegenständen
- Verändertes averbales / paraverbales Verhalten: bedrohliche Gebärden, stechender Blick, angespannte Körperhaltung, gereizter Ton, nicht mehr erreichbar
- Rückzug, abweisendes Verhalten, kurz angebunden sein
- Äusserung von Emotionen: Angst, sich bedroht fühlen, Wutanfall, Schuldgefühle, Feindseligkeit, Ärger
- Unruhe: es an keinem Ort aushalten, getrieben sein
- Kettenrauchen

2.5 INTERVENTIONEN ZUM PFLEGESCHWERPUNKT AGGRESSION UND GEWALT

Die folgenden Pflegeinterventionen habe ich ebenfalls dem Pflegekonzept „Aggression / Gewalt“ entnommen. Sie beinhalten Prävention und Deeskalation von Aggressionshandlungen:

- Entspanntes Abteilungsklima, Zeit und Räume für Gespräche
- Bewusste Situationseinschätzung (Pflegediagnostik)
- Transparente und partizipative Planungs- und Entscheidungsprozesse
- Spielräume für Entscheidungen, Handlungen, Gestaltung
- Eigenverantwortung der Pflegenden: Reflexion, Teamgespräche, pflegerische Fallbesprechungen, Fortbildung, Supervision
- Kontinuität und Stabilität (Pflegesystem, Bezugs- oder Kontaktperson)
- Förderung von Interaktionen, die Vertrauen wachsen lassen: Zuwendung fördert das Sicherheitsgefühl, sich angenommen und respektiert fühlen, reduziert Angst und Spannung. Zuhören, sich auf die Situation einlassen, einfühlsam sein, vertrauen, ermutigen, trösten sind wichtige Aspekte des Carings.

Selbstkontrolle:

Ruhe und Kontrolle der Pflegeperson hilft eine Situation zu entschärfen. Es braucht aber eine beträchtliche innere Ruhe, um sich von der eigenen Reaktion auf Provokation distanzieren zu können. Die Kontrolle zu verlieren kann Aggression verstärken. **„Selbstkontrolle bedeutet: Wenn ich selber zu aggressiv, getroffen oder hilflos bin, organisiere ich mir Hilfe und gehe aus dem Feld** (Rieder in M. Glaus Hartmann 2000, S. 239)“ Der bewusste Einsatz der eigenen Körpersprache kann eine angespannte Situation beeinflussen. Die Reflexion des Geschehenen ist im Umgang mit Aggression zentral. Den Patienten durch Gespräche, Zeitgeben und Beruhigen zur eigenen Selbstkontrolle unterstützen. Interventionen wie Alternativen anbieten, Wahlmöglichkeiten lassen, Handlungs- und Kompromissbereitschaft erlauben es dem Patienten das Gesicht zu wahren und werden als sehr wirkungsvoll beschrieben. Aggression soll nicht unterbunden werden, sondern der Patient soll ermutigt werden seine Gefühle auf eine annehmbare Weise auszudrücken. Weitere Strategien sind Ablenkung, Ermutigung zu körperlichen Aktivitäten und Anwendung von Entspannungstechniken.

Eine Umgebung schaffen, die Erregung vermindert:

Lärmquellen, Hektik, Dämmerung und Dunkelheit können bei Patienten die unter kognitiven Störungen leiden, Desorientierung und Verwirrungszustände verstärken. Rückzugs-

möglichkeiten, Bezugspflege und Reduktion von Druck und Frustration können Erregung vermindern.

Unmittelbare Führung eines gefährdeten Patienten:

Erkennen von Zeichen zunehmender Spannung, sich auf unvorhersehbare Gewalt einzustellen, Sicherheit vermitteln, Grenzen ziehen, dafür sorgen, dass sich niemand verletzt, sind berufliche Kompetenzen und relevante Verhaltensweisen im Umgang mit aggressiven Patienten. Die am wenigsten restriktive Intervention wird zuerst angewendet.

