

Universitätsspital Zürich

Weiterbildung in Notfallpflege

**Verhindern von Aggressionen / Gewalt auf der Notfallstation
durch wissendes, reagierendes und agierendes Pflegepersonal**

Christa Meier

Spital: Lachen – Gesundheitszentrum am See

Erstellungsdatum: 29.6.2004

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
1.1. Problemstellung.....	2
1.2. Die Institution.....	2
1.3. Patientenzielgruppe.....	2
1.4. Beschreibung konkreter Situationen (Fallbeispiele).....	3
1.4.1. Erstes Fallbeispiel.....	3
1.4.2. Zweites Fallbeispiel.....	4
1.5. Fragestellung / Abgrenzung.....	4
1.6. Ziel.....	4
2. Hauptteil	5
2.1. Definition von Gewalt und Aggressionen.....	5
2.2. Mögliche Ursachen / Auslöser.....	5
2.3. Aggressionen und Gewalt erkennen.....	7
2.4. Theorien / Modelle zur Erkennung von Aggressionspotential und dem Ablauf in der Entstehung von Aggressionen bis hin zur Eskalation.....	9
2.5. Prävention / Intervention.....	11
2.5.1. Mögliche Interventionen in den Angriffsphasen.....	11
2.5.2. Allgemeine Präventive Massnahmen.....	12
2.6. Verknüpfung Theorie / Praxis.....	14
2.6.1. Erstes Fallbeispiel.....	15
2.6.2. Zweites Fallbeispiel.....	17
3. Schlussteil	19
3.1. Überprüfung der Fragestellung.....	19
3.2. Überprüfen der Zielsetzung.....	20
3.3. Konsequenzen für die Praxis.....	20
3.4. Evaluation.....	20
4. Literaturverzeichnis	21

1. Einleitung

1.1. Problemstellung

Die Aggressionsbereitschaft von den von mir, in meinem Team zu betreuenden Menschen auf dem Notfall scheint immer mehr zuzunehmen. Gewalt gegenüber von uns Pflegenden, Ärzten und anderen Patienten wird ausgelebt. Ein Thema, das das Team nun über längere Zeit bereits beschäftigt, da es Teil vom Berufsalltag geworden ist.

Der Druck im Alltagsleben scheint oft so stark zu sein, eine weitere Veränderung wie Krankheit oder ein Unfall kann nicht mehr gemeistert werden. Der Zeitpunkt auf dem Notfall ist getragen von Überforderung. Eine Handlung, geprägt von Gewalt und Aggression, scheint dann als Bewältigung die einzige Möglichkeit. Gewalt wird auch eingesetzt als Mittel der Zielerreichung.

Als Pflegende ist es notwendig, Augen und Ohren offen zu halten, ein Gespür zu entwickeln im richtigen Augenblick Gewalt mit einer professionellen Handlung abzufangen, damit eine Eskalation verhindert werden kann. Es ist ein Muss sich mit dem Thema auseinanderzusetzen, eine erhöhte Aggressionsbereitschaft bei sich und anderen zu erkennen. Sich und andere zu schützen und kompetent der Gewalt entgegen zu wirken, um eine Eskalation vorzubeugen. Es ist zu vermeiden, dass jemand körperlich verletzt wird oder eine Pflegende nicht mehr bei uns arbeiten kann, weil die Angst vor solchen Eskalationen überhand gewonnen hat. Sie braucht Sicherheit im Umgang mit solchen Situationen, indem sie sich mit diesem Thema auseinandersetzt.

1.2. Die Institution

Das Regionalspital Lachen ist ein 125-Bettenbetrieb. Die Notfallstation verfügt über einen kleinen Notfall-Operationssaal, ein Gipszimmer, ein Schockraum sowie vier weitere Aufnahmeplätze zur Triage und Behandlung von Patienten.

Es besteht ein separater Notfalleingang. Die Türen sind von aussen verschlossen und die Pflegeempfänger oder Angehörigen haben sich mittels Bedienung einer Glocke anzumelden. Sie werden von einer Diplomierten Pflegefachfrau oder allenfalls einem Rettungssanitäter in Empfang genommen, kurz befragt und dementsprechend triagiert.

