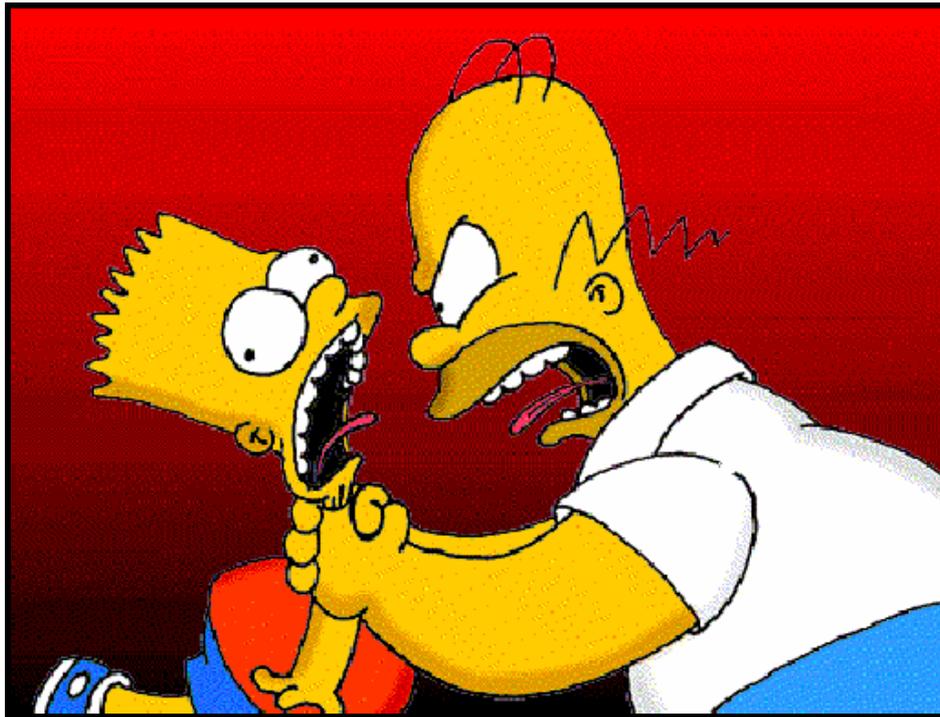


# SCHULUNGSBEDARF VON NOTFALLPFLEGENDEN ZU AGGRESSION



**Verfasserin: Karin Jordi**

**Zertifikatsarbeit Höfa I Aggressionsmanagement**

**Fachberaterin: Ruth Steck-Egli  
Lernbegleiterin: Veronika Picha  
SBK Bildungszentrum Zürich**

**Biberist, Dezember 2005**

## **Dank**

Ein grosses Dankeschön richte ich an meine Teamkolleginnen. Dank ihnen war es mir möglich, Ergebnisse zu erhalten. Ich danke für die Bereitschaft, sich zum Thema Aggression Gedanken zu machen und ein Interview zu geben.

Einen herzlichen Dank für die Begleitung während meiner Ausbildung und der Zertifikatsarbeit richte ich an Frau Veronika Picha.

Für die fachliche Beratung während der Zertifikatsarbeit danke ich Frau Ruth Steck herzlich.

Vielen Dank für das Lesen meiner Arbeit und die Feedbacks: Frau Gaby Grütter und Frau Claudia Robert.

Einen grossen Dank an Herr Martin Flückiger für das Layout der Zertifikatsarbeit.

## **Zusammenfassung**

In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, zu welchen Themenbereichen Schulungen für Notfallpflegende stattfinden müssten, um das Gefühl der Sicherheit im Umgang mit Aggression zu erhöhen.

Zehn Notfallpflegende des Bürgerspitals Solothurn wurden dazu befragt, ob es für sie im Umgang mit Aggression Situationen oder Bereiche gibt, in denen sie sich unsicher fühlen und zu welchen Themen sie sich eine Schulung wünschten.

60 % der Befragten fühlen sich bei physischer, ebenfalls so viele bei verbaler Aggression unsicher. Die Unsicherheit in der Entscheidung, wie überhaupt auf Aggression reagiert werden soll, führt bei der Hälfte der Befragten zu Unsicherheit.

Schulung zu Selbstverteidigung wünschen sich 60 % der Befragten. 50 % der Befragten wünschen zu Kommunikation und zu den Rechten der Pflege Schulungen. Ein Drittel möchte darin geschult werden, wie man eine Person beruhigen kann.

Es zeigte sich, dass die gewünschten Schulungsthemen dem Basiskurs Aggressionsmanagement entsprechen. Aus diesem Grund wäre der Basiskurs die ideale Schulung für Notfallpflegende.

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>3</b>
1.1. Begründung .....	3
1.2. Zielsetzung.....	4
1.3. Eingrenzung.....	4
1.4. Fragestellung.....	5
1.5. Adressaten.....	5
1.6. Aufbau der Arbeit.....	5
<b>2. THEORETISCHER RAHMEN .....</b>	<b>6</b>
2.1. Definition .....	6
2.2. Formen der Aggression.....	7
2.3. Ursachen und Auslöser von Aggressionen .....	9
2.4. Angriffsphasen .....	11
2.5. Vorkommen von Aggression auf Notfallstationen .....	14
2.6. Benötigte Fachkenntnisse im Umgang mit Aggression .....	15
2.6.1. Nonverbale Kommunikation.....	16
2.6.2. Verbale Kommunikation .....	17
2.6.3. Kenntnisse Aggressionstheorien / Phasenmodell .....	18
2.6.4. Konfliktmanagement.....	19
2.6.5. Nachbetreuung .....	20
2.6.6. Sicherheitsmanagement.....	21
2.6.7. Rechtliche Aspekte .....	22
2.6.8. Assessmentfertigkeiten / Risikoassessment .....	22
2.6.9. Ethik / Grundhaltung / Menschenbild.....	24
2.6.10. Nähe / Distanz / Körpersprache (Praxis).....	24
2.6.11. Abwehrtechniken (Praxis) .....	25
<b>3. METHODE .....</b>	<b>27</b>

<b>4. ERGEBNISSE</b> .....	<b>28</b>
4.1. Zusammenfassung der Interviews .....	28
4.1.1. Frage 1.....	28
4.1.2. Frage 2.....	29
4.2. Vergleich Schulungswünsche der Mitarbeiterinnen mit den benötigten Fachkenntnissen .....	30
<b>5. SCHLUSSTEIL</b> .....	<b>33</b>
5.1. Ergebnisse .....	33
5.2. Weiterführende Gedanken.....	35
<b>6. LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>37</b>
<b>7. ANHANG</b> .....	<b>39</b>

## **1. Einleitung**

### **1.1. Begründung**

Aggression und Gewalt sind Phänomene, welche mir bei der Arbeit auf der Notfallstation immer wieder begegneten. Sie lösten bei mir Unsicherheit aus. Ich hatte Angst vor Patienten, die brüllen, Schläge austeilen oder Gegenstände um sich werfen. Oft wusste ich nicht, wie damit umzugehen und handelte aus Instinkt und Berufserfahrung. Doch fehlten mir dabei die Begründung meines Handelns, der fachspezifische Hintergrund und die Unterstützung innerhalb der Institution.

Nach dem Besuch des Basiskurses Aggressionsmanagement habe ich an Sicherheit im Umgang mit Aggression und Gewalt gewonnen. Der Respekt vor aggressiven Patienten ist geblieben, jedoch kann ich nun adäquat reagieren, mein Handeln begründen und Berufserfahrung und Fachwissen miteinander verknüpfen.

Während meiner Ausbildung als Trainerin Aggressionsmanagement habe ich gesehen, welche vielfältigen Handlungsmöglichkeiten es gibt. Ich habe erlebt, dass Aggression in sehr unterschiedlichen Bereichen der Pflege ein aktuelles Thema ist, zum Beispiel in der Psychiatrie, im Rettungsdienst, in der Geriatrie oder in der Arbeit mit behinderten Menschen.

Ich habe den Eindruck, dass in unserem Betrieb Aggression kein Thema ist, über das gesprochen wird. Erst, wenn eine Situation eskaliert und eine Person oder ein Gegenstand Schaden nimmt, muss gehandelt werden. Ich wünsche mir, dass schon präventiv Massnahmen ergriffen werden. Aggression ist nicht erst in der Eskalation vorhanden. Um zu erkennen, wann sie beginnt, welche deeskalierende Massnahmen sind, wie man sich schützen kann und wie professionelles Verhalten aussieht, müssen Fachkenntnisse vorhanden sein.

Ich bin überzeugt, dass mit der Zunahme von Fachwissen auch die Selbsterwartungskompetenz und die Sicherheit im Umgang mit dem Thema zunehmen. Zeller (2003) beschreibt in ihrer Masterthese eine signifikant höhere

Kompetenzerwartung und eine Erhöhung des Sicherheitsgefühls von Pflege-schülerinnen im Umgang mit Aggression nach der Schulung zum Thema.

## **1.2. Zielsetzung**

Das Ziel der Arbeit ist es, die Bedürfnisse der Pflegefachfrauen<sup>1</sup> der Notfallstation zu ermitteln. Ich möchte in Erfahrung bringen, ob es im Zusammenhang mit Aggression Situationen gibt, in denen sie sich unsicher fühlen, und welche Schulungen sie brauchen würden, um Sicherheit im Umgang mit Aggression zu gewinnen.

In den theoretischen Grundlagen werden die fachlichen Kompetenzen eruiert, die benötigt werden, um mit Aggression und Gewalt umgehen zu können.

Mit der Arbeit sollen Aggression und Gewalt im Bürgerspital Solothurn thematisiert und einen möglichen Handlungsbedarf aufgezeigt werden.

## **1.3. Eingrenzung**

In der Arbeit wird keinen Bezug genommen auf sexuelle Gewalt, gegen sich selbst gerichtete Gewalt und Gewalt von Pflegenden an Patienten. Ausserdem wird der mögliche positive Aspekt von Aggression nicht berücksichtigt.

Es wird nur Bezug genommen auf die Notfallstation. Es findet keine Erhebung des Ist-Zustandes bezüglich des Vorkommens von Aggression und Gewalt auf der Notfallstation Solothurn statt.

Die Massnahmen beziehen sich ausschliesslich auf Schulungsmöglichkeiten. Das Beantworten juristischer Aspekte übersteigt die Kapazität der Ausbildung Trainerlehrgang Aggressionsmanagement. Aus diesem Grund können in der Arbeit keine Lösungen angeboten werden. Sie sollten bei Bedarf von Juristen bearbeitet werden.

Mögliche Massnahmen im Bereich Betrieb werden, wenn nötig erwähnt, jedoch nicht eingehender bearbeitet.