Unterstützung des Individuums bei der Entwicklung alternativer Bewältigungsstrategien, wenn die Krise überstanden ist und Lernen geschehen kann:

„Jemanden unterstützen und befähigen, eine Umgebung schaffen, die persönliche Entwicklung und die Fähigkeit fördert, erforderliche Handlungen zu vollbringen (Orem in M. Glaus Hartmann 2000, S. 240)“

Die meisten der oben genannten Interventionen erachte ich als auf der Notfallstation durchführbar. Erschwerend sind aber ganz klar die räumlichen Strukturen. Ein Zimmer für ungestörte Gespräche oder als Rückzugsmöglichkeit gibt es auf der vollbelegten Notfallstation nicht. Zudem kommt der Zeitmangel bei hohem Arbeitsanfall dazu. Aus meiner Erfahrung passieren solche Situationen meist im Spätdienst oder auf der Nachtwache, meistens dann, wenn sowieso schon sehr viel zu tun ist.

2.6 SITUATIONSBESCHREIBUNG

Name: Adellos
Vorname: Marco
Alter: 16 Jahre
Grösse: ca. 170 cm
Gewicht: ca. 60 kg
Soziales: Brasilianer, in der Schweiz aufgewachsen, lebt zurzeit bei Bekannten, da seine Mutter vorübergehend nach Brasilien zurückgekehrt ist. Geplante Gesamtaufenthaltsdauer unklar. Der Vater ist unbekannt. Hr. A. ist Schüler. Seine Mutter sollte in zwei Tagen für kurze Zeit zu Besuch in die Schweiz kommen. Weitere Informationen sind nicht eruierbar.

Eintrittssituation:

Herr Adeliös wird liegend mit der Sanität von der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) zu uns auf die Notfallstation (16:10 Uhr) überwiesen. Der Patient ist am gleichen Tag per Fürsorgerischem Freiheitsentzug (FFE) wegen unklaren absenzartigen Zuständen mit Neigung zu aggressivem Verhalten in die PUK eingewiesen worden. Nähere Umstände sind unklar. Am Nachmittag kam es dort zu einem fraglichen epileptischen Anfall. Nun ist er für eine neurologische Abklärung bei uns.

Anfangs verhält sich Herr A. ruhig und kooperativ, lässt sich eine Infusion legen und wartet auf das EEG (Elektroencephalogramm). Er spricht kaum, liegt abwesend auf seinem Stryker (Notfalliege). Er wird im Verlauf jedoch zunehmend unruhiger, versucht aufzustehen, möchte nach Hause. Ich mobilisiere ihn, nach Absprache mit dem Neurologen, in den Rollstuhl (wegen Gefahr eines epileptischen Anfalls) für das WC. Herr A. ist sehr distanzlos, sucht Nähe und Zuneigung, weint, weil er seine Mutter vermisse. Er wirkt auf mich sehr kindlich. Erzählt nur Bruchstücke, antwortet nicht auf Fragen. Im gleichen Augenblick versucht er sich loszureissen, schreit laut und versucht mich zu schlagen. Durch gutes Zureden und sanfte Gewalt (festhalten am Becken und schieben) und der Hilfe zweier Kolleginnen kann Herr A. dazu überredet werden, Richtung Stryker zu gehen. Ich biete ihm eine Tablette Temesta Expidet à 2,5 mg an, die er ohne Widerrede einnimmt. Daraufhin liegt er ruhig im Bett und scheint zu schlafen.