Wir behandelten im Jahr 2003 7500 Patienten, die Zahlen sind stark zunehmend.

Die Notfallstation ist auf kleinem Raum gebaut, der Platz ist sehr begrenzt, sodass es unübersichtlich und verschachtelt wirkt. Von sieben Uhr morgens bis abends elf arbeiten wir zu zweit in zwei verschiedenen Schichten. In der Nacht ist eine Pflegefachfrau allein für den Notfall zuständig, sie kann allerdings Hilfe anfordern bei den Rettungssanitätern, sofern sie nicht ausgefahren sind.

Um die Sicherheit zu verstärken, wurden vor einigen Monaten Überwachungskameras beim Eingang und Warteraum installiert. Bei einer Eskalation oder Unsicherheiten verfügen wir über einen Alarmknopf, welcher Unterstützung bei der Intensivstation und dem Sekuritas-Dienst anfordert.

1.3. Patientenzielgruppe

Die Notfallstation ist rund um die Uhr geöffnet und für jedermann zugänglich.

1.4. Beschreibung konkreter Situationen (Fallbeispiele)

1.4.1. Erstes Fallbeispiel

Ein siebenjähriger italienischer Junge (Roberto) wird vom Rettungsdienst zu uns auf den Notfall gebracht. Er ist von einem Auto angefahren worden und hat sich dabei eine Oberschenkelfraktur zugezogen.

Die Bergung schien schwierig gewesen zu sein. Bei uns geht es dem Jungen den Umständen entsprechend gut. Er hat keine Schmerzen, das Bein ist fixiert und er kann uns genau erzählen, was geschehen ist. Für sein Alter scheint er mir sehr verständlich, erzählt viel von sich, stellt Fragen und ist sehr lebhaft.

Ungefähr eine halbe Stunde später treffen die Angehörigen ein, die in der Zwischenzeit von der Polizei informiert worden sind: Vater, Mutter, Bruder, Grossvater und Onkel möchten zu Roberto.

Alle sind sehr aufgeregt, was mir auch verständlich ist. Ich informiere sie kurz über den momentanen Zustand und bitte zwei von ihnen herein zu Roberto. Ich erkläre ihnen, dass auf Grund der Platzprobleme nicht alle gleichzeitig hereinkommen können und bitte die anderen, im Wartezimmer Platz zu nehmen. Sie sind damit nicht einverstanden. In lautem schroffen Ton reden sie alle durcheinander auf mich ein, alle möchten zu Roberto, sehen, ob es ihm auch wirklich gut geht. Ich kann das verstehen, so versuchte ich, mit ihnen einen Kompromiss zu finden und lasse alle für begrenzte fünf Minuten herein, danach müssen sie sich entscheiden, wer bleibt.

Nach zehn Minuten sind noch immer alle da, worauf ich nochmals auf sie zugehe. Sie hören mich nicht an, scheinen mich gar nicht wahrnehmen zu wollen. Der Vater redet wild auf Roberto ein, in einer Sprache, die ich nicht verstehe und in einem Ton, der nichts Gutes vermag. Die Mutter versucht den Vater zu beruhigen, der Onkel schimpft mit dem Bruder, weil er ungeduldig ist, Roberto fängt zu weinen an, es herrscht ein riesen Durcheinander.

Ich schlage einen ebenfalls lauten, klaren und bestimmtem Ton an, worauf sich Grossvater, Bruder und Onkel ins Wartezimmer zurückziehen.

Alle Aufnahmeplätze sind belegt, auf dem Gang sitzen sie Stuhl an Stuhl und alle warten auf ärztliche Behandlung. Der Lärmpegel ist hoch und es herrscht eine angespannte Stimmung.

Plötzlich tritt der Vater aus dem Zimmer, schreit wild durcheinander, beklagt sich darüber, dass kein Arzt bei seinem Sohn ist. Bevor ich Zeit zum Überlegen hatte, wie ich nun zu handeln hatte, wirft er das Büromaterial durch das Zimmer, rupft an meinen Kleidern und stösst mich. Der Arzt, der für Roberto zuständig ist, greift ein, geht zusammen mit ihm zu Roberto. Er versucht mit Informationen und Erklärungen die Situation zu beruhigen. Der Vater ist so sehr erregt, kann sich nicht beruhigen, greift nun auch die Mutter an, wirft den Arzt zur Wand, es eskaliert. Die Polizei bringt ihn schliesslich mit Gewalt zur Ruhe.