#### **1.4. Fragestellung**

Zu welchen Themenbereichen müssten Schulungen für Notfallpflegende stattfinden, um das Gefühl der Sicherheit im Umgang mit Aggression und Gewalt zu erhöhen?

#### **1.5. Adressaten**

Die Ergebnisse der Arbeit richten sich an das gesamte Pfllegeteam der Notfallstation Solothurn, an die Leitung Pflegedienst, an den Sicherheitsbeauftragten des Bürgerspitals, an die Ausbildnerin Notfallpflege und an das Berufsbildungszentrum Gesundheitsberufe in Solothurn.

#### **1.6. Aufbau der Arbeit**

Im ersten Teil werden zuerst allgemeine Hintergrundinformationen und Kenntnisse zum Umgang mit Aggression in Bezug auf die Notfallstation eruiert und bearbeitet.

Anschliessend wird die Methode der Befragung beschrieben und die Ergebnisse zusammengefasst. Die Schulungswünsche der Mitarbeiterinnen werden mit denen in der Theorie erarbeiteten benötigten Kenntnissen verglichen.

Schliesslich werden die Resultate präsentiert und eigene Gedanken weiter ausgeführt.

---

<sup>1</sup> Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird im Text entweder die weibliche oder die männliche Form verwendet.

## 2. Theoretischer Rahmen

In den nachfolgenden Abschnitten 2.1. bis 2.5. werden allgemeine Hintergrundinformationen zu Aggression, wie Definition, Formen, Ursachen, den Phasenverlauf und das Vorkommen von Aggression bearbeitet.

Im Abschnitt 2.6. werden aufgrund der vorangehend gewonnenen Erkenntnisse die zu benötigenden Fachkenntnisse im Umgang mit Aggression eruiert sowie der Praxisbezug zur Notfallstation aufgezeigt.

### 2.1. Definition

Von Aggression und Gewalt gibt es keine einheitliche Definition.

Breakwell definiert Aggression folgendermassen:

„Jeder **vorsätzliche** Versuch, Schaden anzurichten, sei dies nun psychisch oder physisch, ist ein Akt der Aggression.“ (Breakwell 1998, S.11)

Der ICN (International Council of Nurses) unterscheidet Aggression von Gewalt:

Aggression:

„Demütigendes, herabsetzendes oder anderes Verhalten, das einen Mangel an Respekt vor der Würde und dem Wert einer Person zeigt.“ (SBK Sektion SG, TG, AI, AR, 2001/1999, S. 4)

Gewalt:

„Destruktives Verhalten gegenüber anderen Personen.“ (ICN, 2001)

Gewalt ist für mich zerstörerische Kraft, die aber nicht immer mit der Absicht der Schädigung eingesetzt wird. Gewalt kann auch ungewollt geschehen, zum Beispiel durch Verkehrsunfälle. Trotz der fehlenden Absicht kommt eine andere Person zu Schaden. Gewalt kann aber auch willentlich eingesetzt werden und ist dann Teil von Aggression.

Aggression hat für mich zwei Seiten: eine positive und eine negative. So empfinde ich sie im positiven Sinne als bejahende, vorwärtstreibende Kraft, die uns dabei hilft, unsere Ziele zu erreichen. Zum Beispiel eine Arbeitsstelle zu erhalten, für die sich mehrere Personen beworben haben. Die negative

Seite verstehe ich als das bewusst demütigende, herabsetzende und schädigende Verhalten, das auch in den Definitionen beschrieben wird. Es der negative Aspekt von Aggression, der das Thema meiner Arbeit ist.

Ich möchte in meiner Arbeit von Aggression sprechen und schliesse Gewalt mit ein Zeller hat eine für mich zutreffende Definition formuliert:

"Aggression ist demütigendes, herabsetzendes und destruktives Verhalten, das einen Mangel an Respekt vor der Würde und dem Wert einer Person zeigt (...). Dies umfasst sowohl verbale Beschimpfungen oder Bedrohungen als auch physische Angriffe gegen die Person.“ (Zeller 2003, S.7)

## **2.2. Formen der Aggression**

Aggression umfasst sehr verschiedene Formen. Oud (2000) hat in der Poppas-Skala (Perception of Prevalence of Aggression Scale) die folgenden Einteilungen vorgenommen:

**Verbale Übergriffe ohne klare Drohung:** lärmern, herumbrüllen, fluchen, schreien, persönliche Beleidigungen aussprechen

**Verbale Übergriffe mit klarer Drohung:** verbal mit Gewalt drohen, damit drohen, jemandem ausserhalb des Arbeitsplatzes Gewalt anzutun, boshaft fluchen

**Demütigendes aggressives Verhalten:** persönliche Beleidigungen, spucken, abwertende Bemerkungen und Gesten, ausfällig fluchen

**Herausfordernde aggressive Verhaltensweisen:** Verhaltensweisen, die als Provokation empfunden werden oder mit denen einen Streit begonnen wird

**Passive aggressive Verhaltensweisen:** Verhaltensweisen, welche stören, blockieren, irritieren, ohne dass sie gleichzeitig offen aggressiv wirken

**Aggressive spaltende Verhaltensweisen:** Ausspielen von Patienten / Personal gegeneinander

**Bedrohliche körperliche Verhaltensweisen:** Gegenstände werfen (ohne direktes Ziel), treten, schlagen oder verunstalten, Türen zuschlagen, mit Waffen drohen

**Zerstörerische aggressive Verhaltensweisen:** Gegenstände zerstören, Feuer legen, Schlagen oder Treten, welche bei Gegenständen Schäden verursachen.

**Mässige körperliche Gewalt:** treten, schlagen, stossen, kratzen, Fausthiebe austeilen, an den Haaren ziehen, beißen mit keinen oder kleineren Verletzungen, wie z. B. blaue Flecken, Zerrungen, Verstauchungen, Striemen

**Schwere körperliche Gewalt:** Angriffe mit schweren Verletzungen wie z. B. Knochenbrüche, tiefe Wunden, innere Verletzungen, ausgeschlagene Zähne, Bewusstlosigkeit

**Mässige gegen sich selbst gerichtete Gewalt:** sich selbst kratzen, beißen, schlagen, an den Haaren ziehen mit keinen oder kleineren Verletzungen

**Schwere gegen sich selbst gerichtete Gewalt:** Selbstverstümmelung durch Schnitte, Bisse, Verbrennungen mit ernsthaften Verletzungen wie z. B. Schnittwunden, hochgradige Verbrennungen, innere Verletzungen, Brüche, Bewusstlosigkeit, Zahnverlust

**Versuchter Suizid:** Handlungen wie Einnahme einer Überdosis von Medikamenten, Aufschneiden der Pulsadern, von Gebäuden springen, etc, die nicht zum Tod führen

**Vollendeter Suizid:** Handlungen, die zum Tod führen

**Sexuelle Einschüchterung / Belästigung:** obszöne Gesten, exhibitionistische Verhaltensweisen, Verlangen von Geschlechtverkehr oder privaten Treffen, unaufgefordertes privates Anrufen, etc.

**Sexueller Übergriff / Vergewaltigung:** körperlicher Angriff ohne Zustimmung, der zu oralem Sex oder Geschlechtsverkehr führt.

In Bezug auf diese Arbeit interessieren vor allem die Aggressionsformen 1 – 10.

### 2.3. Ursachen und Auslöser von Aggressionen

Steck (2005, S.13) hat aus drei verschiedenen Modellen ein Modell zur Entstehung von Aggressionsereignissen gebaut. Es zeigt die an der Entstehung aggressiven Verhaltens beteiligten Faktoren auf. Die drei Faktoren sind: Aggressor, Situation und Mitarbeiter.

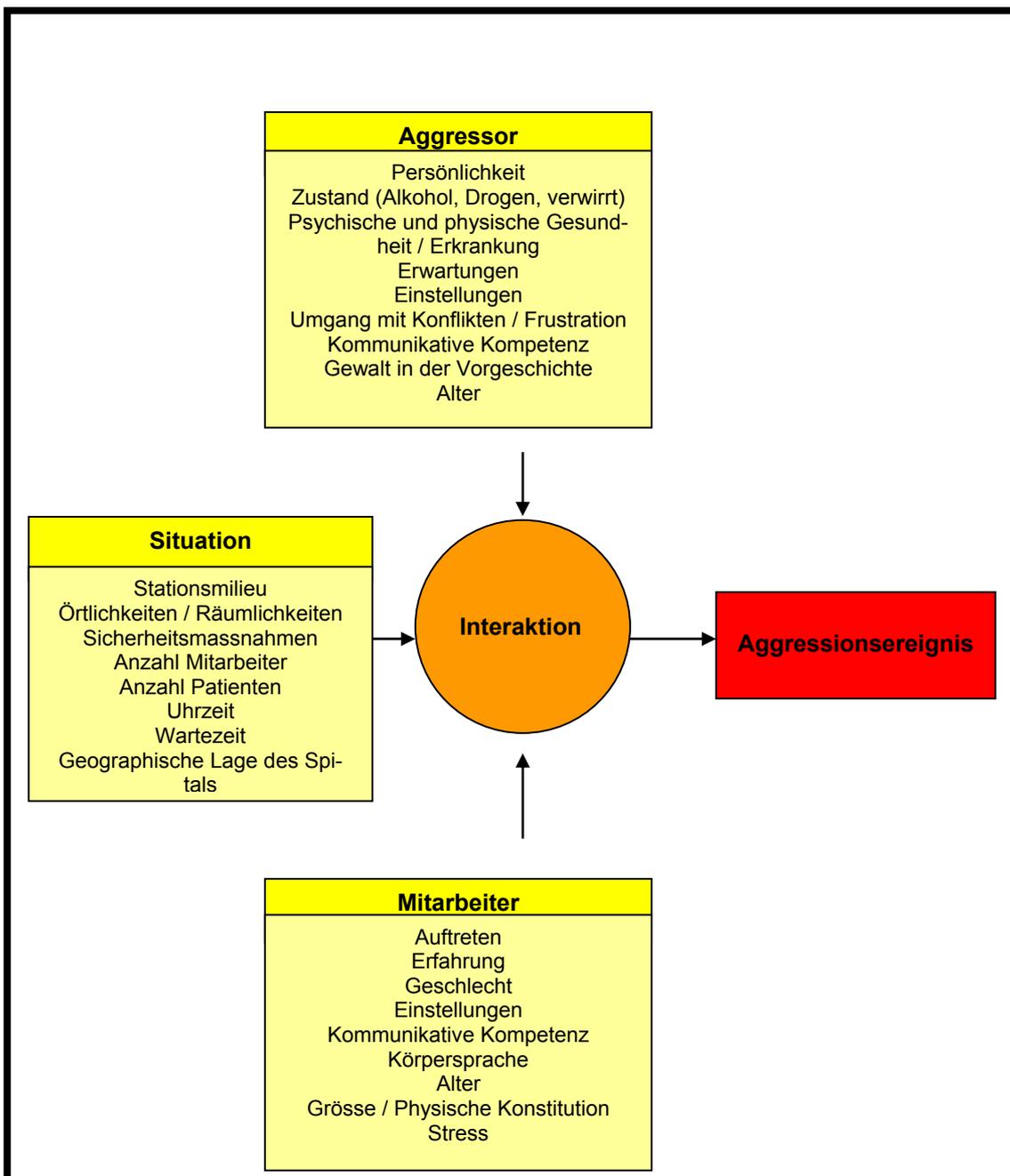


Abb. 1: Faktoren zur Entstehung von Aggressionsereignissen (Steck 2005, S. 13)