Etwas später kommt der Neurologe. Er beobachtet beim Patienten eine kurze Episode (20 Sekunden) mit Zuckungen der Arme, der Beine und des Rumpfes. Bei Pupillenkontrolle wendet Herr A. den Blick ab. Die Untersuchung ist schwierig, da Herr A. sehr abweisend reagiert, Aufforderungen nicht befolgt, Fragen gar nicht oder nur kurzangebunden beantwortet und sich teilweise aktiv wehrt. Er bekommt eine Tablette Temesta Expidet à 1 mg. Als das EEG gemacht werden soll, weigert sich Herr A. ruhig zu liegen, schlägt mit Armen und Beinen um sich, lacht dabei. Es ist unmöglich, die Untersuchung unter diesen Umständen durchzuführen. Der Neurologe handelt mit Herrn A. aus, dass er 5 mg Dormicum intravenös bekommen soll. Herr A. ist nur einverstanden, wenn er das Dormicum selber spritzen kann, was er unter unserer Aufsicht auch tut. Das EEG kann mehr schlecht als recht abgeleitet werden, zeigt aber keine epilepsietypischen Potentiale oder gar einen Status epilepticus. Das Drogenscreening ist negativ und ausser einer leichten normozytären und normochromen Anämie und erhöhtem CK (anamnestisch Thai-Boxing mit Hämatomen an den Knien) waren die Laborwerte ohne Befund. Es wird also keine Ursache gefunden, die Herrn A.'s Verhalten erklären können. Herr A. kann mit der Diagnose „Psychogene Anfälle bei Erregungszustand unklarer Ätiologie“ zurück in die PUK verlegt werden.

Die Sanität hat erst in etwa einer halben Stunde Kapazität für diesen Transport.

Ich versuche Herrn A. bis die Sanität kommt, mit essen abzulenken. Dies gelingt am Anfang recht gut und ich kümmere mich um meine beiden anderen Patienten. Plötzlich sehe ich, dass Herr A. versucht über die Gitter zu klettern. Ich frage ihn, wohin er denn wolle. Er meint, dass er unbedingt rauchen müsse. Ich kläre dies mit dem Neurologen ab und da ich selber keine Zeit habe, frage ich Herrn T. vom Sicherheitsdienst, ob er Herrn A. begleiten könne. Ich erkläre ihm, dass Herr A. wieder in die PUK eingewiesen werden soll und erzähle ihm kurz warum Herr A. hier ist. Herr A. ist froh, dass Herr T. sich bereiterklärt hat ihn zu begleiten.

Da ich einen aufwendigen Eintritt zu betreuen habe, bin ich eine Weile in einem anderen Teil des Notfalls beschäftigt. Als ich zum Bett von Herrn A. komme, sehe ich Herrn T. mit einer blutenden Nase. Herr A. ist ausser sich, starrt mit stechendem Blick auf Herrn T. und seine Körperhaltung ist gespannt, bereit für den nächsten gezielten Schlag mit Fäusten und Beinen auf Herrn T.'s Gesicht. Herr A. reagiert weder auf meine Präsenz noch auf meine Stimme. Da mir die Situation ziemlich ausweglos erscheint, hole ich zwei Polizisten zur Hilfe, die sich zufällig auf der Notfallstation befinden und informiere den Neurologen. Gleichzeitig kommen die Sanitäter. Herr A. wird nun von vier Leuten festgehalten. Der Arzt verordnet 10 mg Valium intravenös, als nach ca. 15 Minuten keine Beruhigung eintritt, verordnet er nach Rückfrage mit der betreuenden Psychiaterin der PUK 50 mg Prazine intramuskulär. Da sich Herr A. weiterhin stark wehrt, werden ihm die Hände mit Handschellen auf den Rücken gefesselt und er wird bäuchlings auf die Trage der Sanitäter gelegt. Seine Ambivalenz kommt erneut zum Vorschein, als er die Sanitäter fragt, ob er die Handschellen nach Hause nehmen könne und dabei lacht.