Später in der Radiologie, wo ich alleine bin mit Roberto, erzählt er mir traurig von seiner Familie. Dieser Umgang, die Art von Konfliktbewältigung, scheint er zu kennen. Der Vater scheint ein Alkoholproblem zu haben und die Mutter immer wieder zu schlagen. Sie wollten einen Tag später für mehrere Wochen in die Ferien nach Italien fahren, was zum jetzigen Zeitpunkt aber so nicht möglich ist. So musste sich Robert und die Mutter mit Vorwürfen berieseln lassen.

1.4.2. **Zweites Fallbeispiel**

Die Notfall-Glocke klingelt. Draussen steht ein Mann mitte 40, zwei Kinder mit dabei. Vor einer Woche wurde er von seiner Katze gebissen, worauf er erstmals den Notfall aufsuchte und die Wunde chirurgisch versorgt wurde. Einen Tag später sollte er sich beim Zentrum für ambulante Chirurgie bei uns im Spital zur Wundkontrolle melden. Er hat den Termin nicht wahrgenommen, hatte keine Lust zu kommen, laut seinen eigenen Aussagen. Die Wunde war zum jetzigen Zeitpunkt mit einem Putzlappen und Schnur verbunden. Da alle Behandlungsplätze besetzt waren, bat ich ihn, im Wartezimmer Platz zu nehmen und sich 10-15 Minuten zu gedulden. Ohne Worte mit murriger Miene setzte er sich hin und befahl den Kindern, sich auch zu setzen.

Nach fünf Minuten klingelte es aus dem Wartezimmer. Ein Schwall von Worten kam über mich: er warte nun seit 30 Minuten, welche Sauerei es sei, dass er als Notfall warten müsse, ob wir alle Notfälle verrecken lassen würden... Um ihn zu unterbrechen, fragte ich ihn nach Schmerzen. Worauf er mir antwortete, dass dies wohl im Moment nicht wichtig sei und ich solle jetzt besser vorwärts arbeiten... Ich bestätigte ihm, mein Bestmögliches zu tun.

Kurz darauf bat ich ihn herein, entfernte den Lappen, um die Wunde anzuschauen. Eine hoch infizierte Wunde präsentierte sich. Ich hatte bereits erfasst, dass eine „Moralpredigt“ unter diesen Umständen wohl nicht das Richtige war. Anstelle dessen erklärte ich ihm, dass es gut war, die Wunde zeigen zu kommen. Nach der Reinigung der Wunde und sterilem, feuchtem Abdecken informierte ich ihn, dass der Arzt in fünf Minuten bei ihm sein werde. Ich drehte mich um, wollte den Raum verlassen, schon knallte es hinter mir und Materialien, die umherstanden flogen durch den Raum, gespickt mit Fluchwörtern.

Total perplex fragte ich ihn in ruhigem Ton, was ich für ihn tun könne? „Gib mir einen Verband, dann haue ich ab“, war seine Antwort. In Anbetracht der infizierten Wunde wäre eine Behandlung wirklich von Wichtigkeit gewesen. So versuchte ich ihn zuerst in ruhigem, informativem Gespräch zu überzeugen zu bleiben. Schnell war mir klar, dass ich so wohl nicht weiter kommen würde und wurde etwas laut und sehr deutlich und fragte, ob er seine Hand verlieren wolle. Er stiess mich auf die Seite, schrie die Kinder an mitzukommen und verliess den Notfall.

1.5. **Fragestellung / Abgrenzung**

- Wann kann von aggressivem bzw. gewalttätigem Verhalten gesprochen werden?
- Was sind Auslöser, Ursachen von Gewalt und Aggressionen?
- Wie erkenne ich eine erhöhte Aggressionsbereitschaft? Anzeichen dafür?
- Welche Interventionsmöglichkeiten sind vorhanden, um eine Eskalation zu verhindern oder Anbahnung von Aggressionen zu unterbrechen?

Gewaltausübung an Kindern, sowie die sexuelle Gewalt werden in meiner Arbeit kein Thema sein.