Während meiner Berufserfahrung auf der Notfallstation habe ich verschiedene Situationen mit aggressivem Verhalten von Patienten oder Angehörigen erlebt. Es gibt immer wieder ähnliche Situationen; zum Beispiel, wenn Patienten im Wartezimmer auf ihre Behandlung warten müssen. Manche Menschen haben dafür kein Verständnis und haben die Vorstellung, dass sie auf der Notfallstation auch unverzüglich behandelt werden. Dies ist jedoch von verschiedenen Faktoren wie Raumangebot auf der Notfallstation, Schwere der Erkrankung des Patienten, Alters des Patienten etc abhängig. Kinder, schwer erkrankte / verunfallte Menschen oder Patienten, die mit dem Rettungsdienst eintreffen, werden bevorzugt behandelt. Das Warten in einer solchen Lage kann durchaus Aggressionen auslösen.

Anderen sich ähnelnden Situationen bin ich im Zusammenhang mit alkoholisierten Patienten begegnet. Meist in Verbindung mit den Folgen eines Sturzes. Zum Beispiel Hr. X mit einer Kopfverletzung, die eine stationäre Behandlung benötigte. Der Patient hatte kein Krankheitseinsehen, verweigerte weitere Untersuchungen und wollte unbedingt nach Hause gehen. Bei dem Versuch, dies zu verwehren, wurde er aggressiv: er brüllte, fluchte, machte Drohgebärden mit der Faust, hielt mich am Arm fest und stiess mich zur Seite.

Steck (2005, S. 38) zeigt in ihrer Erhebung auf, dass in 60.2% der Vorfälle der Aggressor unter Alkohol- und / oder Drogeneinfluss stand.

Die „langen Wartezeiten“ sind gemäss Steck (2005, S. 38) einer der drei Hauptauslöser. Sie beschreibt, dass in mehr als drei Viertel der Vorfälle die Wartezeit weniger als eine halbe Stunde war. Die „Durchführung einer Massnahme oder Untersuchung“ ist ein zweiter Hauptauslöser, auch mit 18.2%. Der dritte Auslöser ist „dem Patienten wurde etwas verwehrt“ mit 25%.

In der internationalen Zusammenstellung von Martin (2001) sind die drei Hauptursachen von Aggression: lange Wartezeiten für PatientInnen, Alkohol / Drogen und Erwartungen von PatientInnen.

## 2.4. Angriffsphasen

Breakwell (1998) spricht von Angriffsphasen und meint damit, „dass ein Gewaltakt Teil einer Abfolge bestimmter Phasen ist“ (Breakwell 1998, S 55). Ein Aggressionsereignis ist demzufolge die Abfolge von Auslösung, Eskalation, Krise, Erholung und Depression nach der Krise. Das Verhalten und die rationale Erreichbarkeit des Aggressors sind in jeder Phase unterschiedlich. Dieser Tatsache sollte das Gegenüber berücksichtigen und die Interventionen dem Verhalten anpassen. Zur Beschreibung des Verhaltens des Aggressors in der jeweiligen Phase werde ich auch die Interventionen des Gegenübers erläutern. (Beschreibung des Verhaltens und der Interventionen nach Breakwell (1998) und Leadbetter und Patterson (1995))

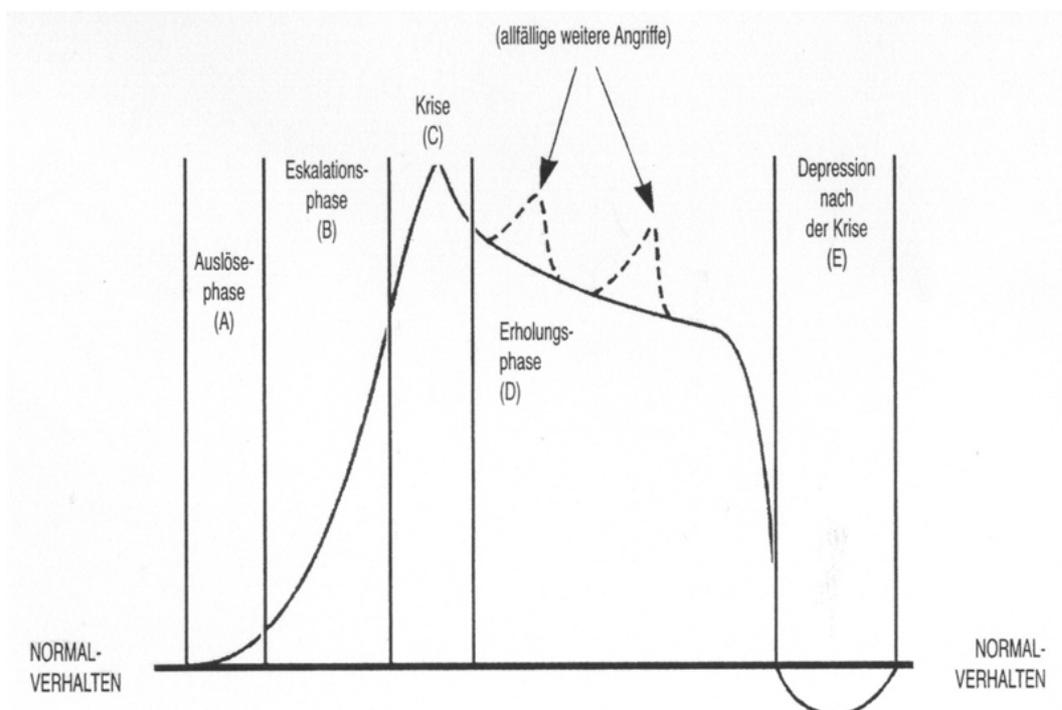


Abb. 2: Die fünf Angriffsphasen (Breakwell 1998, S. 56)

### Auslösung

Die Auslösephase ist der Punkt, an dem eine Person sich von ihrer sonst normalen, nicht-aggressiven Verhaltensweise wegbewegt. Es zeigt sich in einer Veränderung des verbalen oder nonverbalen Verhaltens. Zum Beispiel die Weigerung, in der Notfallkoje zu warten, „ins Wort fallen“ bei Gesprächen,

dem Augenkontakt ausweichen, etc. Die Person ist unruhig und gereizt und hat eine gesteigerte Wahrnehmung. Je weniger uns die Person bekannt ist, desto eher kann es geschehen, dass wir die Frühwarnzeichen eines möglichen Angriffs übersehen. Nicht jeder Mensch reagiert auf dieselbe Art und Weise. Und jeder Mensch reagiert je nach Situation und möglichen Auslösern unterschiedlich. Die Möglichkeit, den Punkt der Auslösung zu treffen, ist hoch. „Es ist, als ob Sie durch ein nicht gekennzeichnetes Minenfeld gingen. Sie haben vielleicht sehr viel Glück und durchqueren es unversehrt. Aber die Wahrscheinlichkeit ist gross, dass Sie auf eine Mine treten werden.“ (Breakwell 1998, S 57)

**Ziel der Intervention:** Einschätzen der Situation, Ursachen / Auslöser identifizieren, Angst reduzieren, verbale Interaktion, Sicherheit vermitteln.

**Massnahmen:** Persönlicher Kontakt herstellen, Gefühle reflektieren, Empathie und Echtheit vermitteln, Bestätigung, Einbezug der Person, offene Fragen stellen, Vermeiden von Fachsprache, Belehrung, Zwang, Bewertung, Kritik und autoritärer Haltung,

### **Eskalation**

Die Folge dieser Phase ist das gewaltsame Verhalten. Die Wahrnehmung ist reduziert. Die nonverbale Sprache des Gegenübers wird fehlinterpretiert. Verschränkte oder an die Hüfte gestemmte Arme werden als aggressiv aufgefasst, der Augenkontakt als beleidigend. Die Person selbst spricht lauter und schneller, atmet schneller, ignoriert Fragen, fixiert sich auf ein bestimmtes Thema und ist nicht mehr sehr empfänglich für rationales Verhalten. Sie sucht bewusst nach Hinweisen, die den Ausbruch des gewaltsamen Verhaltens rechtfertigen würden.

**Ziel der Intervention:** Eskalation verhindern, Sicherheit geben

**Massnahmen:** Kommunikation wie oben. Zusätzlich Deeskalationsmöglichkeiten wie: Absprachen treffen, Kooperation verlangen, Gefahrenquellen in der Umgebung minimieren, Person in eine andere Umgebung bringen, Akzeptables Verhalten benennen, Selbstoffenbarung, Verhandeln, Zeit geben,

kleine Zugeständnisse fordern, Perspektiven anbieten, Vermeiden von Drohungen, Ultimaten, Zwang und Widersprüchen

### **Krise**

Steigende physische, emotionale und psychische Erregung löst die Kontrolle über das rationale Verhalten ab. Offenes aggressives Verhalten wird zunehmend wahrscheinlich. Verbale Kommunikation oder Konfrontation reizt noch mehr. Der Aggressor tendiert zu schwerer körperlicher Gewalt und / oder einer zerstörerischen aggressiven Verhaltensweise. Betten oder Stühle werden umgeworfen, Türen getreten, Betreuungspersonen geschlagen.

**Ziel der Intervention:** Sicherheit für Pflegende und andere Personen aus der unmittelbaren Umgebung.

**Massnahmen:** Alle Personen aus der Gefahrenzone entfernen, wenn nötig Abwehr- oder Teamtechniken einsetzen, Koordination mit den anderen Pflegenden.