Laut Aussage von Herrn T. ist die Situation draussen beim rauchen eskaliert. Anfangs sei Herr A. sehr nett und kooperativ gewesen. Dann sei er mehrmals halb aufgestanden und habe gesagt, dass er gehe. Herr A. unternimmt erneut einen Fluchtversuch und kann von Herrn T. nur noch durch zurückdrücken auf den Rollstuhl aufgehalten werden. Daraufhin sei Herr A. ausgeflippt, habe angefangen um sich zu schlagen. Da Herr T. jedoch hinter ihm steht, sei er geschützt gewesen. Herr T. bringt Herrn A. zu seinem Bett und legt ihn irgendwie hinein. Da Herr T. nun nicht mehr hinter Herrn A. geschützt steht, wird er getroffen.

Gesamte Aufenthaltsdauer auf der Notfallstation: fünf Stunden. Die Notfallstation war während der ganzen Aufenthaltsdauer von Herrn A. voll belegt. Ich betreue noch zwei weitere Patienten und später einen aufwändigen Eintritt zusammen mit einer Lernenden. Der Springerdienst ist ausgefallen.

2.7 ANALYSE DER SITUATION

Ich habe diese Patientensituation gewählt, weil sie aufzeigt, wie schnell sich eine Situation verändern kann. Ich werde die Situation mit dem Fachwissen aus dem theoretischen Teil analysieren. Wichtig für mich sind die beiden Fragen: welche Anzeichen haben auf Aggression und Gewalt hingedeutet und welche Pflegeinterventionen wurden getroffen? Der Transfer von Theorie in die Praxis ermöglicht mir, mein eigenes Handeln zu beurteilen und Verbesserungsvorschläge für die Zukunft zu unterbreiten.

2.7.1 BEOBACHTETE ANZEICHEN FÜR AGGRESSION UND GEWALT

Der Patient

- ist unruhig
- schreit, schlägt
- ist abweisend
- blickt stechend, ist nicht mehr erreichbar, zeigt eine angespannte Körperhaltung
- hat bereits zuvor aggressives Verhalten gezeigt

Wenn ich die Situationsbeschreibung durchlese, zeigt Herr A. bereits von Anfang an Anzeichen von Aggression und Gewalt. Die Situation beginnt harmlos und spitzt sich am Ende dramatisch zu. Die anfängliche Unruhe ist das erste beobachtbare Zeichen. Der Versuch mich zu schlagen, ist eine unangemessene physische Handlung gegen andere. Dies sind doch schon zwei sehr deutliche Zeichen, dass Herr A. über ein gesteigertes Aggressionspotential verfügt. Die abweisende Haltung gegenüber dem Neurologen während der Untersuchung ist ein weiteres Zeichen. Der stechende Blick, die angespannte Körperhaltung und das nicht mehr erreichbar sein, habe ich nur während der Eskalationsphase beobachten können. Früher schon gezeigtes aggressives Verhalten ist eine für die Vorhersage von Aggression und Gewalt relevante Eigenschaft (Zupan 2003)

Interessant wäre es zu wissen, was die Ursache des aggressiven Verhaltens sein könnte. Krankheitsbedingte Faktoren sind nicht klar auszuschließen, jedoch schwierig zu beurteilen, da noch keine klare Diagnose gestellt ist. Unter die psychischen Faktoren würde ich seine aktuelle soziale Situation (getrennt sein von der Mutter) mit Frustration und einem gesteigerten Bedürfnis nach Aufmerksamkeit einreihen. Eventuell spielen die Angst vor einem Aufenthalt in der Psychiatrie und die Hilflosigkeit in dieser Situation ebenfalls eine Rolle. Da ich Herrn A. diesbezüglich nicht angesprochen habe, bleibt dies eine Vermutung meinerseits. Drogen und Alkohol als Hemmer der Aggressionskontrolle können ausgeschlossen werden. Ich muss annehmen, dass der interaktionsbedingte Faktor mit Herrn T. eine Rolle spielt

haben muss. Es ist jedoch unklar, was genau der Auslöser ist. Auf einer vollbelegten Notfallstation ist der Situations- und umgebungsbedingte Faktor meistens ungünstig. Um Herrn A. im Auge behalten zu können, habe ich ihn in eine der vorderen Kojen gelegt. Diese Kojen sind zwar im Blickfeld, aber für den Patienten sehr unangenehm, da ein hoher Lärmpegel und viel Unruhe herrscht.