1.6. **Ziel**

Ich möchte Sicherheit erlangen im Umgang mit aggressiven und gewalttätigen Menschen durch das Wissen theoretischer Grundlagen. Eine Reflexion bisheriger pflegerischer Handlungen anhand von zwei Fallbeispielen soll stattfinden um daraus zu lernen und Kompetenz zu gewinnen. Gelerntes in den Berufsalltag mitnehmen und umsetzen.

2. Hauptteil

Wenn man Aggressionen und Gewalt kontrollieren, ihnen das zerstörerische Potential nehmen will, muss man zunächst einmal verstehen, was Aggressionen und Gewalt eigentlich sind, wie sie entstehen, welche Ursachen sie haben, wie sie sich im Laufe des Lebens entwickeln und durch welche Umstände sie ausgelöst werden können.

2.1. Definition von Gewalt und Aggressionen

Die absichtliche Schädigung von Menschen durch Menschen ist Gewalt. Anders ausgedrückt: Gewalt liegt dann vor, wenn es Opfer gibt. Der enge Gewaltbegriff beschränkt sich auf die zielgerichtete, direkte physische Schädigung. Der weiter gefasste Gewaltbegriff schließt neben der körperlichen auch die psychische bzw. verbale Gewalt ein (vgl. www.lexikon.de).

„Es wird immer dann von Gewalt gesprochen, wenn eine Person zum Opfer wird. Das heisst, vorübergehend oder dauernd daran gehindert wird, ihrem Wunsch oder ihren Bedürfnissen entsprechend zu leben. Gewalt heisst also, dass ein ausgesprochenes oder unausgesprochenes Bedürfnis des Opfers missachtet wird.“ (Kienzle, Paul 2001 S.16)

Als Aggression (lat. Aggredi – herangehen, angreifen) wird feindseliges Verhalten bezeichnet, das die eigenen Interessen unter Verletzung der Interessen des Gegenübers durchzusetzen versucht. Aggression als Verhaltensweise ist im Tierreich weit verbreitet. Speziell im Zusammenhang mit menschlichem Verhalten äussert sich Aggression in verbalen oder tätlichen Angriffen gegenüber Personen, Personengruppen und Sachen (vgl. www.lexikon.de).

„Aggression ist eine Verhaltenssequenz, deren Zielreaktion die Verletzung einer Person ist, gegen die sie gerichtet ist.“ (Bierhoff, Wagner 1998 S.5)

Gewalt und Aggression sind für mich zwei Begriffe, die nahe beieinander stehen. „Negative“ Aggressionen können Gewalt auslösen. Damit meine ich schlechte Gefühle, Energien und Gedanken können bei Übertreten einer gewissen Reizschwelle, die bei jedem auf einem anderen Niveau gesetzt sind, Aggressionen und Gewalt herbeiführen. Aggressionen, die konstruktiv, ohne Verletzung einer anderen Person, ausgelebt werden, sind für mich positiv. Sie tragen zur Persönlichkeitsentwicklung und Erkennen meiner Reizschwelle, Belastungsgrenze bei. Unter konstruktivem Ausleben verstehe ich zum Beispiel künstlerisches Schaffen. Energien durch Aggressionen werden in Farben, Formen, Material usw. deponiert. Aggressionen haben für mich mit Emotionen zu tun, welche wir alle anders, mehr oder weniger spüren und leben.

Bei Gewalt hingegen bleibt immer Schlechtes, Böses zurück. Sei es bei mir selber oder einer anderen Person. Eine Verletzung, die prägt und nicht wieder rückgängig zu machen, sondern im Rucksack das ganze Leben, einmal mehr oder weniger präsent zu tragen ist.

2.2. Mögliche Ursachen / Auslöser

Aus meinen eigenen Erfahrungen und den Anregungen der gelesenen Literatur habe ich eine Liste von möglichen Faktoren, welche Aggressionen auslösen und begünstigen können, zusammengestellt. Teilweise werde ich sie mit kurzen Beispielen erläutern.

Frustrationen

Wie oft werden von der Pflege bzw. von den Ärzten schlechte Nachrichten überbracht. Der Patient leidet vielleicht bereits an einer chronischen Krankheit, welche sein Leben prägt und plötzlich hat er sich mit einer neuen zusätzlichen Krankheit auseinanderzusetzen, was verständlicherweise Frustrationen hervorrufen kann.