### **Erholung**

Langsames Zurückkehren zum Normalverhalten. Die physische und psychische Erregung ist jedoch noch nicht abgeklungen und kann noch bis anderthalb Stunden anhalten. Dadurch könnte durch Interventionsversuche jederzeit ein Rückfall in die Krise ausgelöst werden. In dieser Phase ist deshalb besondere Vorsicht geboten.

**Ziel der Intervention:** Kontrolle und Sicherheit gewinnen

**Massnahmen:** Erwartungen an das Patientenverhalten formulieren, Problemlösungen anbieten, Sicheres Auftreten, Medikamente verabreichen, Verstehen und Einsicht fördern, den Aggressor noch nicht in die Gemeinschaft lassen.

### **Depression nach der Krise**

Die Krise ist vorbei und die Person geistig und körperlich erschöpft. Ihr wird klar, was geschehen ist. Sie kann in Tränen ausbrechen und von Verzweiflung, Reue, Schuld oder Scham überwältigt werden.

**Ziel der Intervention:** Erneute Eskalation vermeiden

**Massnahmen:** Gesprächsführung, Nachbesprechung, Geschehen schildern (Vorboten, Verhalten, Konsequenzen), sozial verträgliche Verhaltensweisen benennen, Wiedereingliederung

Nicht nur der Aggressor durchlebt die verschiedenen Angriffsphasen. Auch das Gegenüber erlebt ähnliche Phasen und die entsprechenden emotionalen und physischen Reaktionen. So ist die Erregung auch in der Krisenphase am Höchsten. Genau zu dem Zeitpunkt, wenn man rational und speditiv handeln müsste. In der Depression nach der Krise fühlt sich auch das Gegenüber geistig und körperlich erschöpft. Müsste aber genau hier Kraft und Motivation für die Nachbesprechung haben.

Ich finde es wichtig, Kenntnis von den Angriffsphasen und den dazugehörigen Interventionen zu haben. Es hilft uns, Situationen richtig einzuschätzen, geeigneten Massnahmen zu ergreifen und die eigenen Kräfte sinnvoll und ökonomisch einzusetzen.

### **2.5. Vorkommen von Aggression auf Notfallstationen**

In einer Übersicht von internationalen Daten zeigt Martin (2003) das Vorkommen von verbaler und physischer Aggression auf Notfallstationen auf. Nach Schnieden (Schnieden in Martin, 2003) haben nur 2.5 % der Pflegenden nie verbale Aggression erfahren. 44.3 % haben manchmal und 42.3 % sogar oft verbale Aggression erfahren. Physische Aggression tritt weniger häufig auf. Hier haben 9.1 % diese nie erfahren. Selten erfahren haben sie 57.6 % und manchmal erfahren haben sie 31.6% der Pflegenden. 2.0 % haben oft physische Aggression erfahren. Zusammengefasst bedeutet dies:

97.5 % der Pflegenden haben verbale Aggression und 90.9 % der Pflegenden haben physische Aggression erfahren.

In einer Erhebung von Aggressionsereignissen in fünf Deutschschweizer Spitälern hat Steck (2005) festgestellt, dass es auf 250 behandelte Patienten einen Vorfall von Aggression gibt. In der Notfallstation des Bürgerspitals Solothurn behandelten wir im Jahr 2004 13'060 Patienten. Pro Tag entspricht das 36 Patienten. Wenn wir die Daten von Steck umrechnen, bedeutet dies, dass wir alle 7 Tage ein Aggressionsereignis haben.

Nach Steck betrug die Anzahl der rein verbalen Angriffe 44.3%, die Anzahl der rein physischen Angriffe 4.6 %. In 44.3 % der Angriffe wurden sowohl verbale als auch physische Aggression eingesetzt. Umgerechnet auf den Notfall des Bürgerspitals Solothurn würde das heissen, dass jede 2. Woche ein Aggressionsereignis stattfindet, bei dem sowohl verbale als auch physische Aggression eingesetzt wird.

## **2.6. Benötigte Fachkenntnisse im Umgang mit Aggression**

Ich finde es wichtig, das richtige Werkzeug zu haben, um eine Aufgabe lösen zu können. Das heisst für den Umgang mit Aggression, die richtigen Fachkenntnisse zu haben, um auf Aggression adäquat reagieren zu können.

Sehr viel wissenschaftlicher belegt Zeller (2003) in ihrer Masterthese meine doch etwas salopp formulierte Aussage. Sie überprüfte den Effekt einer Schulung zu Aggressionsmanagement bei Pflegeschülerinnen. Die Schülerinnen schätzten ihre Kompetenzerwartungen nach einer viertägigen Schulung signifikant höher ein. Das Sicherheitsgefühl schätzen sie auch höher ein. Nach ihrer subjektiven Meinung meistern sie schwierige Situationen auf Grund ihrer eigenen Kompetenz besser.

Grube (2001) zeigt in einer Untersuchung von Pflegepersonal in der Psychiatrie auf, dass ein Selbstschutztraining positive Wirkung auf die frühzeitige Erkennung von Aggressivität sowie auf das Ergreifen von Vorsichtsmassnahmen in potenziell gefährlichen Situationen hat. Das Einüben automatisierter Abwehrtechniken führt zum subjektiven Gefühl von erhöhtem Selbst- und

Eigenschutz sowie einer Reduktion der Anspannung. Die grössere Ruhe und Gelassenheit der Pflegenden wirkt wahrscheinlich auf den erregten Patienten, der sich nun selbst auch weniger aufregt. So wirkt das Selbstschutztraining, auch wenn es in der Situation selber nicht zum Einsatz kommt, dennoch deeskalierend.

Ausgehend von den erarbeiteten Massnahmen in den Angriffsphasen möchte ich mögliche Schwerpunkte von elf Themenkreisen im Umgang mit Aggression kurz erörtern und die Praxisrelevanz zur Notfallstation aufzeigen. Da es den Rahmen meiner Arbeit sprengen würde, alle Themen umfassend zu besprechen, werde ich punktuell einen oder zwei Schwerpunkte erläutern. Die Themen sind deckungsgleich mit den Inhalten eines Basiskurses.

### **2.6.1. Nonverbale Kommunikation**

Nonverbale Kommunikation besteht aus fünf Teilen: Mimik, Blickkontakt, Körperhaltung und –bewegung, Berührung und Umgang mit dem persönlichen Raum. (Duxbury 2002)



Molcho (1988), S. 12

In der Arbeit auf der Notfallstation spielt nonverbale Kommunikation eine grosse Rolle. Wir kennen die Patienten nicht und sie kennen uns Pflegenden nicht. Den Eindruck, den uns das nonverbale Verhalten des Gegenübers vermittelt, hilft uns, eine Situation einzuschätzen.

Bei der nonverbalen Kommunikation geht es darum, sich bewusst zu sein über die Wirkung des eigenen Ausdrucks und über provozierende und deeskalierende Elemente.

Einige Beispiele dazu (nach Oud 2002 und einer Gruppendiskussion im Trainerlehrgang Aggressionsmanagement):

- Kontrolle von Mimik und Gestik (Vermeiden von nicht-bewusster Provokationen, z. B. seitliches Aufstützen der Arme an den Hüften)
- Eigene Emotionen kontrollieren
- Eigene unterschwellige Gefühle klären
- Ruhige Atmung
- Vermeidung ruckartiger und hektischer Bewegungen
- Nicht- aufdringlicher Augenkontakt (Augenkontakt behalten, aber nicht anstarren)
- Offene Hände zeigen
- Versuchen, eine entspannte Haltung anzunehmen, die Füsse sicher auf dem Boden
- Ruhe, Geduld, Empathie und Sicherheit vermitteln

### **2.6.2. Verbale Kommunikation**

Es ist unmöglich, vorauszusagen, was man wann, wem in welcher Situation sagen soll. Es gibt auch verschiedene Kommunikationstheorien, die Möglichkeiten aufzeigen, auf welche Art und Weise wir kommunizieren sollten. Z. B. Schulz von Thun (1981): er spricht von den vier Seiten einer Nachricht, vom unterschiedlichen Verständnis des Senders und Empfängers. Rosenberg (2004) betont die gewaltfreie Kommunikation und die Wichtigkeit der Empa-

thie. Es lohnt sich, einige der Theorien kennen zulernen um die eigene Kommunikation zu überprüfen. Es ist hilfreich, um in der Situation von Aggression auf eine geeignete Gesprächsführung zurückgreifen zu können. Das Gegenüber soll sich ernst genommen fühlen. Das heisst einerseits, dass wir der Person die Wahrheit sagen, andererseits aber auch, dass wir klare Forderungen stellen. Einige Beispiele dazu:

Tab. 1: Beispiele zur Gesprächsführung

Sinnvolle Gesprächsführung	Nicht sinnvolle Gesprächsführung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktives Zuhören</li> <li>• Ausreden lassen</li> <li>• Frage nach Meinung</li> <li>• Frage nach Entscheidung</li> <li>• Einfühlung und Sorge signalisieren</li> <li>• Eigenen Standpunkt klar und direkt formulieren</li> <li>• Grenzen setzen</li> <li>• Meinungsverschiedenheiten und Konflikte benennen (wir sind uns nicht einig)</li> <li>• Erwünschtes Verhalten benennen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Warum“ – Fragen</li> <li>• Komplizierte Fragen</li> <li>• Fachsprache</li> <li>• Ratschläge / Belehrungen</li> <li>• Beurteilungen / Kritik</li> <li>• Phrasen („Nun regen sie sich nicht so auf“, „nun seien sie nicht so dumm“, „was ist denn hier los“)</li> <li>• Unzutreffende Informationen geben</li> <li>• Zu lautes Sprechen</li> </ul>

In Anlehnung an Oud (2002, Handhabung von Aggression, S. 18)

### 2.6.3. Kenntnisse Aggressionstheorien / Phasenmodell

Die Aggressionstheorien vermitteln Kenntnisse über die Ursachen und Auslöser von Aggression, wie in Kapitel 2.4. beschrieben. Mit den Kenntnissen über den möglichen Beweggrund, weshalb eine Person aggressiv wird, ist es auch möglich, eine entsprechende Intervention zu ergreifen zu können. Zum Beispiel den Grund für die lange Wartezeit erklären, die Angst vor der bevorstehenden Untersuchung im Computertomograph nehmen (Einige Patienten haben die Vorstellung, der Computertomograph sei eine geschlossene Röhre, in die sie sich hineinlegen müssen. Diese Vorstellung verursacht Angst.) oder erläutern, weshalb jemand nüchtern bleiben muss.