2.7.2 GETROFFENE PFLEGEINTERVENTIONEN

- dem Patienten Raum geben
- beruhigen durch gutes Zureden, Gespräch, Caring
- ablenken
- Mitsprache
- Selbstkontrolle
- Medikamente
- restriktive Interventionen

Warum habe ich diese Pflegeinterventionen getroffen? Was würde ich anders machen?

- dem Patienten Raum geben

Herr A. hat das starke Bedürfnis sich zu bewegen. Ich komme ihm teilweise entgegen, indem ich ihn in den Rollstuhl mobilisiere. Bewegung hilft Stress abzubauen. *Für ein anderes Mal würde ich mir die Zeit nehmen, mit ihm eine viertel Stunde zu gehen.*

- Beruhigen durch gutes Zureden, Gespräch, Caring

Ich spreche mit Herrn A. ruhig, empathisch und wertschätzend. Ich versuche auf seine Anliegen einzugehen, muss aber gleichzeitig Grenzen setzen. Das kurze Gespräch über seine Mutter gibt mir einen Anhaltspunkt, warum Herr A. sich so verhält. Ich gebe ihm die verlangte Aufmerksamkeit und versuche durch Zuwendung sein Vertrauen zu gewinnen und sein Sicherheitsgefühl zu fördern. Ich habe keine Zeit gehabt, mit Herrn A. an einem ruhigen Ort das Gespräch zu vertiefen. *Für ein anderes Mal würde ich während diesem viertelstündigen Spaziergang versuchen das Gespräch zu vertiefen.*

- Ablenken

Ich gebe Herrn A. etwas zu essen, um ihn bis zum Eintreffen der Sanität abzulenken. Ebenfalls gebe ich ihm die Möglichkeit rauchen zu gehen. Beschäftigung kann eine Strategie sein, die Selbstkontrolle des Patienten zu fördern. *Für ein anderes Mal würde ich schauen, möglichst die betreuende, schon vertraute Pflegeperson zur Begleitung mitzuschicken und den Sicherheitsdienst nur im Hintergrund halten (Uniformen können ein Trigger für Aggression und Gewalt sein)*

- Mitsprache

Der Neurologe lässt Herrn A. die Wahlmöglichkeit, sich das Dormicum selber zu spritzen. Herr A. ist somit in den Entscheidungsprozess mit einbezogen. Auch dies kann die Selbstkontrolle fördern.

- Eigene Selbstkontrolle

Als Herr A. versucht hat mich zu schlagen, sind bei mir schon im ersten Moment Gefühle wie Ärger und das Bedürfnis zurückzuschlagen aufgetaucht. Ich kann meine innere Ruhe wieder gewinnen, indem ich mir meiner Rolle als Berufsperson bewusst werde und die Situation nicht als Angriff auf mich persönlich werte.

- Medikamente

Herr A. hat ziemlich früh beruhigende Medikamente erhalten. Es kann sein, dass die Situation ohne Temesta und Dormicum schon viel früher eskaliert wäre. Medikamente erachte ich als sinnvolle Unterstützung, sie sind aber kein Ersatz für Gespräche. *Vielleicht wäre eine frühere Rücksprache mit der behandelnden Psychiaterin sinnvoll gewesen. (früherer Einsatz von Neuroleptika?)*