Persönliche Notsituationen

Eine Mutter von drei Kindern wartet nun seit langer Zeit auf den Arzt. Die Kinder sind alleine zu Hause, der Ehemann bei der Arbeit, die Nachbarn nicht zu erreichen... Sie macht sich natürlich grosse Sorgen und steht unter starkem Druck.

Neue Lebenssituation

Den plötzlichen Verlust des Partners durch einen Unfall. Man ist alleine gelassen, muss den Weg selbständig weiter gehen.

Wirkung von Suchtmitteln

Durch Alkohol- und Drogenkonsum kann eine Enthemmung gegenüber von Gewalt entstehen. Die Aggressionsschwelle sinkt.

Mangel an Privatsphäre

Um eine Diagnose stellen zu können und Therapien abzuleiten, werden oft auch Bereiche berührt, über die man sonst nicht mit fremdem Menschen spricht, wie z.B. Beziehungen, Sexualpraktiken, Essverhalten usw. Dazu kommt, dass die Räumlichkeiten einer Notfallstation meist sehr offen gestaltet sind und die Mitpatienten vieles mithören können.

Umweltstressoren

Darunter verstehe ich Einflussfaktoren wie Lärm, grelles Licht, störende Telefonate usw.

Gewaltverstärkende Elemente

Bilder, Farben, Fernseher, Zeitungsberichte usw., auf die der Patient je nach Persönlichkeit und Situation mehr oder weniger sensibel reagiert.

Angst / Ungewissheit

Das Warten auf eine Diagnose oder schlechte, undurchsichtige Informationen können beispielsweise Ängste und Ungewissheit auslösen.

Vermindertes Selbstwertgefühl

Eine mögliche Aneinanderreihung von Situationen, wo man als Mensch in Frage gestellt worden ist, wie zum Beispiel den Verlust der Arbeit, eine Scheidung, kann zu einem verminderten Selbstwertgefühl führen.

Verletztheit

Nicht oder unzureichende Verarbeitung von Traumata oder schwierigen Lebenssituationen.

Einsamkeit

Man fühlt sich mit allem alleine gelassen.

Kommunikationsdefizite

Sei es auf Grund der Sprache oder der Unfähigkeit sich durch Denkblokaden, Aphasie oder überhand gewonnene Gefühle in Worte zu fassen.

Frühere Anwendung von Gewalt mit Erfolg

Erlebnisse, wo mit Gewalt einen Gewinn erzielt worden ist.

Körperliche / medizinische Ursachen

Krankheiten, welche die Aggressionsbereitschaft heruntersetzen, wie zum Beispiel psychische Erkrankungen und deren Medikation. Sowie die Unfähigkeit von Therapien wie beispielsweise ungenügende Schmerzbekämpfung, sodass der Patient lange Schmerzen leiden muss, es nicht mehr aushalten kann.

Während der ganzen Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt und Aggression beeindruckte mich eine in der Literatur beschriebene Ursache ganz besonders. Wohl ein grosses Problem „unserer Zeit“.

Es ist die Gewöhnung an die Gewalt als normale Konfliktregelung, es ist der Verlust von Mitleid. Wir verlernen uns in das Leid anderer hineinzusetzen und bewältigen in dem Gewalt ausgeübt wird.

Über die Gewöhnung an Gewalt, über das Lernen von Gewalt trägt wohl der übermässige Fernseh- und Videokonsum eine grosse Mitschuld.

Neben dem Verlust von Kreativität in unserer Freizeit und fehlenden sozialen Kontakten zerstört dieser Medienkonsum oft auch das Familienleben. Die technische Kommunikation ersetzt das persönliche Gespräch. Wir drohen zu einer sprachlosen, einsamen Gesellschaft zu verkümmern. Für mich ist die Gewalt auch die zunehmende Unfähigkeit Konflikte verbal zu lösen.