Das Phasenmodell wurde im Kapitel 2.5. erläutert. In der Praxis ist es hilfreich zu verstehen, in welcher Phase der Aggression man sich befindet, um die Intervention adäquat gestalten zu können. So können in der Auslöse- und Eskalationsphase deeskalierende Massnahmen ergriffen werden. In der Krise jedoch soll man sich nicht in Gefahr begeben und sich dem Aggressor nähern, sondern für Sicherheit sorgen und sich, andere Patienten und seine Arbeitskollegen aus der Gefahrenzone heraus bringen.

#### **2.6.4. Konfliktmanagement**

Beim Konfliktmanagement geht es um Kenntnisse der Physiologie von Konflikten, wie Ursachen, Formen, Einteilung. Ausserdem geht es um das Verhalten in Konflikten: Strategien und Methoden, Konflikte zu lösen. Es ist gut zu wissen, wie Deeskalation erreicht werden kann und welche Strategie einzusetzen sinnvoll ist. Ob man sich durchsetzen und kämpfen oder sich zurückziehen und fliehen möchte. Oder ob man vermeiden / ignorieren als angemessen betrachte. Vielleicht kann man auf den Aggressor zugehen und konfrontieren, verhandeln oder Kompromisse schliessen, so dass beide Parteien einen Gewinn aus der Situation erzielen. Es gibt verschiedene Methoden, mit denen eine Lösung angestrebt werden kann. Sei es mit einem Mediator, als Verhandlung, durch Schlichtung mit einem Schiedsrichter, mit einem Repräsentanten am „Runden Tisch“, mit einem Berater oder einem Therapeut. Nicht alle Methoden lassen sich in der Notfallstation umsetzen. Die Patienten bleiben nur wenige Stunden auf dem Notfall und gehen anschliessend nach Hause, in eine andere Klinik oder werden intern auf eine Bettenstation verlegt. Der Zeitraum zum Handeln ist kurz. Ist der Patient (oder mit ihm seine Angehörigen) nicht mehr auf der Notfallstation, braucht es sehr viel Überwindung, sich weiter auf die Situation einzulassen und den Patienten auf der Station aufzusuchen. Auch aus diesem Grund ist es hilfreich, möglichst frühzeitig eine Deeskalation anzustreben.

### **2.6.5. Nachbetreuung**

„Patientenübergriffe sind traumatisierende Ereignisse.“ (Striptum Richter 2005)

Mögliche Folgen können sein:

- Niedergeschlagenheit, Angst, Panikattacken, Schuld, Versagen, Hass, Hilflosigkeit, lang andauerndes Weinen
- Tremor, Unruhe
- Gefühl der Betäubung, wie im Film weitergearbeitet
- Wunsch nach Verlassen des Arbeitsumfelds
- Wunsch nach Ruhe
- Wut auf Patienten, Wut auf Klinik und Leitung
- Unsicherheit in der Arbeitsumgebung, im Umgang mit Patienten
- Wunsch nach beruflichem Wechsel

(Nach Skriptum Richter 2005)

Traumatisierende Ereignisse können ein Psychotrauma oder eine posttraumatische Belastungsstörung auslösen.

„Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) handelt es sich um ein Störungsbild, das im Wesentlichen drei Symptombereiche umfasst. Dies ist zum einen das Wiedererleben der traumatisierenden Situationen in verschiedenen Modalitäten, zum zweiten das Vermeidungsverhalten hinsichtlich bestimmter Aktivitäten oder Orte bzw. das Verdrängen von Gefühlen und Gedanken, und zum dritten werden Symptome eines erhöhten Erregungsniweaus (Arousal) wie eine erhöhte Herzfrequenz, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen etc. darunter gefasst.“ (Richter und Berger 2005, S. 3)

In der Studie „Posttraumatische Belastungsstörungen nach einem Patientenübergriff“ zeigen Richter und Berger (2005) auf, dass wenige Tage nach einem Patientenübergriff 50 % der Befragten an einer partiellen und 17 % der

Befragten an einer vollständigen „Posttraumatischen Belastungsstörung“ litten. Nach zwei und vier Monaten sank die Belastung.

Betroffene von Aggressionseignissen haben unterschiedliche Bedürfnisse. Das Umfeld sollte in erster Linie Sicherheit und Akzeptanz vermitteln und soziale und emotionale Unterstützung anbieten.

Im Arbeitsalltag, womöglich bei einer strengen Schicht, geht dies schnell vergessen. Wir sind dazu geneigt, nur die Arbeit anzuerkennen, die direkt dem Patienten zugute kommt. Das Innehalten im Arbeitsablauf zur Sammlung von neuen Kräften oder um eine Person gänzlich zu entlasten, ist nicht gleichgestellt. Für Notfallpflegende ist es wichtig, nicht nur den Patienten, sondern auch sich selbst als Einzelpersonen und als Team professionelle Pflege zukommen zu lassen. Wir haben dazu verschiedene Möglichkeiten, zum Beispiel in der Schichtreflexion als Team, mit einer aussenstehenden Person zum Debriefing oder in einem Gespräch mit der Spitalpsychologin.

#### **2.6.6. Sicherheitsmanagement**

„Angestellte haben das Recht auf eine sichere Arbeitsumgebung, das der Arbeitgeber garantieren muss.“ (SBK Sektion SG, TG, AI, AR, 2001/1999, S. 11)

Pflegende sollten sich sicher fühlen im Umgang mit Aggression. Wenn sie mit einer Aggressionssituation nicht umgehen können, sollen sie keine Schuldgefühle entwickeln. Das Management soll deutlich darauf hinweisen, dass Aggression jeglicher Art und Weise nicht toleriert wird.

Das Thema Sicherheitsmanagement befasst sich mit den verschiedenen Aspekten, die ein sicheres Arbeitsumfeld ausmachen.

Der Schweizerische Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) beschreibt folgende Faktoren, von denen die Sicherheit am Arbeitsplatz abhängt:

- Arbeitsplatzsituation
- Umfeld

- Sozialstruktur
- Betriebsklima
- Berufliche Kompetenz des Personals
- Rechtliche Situation
- Haftung des nationalen Berufsverbandes

(SBK Sektion SG, TG, AI, AR, 2001/1999, S. 15)

Die meisten dieser Punkte betreffen nicht die Schulung der Pflegenden, sondern den betrieblichen Bereich. Dennoch sollten sich Pflegende sich damit beschäftigen, um die Situation an ihrem Arbeitsplatz besser einschätzen zu können.

#### **2.6.7. Rechtliche Aspekte**

Müssen Notfallpflegende einen alkoholisierten Patienten mit einer Kopfwunde, die eine ärztliche Versorgung benötigt, aufhalten, wenn er unbedingt das Spital verlassen will? Dürften Notfallpflegende einen Pfefferspray zum Selbstschutz gebrauchen? Dürfen wir uns gegen physische Angriffe wehren? Müssen wir uns verbale Beschimpfungen und Beleidigungen gefallen lassen?

Solche und ähnliche Fragen beschäftigen uns. Wir begegnen ihnen meistens dann, wenn eine rasche Entscheidung notwendig wäre. Leider kann ich im Rahmen meiner Arbeit keine Lösungen anbieten. Zum Beantworten müssen verschiedene gesetzliche Grundlagen hinzugezogen werden. Zum Beispiel die schweizerische Bundesverfassung, die Europäische Menschenrechtskonvention, das Strafgesetzbuch oder das Zivilgesetzbuch. Allgemeingültige Aussagen sind schwierig zu machen. Mithilfe eines Juristen könnten ausgewählte Beispiele bearbeitet und beantwortet werden.

#### **2.6.8. Assessmentfertigkeiten / Risikoassessment**

„Assessment“ ist ein englisches Wort und heisst „Einschätzung“ oder „Bewertung“.

Mit dem Risikoassessment wird versucht, eine Einschätzung des kurzfristigen Gewaltrisikos von Patienten zu machen. Laut Richter (1999) sind 60 – 80 % der Eskalationen im Umgang mit Gewalt im stationären Bereich vorhersehbar. Um die Ursache der Aggression zu ergründen, sollte der Moment vor dem Ausbruch untersucht werden. Verschiedene Faktoren können gewaltverursachend sein:

- Individuelle Faktoren des Patienten: z.B. Überforderung, Angst, Alkohol, Drogen
- Interaktionelle Faktoren der Mitarbeiter: z.B. aufdringliches Fragen, Machtdemonstration, Tiefe Frustrationsgrenze
- Strukturelle Faktoren: z.B. Wartezeiten, enge Raumverhältnisse, fehlende Intimsphäre
- Aktueller situativer Auslöser: z.B. Wunsch nach Rauchen abschlagen, Blick des Personals

„Nicht immer sind Spannungen an beobachtbaren Verhaltensweisen erkennbar, sondern mehr daran, was für Gefühle sie im Gegenüber auslösen. Die eigene Wahrnehmung der Pflegenden, dass sie ärgerlich oder unruhig werden, unter Druck geraten oder Handlungssicherheit verlieren, ist ein verlässlicher Indikator.“ (Sauter, Abderhalden, Needham, Wolff 2004, S. 645)

Ist eine Situation eskaliert, so ist es von Vorteil, wenn das Ereignis dokumentiert und erfasst wird. Aufgrund der Erfassung aller Ereignisse können Statistiken geführt, analysiert und mögliche Konsequenzen abgeleitet werden. Ein mögliches Erhebungsinstrument ist der SOAS-R\*. „(...) SOAS-R\*, ist die an Notfallstationen angepasste Version des SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale Revision) von Nijman et al (1999)“ (Steck 2005, S. 27) Der Erhebungsbogen charakterisiert in fünf Spalten das Aggressionsereignis: Den Auslöser der Aggression, die benutzten Mittel, das Ziel der Aggression, die Konsequenzen für das Ziel/Opfer und die Massnahmen, um die Aggression zu stoppen.

### **2.6.9. Ethik / Grundhaltung / Menschenbild**

Der SBK (2003) beschreibt vier Tugenden, die für den Ausdruck des eigenen Berufsverständnisses stehen. Sie beschreiben die Art und Weise, wie wir uns anderen Menschen und uns selbst gegenüber verhalten sollen:

- Vertrauenswürdigkeit: Wahrnehmen der Rechte des Patienten und sie hilfreich unterstützen, z. B. vertraulicher Umgang mit Patientendaten
- Treue: Einhalten von Versprechen, z. B. Anliegen des Patienten ernst nehmen
- Wahrhaftigkeit: benennen von Unwahrheiten, z. B. Korrektheit der Patienteninformation
- Aufrichtigkeit: fachlich korrekte Pflege gewährleisten, z. B. durch Weiterbildung oder Anwendung einer patientengerechten Sprache

In einer Aggressionssituation ist es ein hoher Anspruch, diese Tugenden einzuhalten. Die Grundhaltung der Pflege sieht (nach Oud 2002) folgendermaßen aus:

- ruhig bleiben
- dem Patienten Verständnis, Respekt und Mitgefühl zeigen
- sich diplomatisch und korrekt verhalten
- das Selbstwertgefühl des Patienten stärken
- klar vermitteln, was man möchte
- die eigenen Grenzen kennen
- die Führung übernehmen
- dem Patienten helfen, seine Erwartungen zu formulieren.