- Restriktive Maßnahmen

Was mit „sanfter Gewalt“ (festhalten am Becken und schieben) angefangen hat, endet mit der Fixierung von Herrn A. mit vier Personen und Zwangsmedikation. Ich frage mich, ohne eine ethische Diskussion über Zwangsmedikation zu führen, ob diese Maßnahmen gerechtfertigt sind. Ich denke, dass im Moment der Eskalation keine andere Möglichkeit bestanden hat, da Herr A. nicht mehr reagiert und Herrn T. und sich selbst gefährdet. *Für ein anderes Mal, würde ich die Situation genauer beobachten und nicht an den Sicherheitsdienst weitergeben. Patienten, die Zeichen von Aggression und Gewalt gezeigt haben, sind gefährdeter die Kontrolle rasch zu verlieren, auch wenn sie im Moment ruhig scheinen. „Sanfte Gewalt“ kann bei gespannten Patienten gefährlich sein.*

2.7.3 SCHLUSSFOLGERUNG

Eine Situation aus der Distanz zu beurteilen ist immer einfacher als mitten im Geschehen zu agieren und zu reagieren. Doch stimmen die getroffenen Pflegeinterventionen mit der Literatur mehrheitlich überein. Wenn ich die Patientensituation durchlese, habe ich das Gefühl, dass das ganze Behandlungsteam richtig reagiert hat. Die getroffenen Pflegeinterventionen haben Herrn A. zumindest vorübergehend beruhigen können. Es ist rein spekulativ, wenn ich behauptete, dass die Situation nicht eskaliert wäre, wenn a) ich mit Herrn A. rauchen gegangen wäre, b) Herr A. überhaupt nicht rauchen gegangen wäre oder c) wenn eine andere nichtuniformierte Person ihn begleitet hätte. Es hat mich doch überrascht, dass die Situation dermassen eskaliert ist. Herr A. ist vor dem rauchen gut lenkbar und kooperativ gewesen.

Mein Fazit aus dieser Situation ist, dass Anzeichen von Aggression und Gewalt erkannt werden müssen und vor allem nicht unterschätzt werden dürfen. Die Pflege in einer solchen Situation muss bewusst auf die Prävention von Aggression und Gewalt gerichtet sein. Phasen der Ruhe dürfen nicht mit Entspannung der Situation verwechselt werden. Eine drohende Eskalation muss immer miteinberechnet werden.

3. EVALUATION

3.1 ÜBERPRÜFEN DER FRAGESTELLUNG

Die vertiefte Auseinandersetzung mit dem Pflegekonzept „Aggression / Gewalt“ ermöglicht mir nun, Anzeichen für ein gesteigertes Aggressionspotential zu beobachten und angemessene Pflegeinterventionen zu treffen. Durch die Analyse der Patientensituation kann ich mein erweitertes Fachwissen an einer realen Situation erproben.

3.2 ÜBERPRÜFEN DER ZIELSETZUNG

Seit ich an dieser Arbeit schreibe, habe ich mehrmals Situationen mit aggressiven Patienten erlebt. Ich habe die Anzeichen von Aggression und Gewalt viel bewusster wahrgenommen und gezielt Pflegeinterventionen treffen können. Obwohl ich den Umgang mit aggressiven oder gewalttätigen Patienten immer noch als sehr anspruchsvoll erachte, konnte ich doch meine Unsicherheit abbauen. Ich fühle mich kompetenter, dies hilft mir auch dabei, meine innere Ruhe zu bewahren.

3.3 KONSEQUENZEN FÜR DIE PRAXIS

Aggressive oder gewalttätige Patienten werde ich in meinem Tätigkeitsbereich auf der Notfallstation immer wieder antreffen. Eine Eskalation lässt sich auch mit meinem erweiterten Fachwissen nicht in jedem Fall vermeiden. Doch es ist wichtig, die Anzeichen im Vorfeld zu erkennen und auf eine solche Situation gefasst zu sein. Wenn ich weiss, was auf mich zukommen könnte, bin ich auf eine mögliche Eskalation vorbereitet und habe einen erweiterten pflegerischen Handlungsspielraum. Dies erlaubt mir mein Repertoire an Pflegeinterventionen besser auszuschöpfen.