2.3. Aggressionen und Gewalt erkennen

Um das Risiko von Aggressionen und Gewalt einer Situation abzuschätzen, haben einige Autoren eine Gefährlichkeitscheckliste zusammengestellt. Sie verdeutlicht, dass bestimmte Anzeichen für die Prognose von Aggressionen einen grossen Nutzen haben kann. Die Liste lässt sich als Barometer für das Gewaltisiko verwenden.

Je höher die Anzahl „Ja-Antworten“, desto höher ist das Aggressionspotential und Gewaltisiko.

Individuelle Merkmale des möglichen aggressiven, gewaltausübenden Menschen:

- Ist die Person, mit der ich es zu tun habe, grossen Belastungen ausgesetzt? Ja Nein
- Die Person verfügt offensichtlich über keine hilfreichen Copingstrategien? Ja Nein
- Hat sie massive Probleme in verschiedenen Bereichen (Mehrfachproblematik)? Ja Nein
- Zeigt sie wenig Kooperation in der Zusammenarbeit? Ja Nein
- Hat sie mir mit Gewalt gedroht? Ja Nein
- Sie besitzt wenig eigene Ressourcen? Ja Nein
- Konsumiert sie möglicherweise Drogen oder Alkohol? Ja Nein
- Ist oder war sie in Behandlung wegen psychischen Erkrankungen? Ja Nein
- Hat sie bei einem früheren Aufenthalt Gewalt angewandt? Ja Nein
- Hat die Person zunehmend weniger Perspektiven? Ja Nein

Institutionelle Merkmale:

- Habe ich nicht die Möglichkeit, Alarm zu schlagen? Ja Nein
- Ich bin alleine ohne Unterstützung. Ja Nein

Persönliche Merkmale vom Gegenüber:

- Habe ich Angst um meine Sicherheit in der Gegenwart dieser Person? Ja Nein
- Bin ich gestresst? Ja Nein
- Habe ich nur wenig Zeit für diese Person? Ja Nein
- Ich weiss nicht, wie ich bei einem Angriff reagieren soll? Ja Nein

Situative Auslöser:

- Steckt die Person in einer Notsituation? Ja Nein
- Hat sie unrealistische Erwartungen, was ich/wir für sie tun können? Ja Nein
- Habe ich/wir schlechte Nachrichten zu überbringen? Ja Nein
- Sind Gegenstände, die als Waffe eingesetzt werden können, einfach erreichbar? Ja Nein

Verhalten:

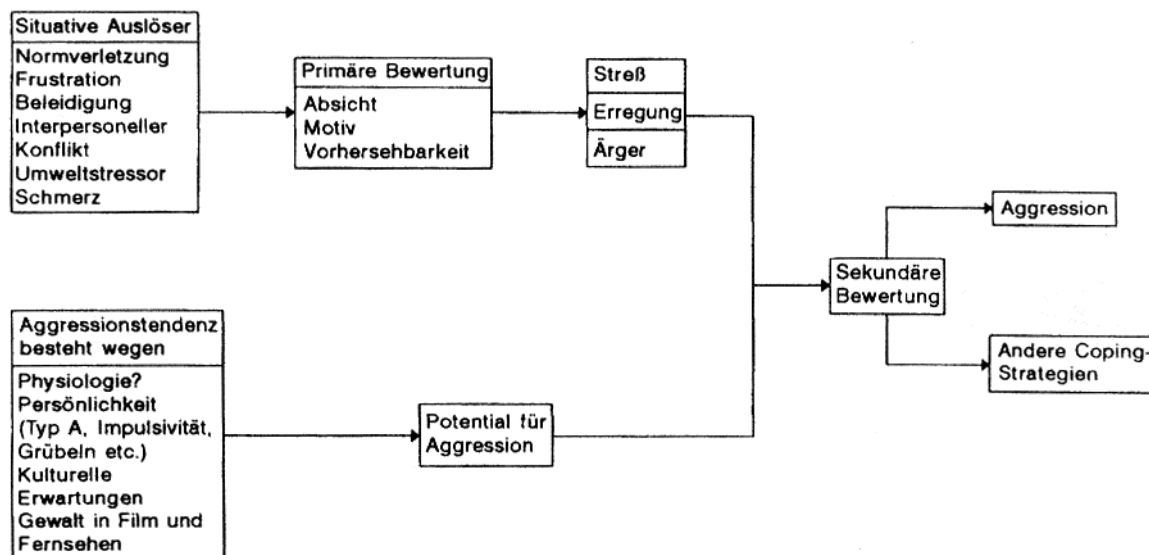
- Weist sie Zeichen ungewöhnlicher Aufregung oder Passivität auf? Ja Nein
- Weist sie Anzeichen rascher Stimmungsschwankungen auf? Ja Nein
- Reagiert sie übersensibel in der Kommunikation? Ja Nein
- Richtet sie Gewalt gegenüber sich selber aus? Ja Nein