### **2.6.10. Nähe / Distanz / Körpersprache (Praxis)**

Mit praktischen Übungen können das eigene Empfinden von Nähe / Distanz und die eigene Körpersprache erlebt werden. Nachfolgend einige praktische Beispiele zum Umsetzen wichtiger Massnahmen im Umgang mit einem ag-

gressiven Gegenüber. (Nach Duxbury 2002 und einer Gruppendiskussion im Trainerlehrgang Aggressionsmanagement)

- Entspannte Körperhaltung annehmen: mit den Beinen zur Stabilität leicht versetzt stehen, Arme locker am Körper hängen lassen oder entspannt über der Brust halten.
- Ausreichende Körperdistanz, ungefähr eine Armlänge. Auf keinen Fall in die Aura des Gegenübers treten.
- Seitliche Körperhaltung – dadurch wird das Gefühl der Konfrontation vermieden.
- Annäherung an das Gegenüber von der Seite her, ca. 90°, auch wenn die Person im Bett liegt.
- Kein Anstarren des Gegenübers, jedoch natürliche Blickkontakte zwischendurch.
- Die Orientierung über das Umfeld haben, um wenn nötig, einen Fluchtweg zu finden.
- Selbstsicheres auftreten, nicht aggressiv auf Provokationen reagieren.
- Wenn möglich, nicht alleine auf aggressive Patienten zugehen.
- Flucht bei Eskalation der Situation!

#### **2.6.11. Abwehrtechniken (Praxis)**

Die Abwehrtechniken sind praktische Fertigkeiten, die benötigt werden, um sich aus einem Angriff befreien zu können. Es sind koordinierte Techniken, die vermeiden, dass der Angreifer beim Befreiungsversuch körperlich verletzt wird. Um die Techniken zu erlernen und präsent zu halten, braucht es viel Übung und Wiederholungen. Im Basiskurs Aggressionsmanagement belegt der Praxisunterricht die Hälfte des Stundenplanes.

Die erwähnten Techniken sind folgende:

- Abwehrtechnik Handgelenk: Festgehalten werden an einem oder beiden Unterarmen

- Abwehrtechnik Kleider: Festgehalten werden an Kleidungsstücken vorne oder hinten
- Abwehrtechnik Haare reißen: Festgehalten werden am kurzen oder langen Haar
- Abwehrtechnik Umklammerung: Umklammert werden am Oberkörper von vorne oder von hinten
- Abwehrtechnik Würgen: Gewürgt werden von hinten oder vorne, am Boden liegend, an der Wand stehend oder im „Schwitzkasten“
- Abwehrtechnik Beissen: Gebissen werden am Arm
- Schlagen / Treten: Tricks zur Vermeidung von Schlägen oder Tritten mit Armen oder Beinen
- Seitenlage / Arme hinter Kopf: Tricks, um eine Person auf einem Bett ruhig zu halten
- Basisgriffe: Lockeres bis starkes Halten des Sitznachbarn, wenn dieser mit Armen oder Beinen um sich schlägt.
- Teamtechnik: Koordiniertes Überwältigen einer Person mit einem Team. (Diese Technik wird vor allem in der Psychiatrie angewandt, um Personen in das Isolierzimmer zu führen.)

### **3. Methode**

Im Pflorgeteam der Notfallstation des Bürgerspitals Solothurn wurden zehn Kurzinterviews durchgeführt. Die Befragung wurde anhand eines Interviews durchgeführt, weil der persönliche Kontakt mit der Gesprächspartnerin wichtig war. Auf diese Art und Weise konnten Verständnisfragen beantwortet und um genauere Beschreibungen gebeten werden.

Die Auszubildenden der Zusatzausbildung Notfallpflege wurden nicht berücksichtigt. Ebenso wurden die Pflegeassistentinnen nicht befragt. Es wurden je fünf diplomierte Pflegefachfrauen mit und ohne Fachausweis Notfallpflege befragt. Es wurden nur Frauen befragt, da im Team ausser einem auszubildenden Pflegefachmann Notfallpflege keine Männer arbeiten.

Die Interviews wurden mit Einverständnis der Gesprächspartnerinnen auf Tonband aufgenommen. Dies gab die Möglichkeit, sich auf die Gespräche zu konzentrieren. Die Interviews wurden mehrere Male abgehört und die Antworten zusammengefasst. Es wurde keine Transkription vorgenommen.

Die Interview – Fragen lauteten:

1. Erleben von Aggression und Gewalt: Gibt es Bereiche / Situationen, in denen du dich unsicher fühlst? Wenn ja, welche?
2. Gibt es Themen im Umgang mit Aggression und Gewalt, zu denen du dir eine Schulung wünschst? Wenn ja, welche?

## 4. Ergebnisse

### 4.1. Zusammenfassung der Interviews

Die Antworten der einzelnen Interviews sind im Anhang A zu finden.

#### 4.1.1. Frage 1

Erleben von Aggression und Gewalt – gibt es Bereiche / Situationen, in denen du dich unsicher fühlst? Wenn ja, welche?

Tab. 2: Antworten zur Interview Frage 1

Anzahl Nennungen	Antworten
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei physischer Aggression</li> <li>• Bei verbaler Aggression</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ich nicht weiss, wie auf Aggression und Gewalt reagieren</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachts, wenn wenig Personal da ist</li> <li>• Rechte der Pflege</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alleine mit Männern</li> <li>• Nicht wissen, wo Hilfe holen</li> <li>• Wenn eigenes Befinden schlecht ist</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausländer, die sich in ihrer eigenen Sprache unterhalten</li> <li>• Unruhige Patienten, die aus der Koje heraus gehen</li> <li>• Physisch aggressive Kinder</li> <li>• Grosse, kräftige Leute</li> <li>• Distanz zu nah</li> <li>• Geschlossene Kojen</li> <li>• Angst vor Reaktion Team / Vorgesetzte / Betrieb</li> <li>• Angst vor späterer Bedrohung durch Patienten / Angehörige</li> <li>• Die Entwicklung einer Situation nicht abschätzen können.</li> </ul>

Bei physischer Aggression fühlen sich 60 % der Befragten unsicher. Ebenfalls 60 % der Befragten fühlen sich unsicher bei verbaler Aggression.

Die Hälfte der Befragten gab an, dass sie unsicher seien, wenn sie nicht genau wissen, wie sie auf Aggression und Gewalt reagieren sollen.

Ein Drittel der Pflegefachfrauen fühlt sich nachts unsicher, wenn sich weniger Personal auf der Notfallstation befindet. Auch 30 % fühlen sich unsicher in den Rechten der Pflege.

20% fühlen sich unsicher alleine mit Männern (Patienten oder Angehörige) oder fühlen sich unsicher weil sie nicht wissen, wo Hilfe holen oder in Situationen, in denen ihr eigenes Befinden schlecht ist.

Es gibt ausserdem Aussagen, die nur einmal genannt wurden: bestimmte Patientengruppen betreffend (Ausländer, die sich in ihrer Sprache unterhalten, unruhige Patienten, physisch aggressive Kinder, grosse, kräftige Leute), bestimmte Situationen betreffend (wenn die Distanz zu nah ist, wegen Angst vor späterer Bedrohung durch den Patienten, wenn die Entwicklung einer Situation nicht absehbar ist) oder den Betrieb betreffend (geschlossene Kojen, Angst vor Reaktionen aus dem Team, von Vorgesetzten, vom Betrieb).

#### 4.1.2. Frage 2

Gibt es Themen im Umgang mit Aggression und Gewalt, zu denen du dir eine Schulung wünschst? Wenn ja, welche?

Tab. 3: Antworten zur Interview Frage 2

Anzahl Nennungen	Antworten
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstverteidigung</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation</li> <li>• Rechte der Pflege</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen beruhigen können</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundlagen, Theorie allgemein</li> <li>• Umgang mit physischer Gewalt</li> <li>• Umgang mit eigener Aggression</li> <li>• Ruhig bleiben können</li> <li>• Austausch</li> </ul>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere kennen</li> <li>• Situationen verstehen lernen</li> <li>• Wie Hilfe anfordern</li> <li>• Selbstvertrauen</li> <li>• Umgang mit Rassismus</li> <li>• Umgang mit Kritik / Reklamationen</li> <li>• Umgang mit Frust / Angst</li> </ul>

60 % der befragten Personen wünschen sich eine Schulung zur Selbstverteidigung.

In Kommunikation geschult zu werden wünschen sich 50 %. Eine Schulung zu den Rechten der Pflege wünscht sich ebenfalls die Hälfte der Befragten.

30 % der Befragten möchten gerne wissen, wie sie Personen beruhigen können.

Je 20 % wünschte sich eine Schulung zu den Grundlagen und zur Theorie im Umgang mit Aggression, zum Umgang mit physischer Gewalt und zum Umgang mit der eigenen Aggression. Auch je 20 % möchten gerne ruhig bleiben können in aggressiven Situationen und wünschen sich einen Austausch mit anderen Notfallstationen.

Die Aussagen, die nur einmal genannt wurden betreffen die eigene Situation (Selbstvertrauen aufbauen, die Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere kennen lernen), den Betrieb (wie kann Hilfe angefordert werden), das allgemeine Verständnis (Aggressionssituationen verstehen lernen) oder spezielle Situationen (Umgang mit Rassismus, Kritik / Reklamationen, Frust / Angst).

#### **4.2. Vergleich Schulungswünsche der Mitarbeiterinnen mit den benötigten Fachkenntnissen**

Im folgenden Abschnitt werden die Schulungswünsche der Mitarbeiterinnen mit denen im Absatz 2.6. beschriebenen benötigten Fachkenntnissen im Umgang mit Aggression und Gewalt verglichen. Die einzelnen Schulungswünsche werden aufgelistet und diejenigen Fachkenntnisse hinzugefügt, in denen der Schulungswunsch Inhalt ist.