Während meiner Recherchen zu dieser Arbeit bin ich auf die „Broset-Risiko-Checkliste“ gestossen. Diese wurde entwickelt von Roger Almvik, Pflegeforscher aus Trondheim (Norwegen). Dieses Instrument dient in der Psychiatrie der frühzeitigen Erkennung des Gewalttrisikos eines Patienten. Es basiert auf einer Studie, in welcher die sechs häufigsten Verhaltensweisen vor einem Gewaltereignis erforscht wurden. Die Patienten werden auf diese Verhaltensweisen hin beobachtet und nach einem Punktesystem bewertet. Da meine Arbeit klar

aufzeigt, wie wichtig das frühe Erkennen von Anzeichen von Aggression und Gewalt ist, frage ich mich, ob ein solches Hilfsmittel nicht auch für die Notfallstation geeignet sein könnte. Für Interessierte ist ein Exemplar im Anhang beigelegt. Ebenfalls sehr wichtig ist die Eigenverantwortung der Pflegenden. Die Reflexion einer erlebten Situation oder eine pflegerische Fallbesprechung zu diesem Thema ermöglicht einen Austausch und erweitert die Fachkompetenz. Ich hoffe, dass meine Arbeit diese Möglichkeit fördert.

3.4 PERSÖNLICHE ERFAHRUNGEN BEIM SCHREIBEN DIESER ARBEIT

Schon auf der Suche nach geeigneter Literatur ist mir klar geworden, dass ich mir ein sehr komplexes Thema ausgesucht habe. Die Literatur ist sehr vielfältig. Die interdisziplinären Ansätze (Psychiatrie, Psychologie, Philosophie, Soziologie) machen es schwierig, sich in diesem Thema nicht zu verlieren. Ich habe diverse Studien über das Thema Aggression und Gewalt auf Notfallstationen gelesen und viel dabei gelernt. Jede Studie wäre wieder ein Thema für sich gewesen. Deshalb habe ich mich schlussendlich auf das Pflegekonzept „Aggression / Gewalt“ als Hauptquelle beschränkt.

Während dem schreiben dieser Arbeit habe ich das Aggressionsverhalten auch in meinem Nichtberufsalltag beobachtet. Aggression und Gewalt sind überall anzutreffen. Ich schliesse meine Arbeit mit der folgenden realen Anekdote ab:

Ich suche einen Parkplatz in der Innenstadt. Überraschenderweise erspähe ich gleich bei meiner ersten Runde einen ideal gelegenen, freien Parkplatz. Ich sehe in einigen Metern Entfernung einen auf der Strasse geparkten Lieferwagen. Ich denke mir aber nichts dabei, bis ein wutentbrannter Mann aus dem Auto springt und wie eine Furie wild gestikulierend auf mich zurast. Der blanke Hass spricht aus seinen Augen. Ich konnte gerade noch die Scheibe hochdrehen, sonst hätte er mich an der Gurgel gepackt. Mit wüsten Beschimpfungen macht er mir klar, dass er vor mir auf den Parkplatz gewartet habe und dass ich sofort verschwinden soll. Ich bin überzeugt, dass wenn ich den Parkplatz nicht freigegeben hätte, die Situation eskaliert wäre. Wie gut hat die Aggressionskontrolle bei diesem Herrn funktioniert?

4. LITERATURVERZEICHNIS

- | | |
|-------------------|--|
| M. Glaus Hartmann | Pflegekonzept „Aggression“; Pflegekonzepte Band 3 Hrsg. S. Käppeli; Verlag Hans Huber 2000 |
| Wilhelm Kempf | „Aggression, naturwissenschaftliche und kul- turwissenschaftliche Perspektiven der Aggres- sionsforschung“ Hrsg. R. Hilke / W. Kempf, Verlag Hans Huber 1982 |
| Louisa Zupan | Unterrichtsunterlagen Fachmodul 1 + 2 Notfallpflege 2003 |