Tab. 4: Vergleich Schulungswünsche mit Inhalt Fachkenntnissen

Schulungswunsch	Inhalt in den Fachkenntnissen
Selbstverteidigung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abwehrtechniken (Praxis)</li></ul>
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verbale / nonverbale Kommunikation</li><li>• Phasenmodell</li><li>• Konfliktmanagement</li><li>• Nähe / Distanz / Körpersprache</li></ul>
Recht der Pflege	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rechte der Pflege</li><li>• Abwehrtechniken</li></ul>

Personen beruhigen können	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggressionstheorie / Phasenmodell</li> <li>• Kommunikation</li> <li>• Konfliktmanagement</li> <li>• Nähe / Distanz / Körpersprache</li> </ul>
Grundlagen, Theorie allgemein	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Theorieblöcke</li> <li>• Nähe / Distanz / Körpersprache</li> </ul>
Umgang mit physischer Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggressionstheorie / Phasenmodell</li> <li>• Verbale / nonverbale Kommunikation</li> <li>• Sicherheitsmanagement</li> <li>• Abwehrtechniken</li> <li>• Teamtechniken</li> <li>• Nähe / Distanz / Körpersprache</li> </ul>
Umgang mit eigener Aggression	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggressionstheorie</li> <li>• Konfliktmanagement</li> <li>• Nachbetreuung</li> </ul>
Ruhig bleiben können	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggressionstheorie / Phasenmodell</li> <li>• Verbale / nonverbale Kommunikation</li> <li>• Ethik / Grundhaltung / Menschenbild</li> <li>• Konfliktmanagement</li> <li>• Nähe / Distanz / Körpersprache</li> </ul>
Austausch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kann stattfinden, wenn mehrere Personen eine Weiterbildung besuchen</li> </ul>
Wirkung des eigenen Handelns auf andere kennen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation</li> <li>• Nähe / Distanz / Körpersprache</li> </ul>
Situationen verstehen lernen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition Aggression / Gewalt</li> <li>• Aggressionstheorie / Phasenmodell</li> <li>• Nähe / Distanz / Körpersprache</li> </ul>
Wie Hilfe anfordern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherheitsmanagement</li> </ul>
Selbstvertrauen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Theorieblöcke</li> <li>• Alle Praxisblöcke</li> </ul>
Umgang mit rassistischen Problemen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggressionstheorie</li> <li>• Ethik / Grundhaltung / Menschenbild</li> <li>• Verbale / nonverbale Kommunikation</li> <li>• Nähe / Distanz / Körpersprache</li> </ul>
Umgang mit Kritik / Reklamationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbale / nonverbale Kommunikation</li> <li>• Konfliktmanagement</li> </ul>
Umgang mit Frust / Angst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachbetreuung</li> </ul>

Wenn alle Schulungswünsche berücksichtigt werden, so sind alle vorgängig beschriebenen Theorieteile als Inhalt der Schulungen enthalten. Alle Themenbereiche werden genannt und als notwendig empfunden. Das heisst, das Team möchte „ganzheitlich“ zum Thema Aggression geschult werden.

Wenn nur die meistgenannten Schulungswünsche (30 % bis 60 %) berücksichtigt werden, so sind das die Wünsche: Selbstverteidigung, Kommunikation, Rechte der Pflege und Personen beruhigen können. Diese Wünsche sind Inhalt in den Fachkenntnissen:

- Abwehrtechniken
- Verbale Kommunikation
- Nonverbale Kommunikation
- Aggressionstheorie / Phasenmodell
- Konfliktmanagement
- Nähe / Distanz / Körpersprache
- Rechte der Pflege

Es sind 7 von 11 beschriebenen Themen, die von der befragten Mehrheit gewünscht werden. Die Themen betreffen sowohl Theorie (Kommunikation, Phasenmodell, Konfliktmanagement, Rechte) als auch praktische Elemente (Abwehrtechniken, Nähe / Distanz / Körpersprache). Es sind Themen, die präventiven Charakter haben (Kommunikation, Aggressionstheorien / Phasenmodell), als auch Themen, die in der Eskalation einer Situation bestimmend sind (Abwehrtechniken, Konfliktmanagement, Rechte der Pflege).

Auf den Phasenverlauf der fünf Angriffsphasen bezogen werden Schulungen zu allen Phasen gewünscht. Zu den Phasen Auslösung, Eskalation, Erholung und Depression nach der Krise sind es die Themen: Aggressionstheorie / Phasenmodell, Kommunikation, Nähe / Distanz / Körpersprache, Konfliktmanagement. Zur Krisenphase sind es die Themen: Abwehrtechniken und Rechte der Pflege. Als einzige Themen werden hier die Nachbetreuung und das Sicherheitsmanagement nicht genannt

## **5. Schlussteil**

### **5.1. Ergebnisse**

Mein Ziel war es, die Bedürfnisse meiner Teamkolleginnen zu ermitteln. Ich habe erfahren, dass es auch für sie Situationen gibt, in denen sie sich unsicher fühlen. Mehr als die Hälfte der Befragten fühlen sich sowohl bei verbaler als auch bei physischer Aggression unsicher und die Hälfte der Befragten fühlen sich unsicher in der Entscheidung, wie sie überhaupt auf Aggression reagieren sollen. Ich selber fühlte mich vor dem Besuch des Basiskurses auch sehr verunsichert im Umgang mit Aggression. Die Ergebnisse der Interviews bestätigen den Eindruck, den ich selbst hatte und der mich motivierte zur Weiterbildung „Höfa I Aggressionsmanagement“. Ich fühlte mich ohnmächtig und unsicher im Umgang mit Aggression auf der Notfallstation. Trotzdem bin ich erstaunt über die grosse Unsicherheit meiner Kolleginnen. Ich vermute, wir kennen die gegenseitigen Unsicherheiten und Ängste deshalb nicht, weil Aggression zum Berufsalltag gehört und wir erst darüber sprechen, wenn eine Situation eskaliert.

Die Notfallpflegenden haben vielfältige Schulungswünsche geäussert. Eine breitgefächerte Schulung scheint ein grosses Bedürfnis zu sein. Es zeigt auf, dass nicht nur in einem, sondern in mehreren Bereichen Schulung notwendig ist. Einerseits werden Kenntnisse zur Selbstverteidigung gewünscht, die mit dem Unterrichten und Üben der Abwehrtechniken erlernt werden können. Andererseits möchten Fragen der eigenen Rechte der Pflege geklärt werden. Mit Hilfe von Juristen können solche Situationen untersucht werden.

Ausserdem ist der Wunsch nach Kommunikationsschulung vorhanden. Im Kontext des Phasenablaufes der Aggression ist es besonders spannend, das verbale und nonverbale Verhalten zu studieren und zu erkennen, wann welche Worte und Gesten angebracht sind oder vermieden werden sollten.

Auch der Wunsch, eine Person beruhigen zu können oder selbst ruhig zu bleiben, wird geäussert. Dazu ist das Verständnis des Phasenablaufes, des

Konfliktmanagements, der Körpersprache und auch des eigenen Menschenbildes notwendig.

In meiner Arbeit wollte ich fachliche Kompetenzen eruieren, die zum Umgang mit Aggression und Gewalt notwendig sind. Ich habe im Abschnitt 2.6. beschrieben, welche Kenntnisse meiner Meinung nach dazu gehören.

Mit meiner Arbeit möchte ich auch erreichen, dass Aggression in unserem Betrieb thematisiert und einen möglichen Handlungsbedarf aufgezeigt wird. Dieses Ziel ist mit der Abgabe der Arbeit natürlich noch nicht erreicht. In meinem Team haben jedoch die zehn Interviews, die ich führen konnte, viele Anregungen zu Diskussionen gegeben. Sie lösten ein reges Interesse am Basiskurs Aggressionsmanagement aus, den ich im Rahmen der Ausbildung durchführe und zu dem ich vier Kolleginnen mitnehmen darf. Das Bedürfnis wurde geäußert, dass dieser Kurs auch weiterhin angeboten werden sollte. Von der ärztlichen Seite habe ich Interesse erfahren und Unterstützung zur Umsetzung angeboten erhalten. Ich denke, ich bin auf einem guten Weg, Aggression ein Thema werden zu lassen, über das gesprochen wird.

Mit den Schulungsthemen, die von den Pflegenden der Notfallstation gewünscht werden, könnte ein „Basiskurs Aggressionsmanagement“ inhaltlich gefüllt werden. Im Basiskurs werden sowohl theoretische Impulse (Kommunikation, Rechte der Pflege, Phasenmodell, Konfliktmanagement, etc) als auch praktische Abwehrtechniken (Befreiung aus Festhalten am Arm, aus Umklammerung Oberkörper, Haare reißen, Beissen, Würgen, etc) unterrichtet. Durch den Besuch des Basiskurses Aggressionsmanagement habe ich grosse Sicherheit und viel Fachkenntnis erlangt. Ich habe nun den Eindruck, auf Aggression in der Notfallstation reagieren zu können. Ich kann Situationen besser einschätzen, mit meiner verbalen und nonverbalen Kommunikation präventiv wirken und dazu beitragen, dass eine Eskalation vermieden werden kann. Ich kenne den Phasenverlauf der Aggression und weiss, dass während einer Eskalation keine Kommunikation mehr möglich ist. Ich hatte oft den Fehler gemacht, auch in dieser Situation an die Vernunft zu appellieren.

Durch sicheres und richtiges Verhalten werden die Qualität der Pflege am Patienten und zugleich die Sicherheit des Personals und der anderen beteiligten Personen erhöht.

Die Fragestellung lautete: „Zu welchen Themenbereichen müssten Schulungen für Notfallpflegende stattfinden, um das Gefühl der Sicherheit im Umgang mit Aggression und Gewalt zu erhöhen?“ Anhand der Interviews konnte diese Frage konkret beantwortet werden. Durch die Verknüpfung mit der Theorie wurde die Relevanz der Themen bestätigt.

Das führt zum nächsten Kapitel:

## **5.2. Weiterführende Gedanken**

Im Rahmen meiner Ausbildung darf ich vier Personen aus meinem Team an den supervidierten Basiskurs mitnehmen. Ich wünschte mir, ich könnte das gesamte Team schulen. Im Basiskurs werden alle Themen unterrichtet, die von den Befragten gewünscht wurden. Das Personal der Notfallstation würde sich sicherer fühlen im Umgang mit Aggression.

Nicht alle Schwierigkeiten lassen sich mit einer Schulung lösen. Bestimmte Themen stehen unter der Verantwortung des Betriebs, wie zum Beispiel die Frage danach, welche Möglichkeiten es gäbe, bei Bedrohung spitalintern unverzüglich Hilfe zu erhalten. Weitere Punkte sind auch die Ängste der Mitarbeiterinnen nachts oder bei geringer Personalanwesenheit. Ich kann diese Themen in meiner Arbeit nicht eingehender behandeln, möchte sie aber auch nicht übergehen. Ich werde meine Arbeit dem Sicherheitsbeauftragten und der Pflegedienstleitung weiterleiten mit dem Vermerk auf diese Schwierigkeiten. Gerne würde ich als Trainerin Aggressionsmanagement mithelfen, Lösungsmöglichkeiten zu finden.

In meiner Zukunftsvision arbeite ich im Bürgerspital Solothurn nebst meiner Tätigkeit auf der Notfallstation als Trainerin Aggressionsmanagement. Darun-

ter stelle ich mir Folgendes vor: Ich führe Basiskurse Aggressionsmanagement durch. Das ganze Team der Notfallstation kann geschult werden und erlangt Sicherheit im Umgang mit Aggression. Ausserdem werden Mitarbeiterinnen aus anderen Bereichen geschult, wie zum Beispiel vom Rettungsdienst, der Intensivstation oder auch der Rehabilitation.

Um die Nachhaltigkeit vor allem der praktischen Kenntnisse zu gewährleisten, werden Refreshkurse angeboten. Für spezielle Fragen oder Themen kann ich auch an einer Teamsitzung oder einem Rapport Unterstützung anbieten.

In der Zusammenarbeit mit dem Sicherheitsverantwortlichen und der Pflegedienstleitung möchte ich gerne nach Lösungen suchen für Schwierigkeiten aus dem betrieblichen Bereich, wie zum Beispiel die Frage nach der spitalinternen unverzüglichen Hilfe bei Bedrohung.

Zu Beginn der Ausbildung hatte ich mir vorgenommen, am Schluss eine Arbeit zu schreiben, die einen Nutzen hat und die vom Team gerne zur Hand genommen wird. Auf keinen Fall soll sie ungelesen im Schrank verschwinden.

Ich hoffe, dass es mir mit meiner Arbeit gelungen ist, Interesse zu wecken oder sogar Impulse zu geben, Schulungen zu Aggression für Notfallpflegende einzuführen.

## **6. Literaturverzeichnis**

Breakwell Glynis (1998): Aggression bewältigen. Umgang mit Gewalttätigkeit in Klinik, Schule und Sozialarbeit. Hans Huber Verlag Bern, 1. Auflage

Duxbury Joy (2002): Umgang mit „schwierigen“ Klienten- leicht gemacht. Verlag Hans Huber Bern, 1. Auflage

Grube, M (2001): Aggressivität bei psychiatrischen Patienten- Einflussmöglichkeiten durch ein Selbstschutztraining. Der Nervenarzt, 72(11), 867 - 871

Leadbetter Davd; Patterson Brodie (1995): Deeskalationsmodell. Skriptum zum Unterricht, Klinikum Stadt Hanau

Martin Jacqueline (2003): Literaturanalyse: Internationale Trends für Notfallpflege. Universität Basel

Molcho Samy (1998): Körpersprache als Dialog. Ganzheitliche Kommunikation in Beruf und Alltag. Mosaik Verlag GmbH München, 1. Auflage

Oud Nico (2000): Aggressions- Wahrnehmungs- Skala. POPAS Fragebogen. Connecting Amsterdam

Oud Nico (2002): Handhabung von Aggression. Skriptum für den Basislehrgang. Connecting Amsterdam

Richter Dirk (1999): Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken: Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. Lambertus Freiburg, 1. Auflage

Richter Dirk (2005): Posttraumatisches Erleben nach einem Patientenübergriff – Hintergründe, Symptome, Nachbetreuung. Skriptum zum Unterricht. Westfälische Klinik Münster

Richter Dirk; Berger Klaus (2005): Posttraumatische Belastungsstörungen nach einem Patientenübergriff. Westfälische Klinik Münster; Universitätsklinikum Münster. Zwischenbericht

Rosenberg Marshall B. (2004): Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens. Junfermann Verlag Paderborn, 5. Auflage

Sauter Dorothea; Abderhalden Chris; Needham Ian; Wolff Stephan (2004):  
Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Hans Huber Verlag Bern, 1. Auflage

Schulz von Thun Friedemann (2005): Miteinander reden 1. Störungen und  
 Klärungen. Rowohlt Taschenbuch Verlag Reineck bei Hamburg, Sonderaus-  
gabe März 2005

Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK  
Sektion SG, TG, AI, AR (2001): Leitfaden zum Umgang mit Gewalt am  
Arbeitsplatz. (T. Bucher, Übers.). St. Gallen: Autor (Original erschienen 1999:  
Guidelines on Coping with Violence in the Workplace)

Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK  
(2003): Ethik in der Pflegepraxis. Bern: Autor

Zeller Adelheid (2003): Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei  
PflegeschülerInnen. Masterthese. Universität Maastricht / WE'G Aarau

Titelbild: <http://www.vcard.homer-simpson.de> (zugegriffen am 02.10.2005)

## 7. Anhang

### A: Zusammenfassung der Interviews

Um die Anonymität zu gewährleisten, habe ich den Interviews Buchstaben zugeordnet, um nicht von der Reihenfolge auf die Person schliessen zu können.

#### Interviewfragen

##### Frage 1

Es geht ums Erleben von Aggression und Gewalt. Als Aggression und Gewalt verstehe ich:

- Verbale Aggression mit / ohne Drohung
  - Beleidigungen / Beschimpfungen
  - Aktive / Passive Aggression
  - Werfen von Gegenständen
  - Gezieltes Zerstören von Gegenständen
  - Körperliche Gewalt, mässig und schwer
- Gibt es Bereiche / Situationen, in denen du dich unsicher fühlst?  
Wenn ja, welche?

##### Frage 2

Gibt es Themen im Umgang mit Aggression und Gewalt, zu denen du dir Schulung wünschst?  
Wenn ja, welche?

#### Interview A

##### Frage 1

- Verbale Aggression von Jugendlichen / Drogensüchtigen
- Physische Aggression gegenüber Gegenständen, Personen oder eigene Person
- Wie darf ich reagieren? Angst vor Reaktionen des Betriebs / Teams
- Wie Handeln in Situationen von Aggressivität?
- Rechtliche Aspekte

##### Frage 2

- Wie mit physischer Gewalt umgehen?
- Austausch
- Abwehrmöglichkeiten
- Dürfen wir Pfefferspray benutzen?

#### Interview B

##### Frage 1

- Physischer Angriff, körperliche Gewalt macht Angst
- Grosse kräftige Leute

Frage 2

- Dass Gewalt nicht entsteht, dass man das Gegenüber beruhigen und „obenabholen“ kann.
- Selbstverteidigung, wie man ausweichen kann.

### **Interview C**

Frage 1

- Nachts, wenn wenig Personal
- Ratlosigkeit, wie damit umgehen / Umgang mit Aggression und Gewalt
- Nicht klar, an wen man sich wenden kann, wo Hilfe holen
- Geschlossene Kojen
- Alleine mit Männern, wegen des Kräfteverhältnisses
- Wenig Personal, alleine
- Ausländer, die in ihrer eigenen Sprache sich unterhalten

Frage 2

- Grundlagen, Theorie allgemein
- Situationen verstehen lernen
- Jemanden beruhigen
- Selbstverteidigung
- Professioneller Umgang, ruhig bleiben
- Kommunikation, Gesprächsführung
- Selbstvertrauen
- Nicht einschüchtern lassen
- Rechte der Pflege

### **Interview D**

Frage 1

- Eigenes Befinden wichtig
- Wie geht es weiter, wenn Gewaltbereitschaft da ist? Wie schätzt man den Aggressionsverlauf ein?
- Angst vor Physischer Gewalt

Frage 2

- Nervenstärkende Schulung
- Kommunikation
- Wie mit Aggression / Frust / Angst umgehen?
- Wie wirkt man auf andere? Eigene Reaktionen auf andere in gestressten Situationen kennen lernen

### **Interview E**

Frage 1

- Abhängig von eigener Verfassung
- Physische Gewalt an Gegenständen / Personen
- Nachts
- Alleine sein
- Wie ausweichen / verteidigen?

Frage 2

- Selbstverteidigung
- Pfefferspray einsetzbar auf INOS?
- Austausch mit anderen Notfallstationen

**Interview F**

Frage 1

- Hilflos, ausgeliefert, wenn jemand randaliert
- Distanz einhalten schwierig
- Vor allem nachts, Frauen alleine auf Schicht
- Fehlendes Konzept im Hause, um Hilfe anzufordern
- Mühe mit mutmasslicher physischer Gewalt an Gegenständen und Personen
- Verletzungen durch verbale Aggression

Frage 2

- Wie Hilfe anfordern? Kein Aufgebot im Hause
- Umgang mit rassistischen Problemen
- Selbstverteidigung
- Umgang mit Kritik / Reklamationen

**Interview G**

Frage 1

- Verbale aggressive Äusserungen
- Unruhige Patienten, die aus Koje heraus gehen, wie zum Beispiel „Drögler“, unbekannte Personen, psychisch dekompenzierte. Warum sie so sind, was sie für ein Problem haben.

Frage 2

- Wie verhalten bei verbalem Angriff
- Kommunikation
- Nonverbales Verhalten

**Interview H**

Frage 1

- Verbale Aggression jüngerer Leute
- Was muss ich mir alles bieten lassen?
- Unsicherheit, was ich für Möglichkeiten habe, mich zu wehren

- Physisch aggressive Kinder, die ihre Zunge rausstrecken, das Pflegepersonal treten

#### Frage 2

- Rechte der Pflege
- Wie kann ich, wenn ich Aggressionsgefühl gegenüber Patienten habe, damit umgehen?

### **Interview I**

#### Frage 1

- Beleidigung / Beschimpfung über längere Zeit
- Werfen von Gegenständen / Angriff auf Person oder Gegenständen verursacht Angst
- Nicht wissen, wie auf Gewaltsituationen reagieren (um nicht verletzt zu werden, den anderen nicht zu verletzen und Drittpersonen nicht verletzen zu lassen)

#### Frage 2

- Reaktion auf körperlichen Angriff. Wie reagiere ich darauf, ohne den anderen zu verletzen? (Befreiungstechniken – wie kriege ich eine schwierige Situation in den Griff)
- Kommunikation mit Aggressor
- Wie jemanden beruhigen

### **Interview J**

#### Frage 1

- Verbale Angriffe
- Wie reagieren? Was darf ich?
- Rechtliche Grundlagen
- Was kommt dann später zurück von Patient (Angst vor späterer Rache des Patienten)
- Wie gehe ich mit meiner eigenen Aggression um?
- Umgang mit Aggression nach dem Ereignis

#### Frage 2

- Wie mit Aggression umgehen? (Allgemein)
- Rechtliche Aspekte
- Umgang mit eigenen Aggressionen nach Ereignissen