(vgl. Fischer, Zupanick 1999 S.73 / Kienzle, Paul 2001 S.33-34 / Breakwell 1998 S.41-44)

2.4. Theorien / Modelle zur Erkennung von Aggressionspotential und dem Ablauf in der Entstehung von Aggressionen bis hin zur Eskalation

Zusammenfassend zu Ursachen und Entstehung von Aggressionen habe ich unter vielen verschiedenen Theorien und Modellen mich für das Prozessmodell von Russel G. Geen (1990) entschieden. Es scheint mir ein Modell, das ganzheitlich alle möglichen dazugehörenden Faktoren, Auslöser und mögliche Folgerungen klar und verständlich aufzeigt.

Die Diskussion von Frustration, physiologischer Erregung, Ärger und situativen aggressiven Hinweisreizen als Bedingungen für die Entstehung von Aggression machen deutlich, dass ein komplexer Zusammenhang zwischen diesen Variablen besteht. Russel G. Geen hat ein Prozessmodell entwickelt, das helfen soll, diese Interdependenzen möglicher Ursachen von Aggression zu verdeutlichen. Nach Geen entsteht Aggression durch das Zusammenwirken von sogenannten situativen Variablen und Hintergrundvariablen. Unter die situativen Auslöser fallen neben Frustration und Beleidigungen auch Normverletzungen, interpersonelle Konflikte, Umweltstressoren wie Hitze, Lärm und Schmerz. Hintergrundvariablen umfassen unter anderem physiologische Variablen und das Temperament oder die Impulsivität der handelnden Person.



Primäre Bewertung:

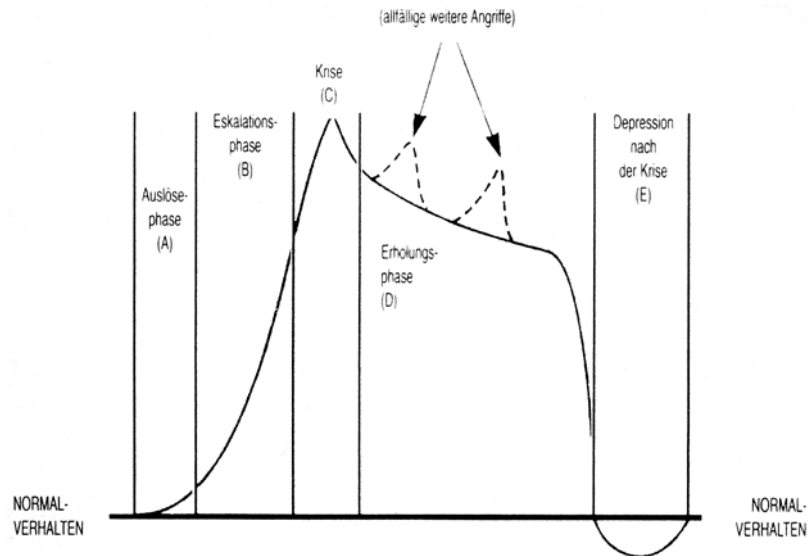
Die situativen Auslöser werden daraufhin analysiert, ob die Person, die eine Provokation ausgeführt hat, absichtlich so handelte, ob sie Konsequenzen ihres Handelns vorhersehen konnte und ob sie aus böswilligen Motiven heraus aktiv wurde. Wenn dem Provokateur Absicht und böswillige Motive unterstellt werden, ist das Ausmass an Stress, physiologischer Erregung und Ärger besonders gross.

Sekundäre Bewertung:

Hier erfolgt die Abschätzung der verfügbaren Strategien zur Bewältigung der Bedrohung. Die aggressive Reaktion ist nur eine von einer Vielzahl möglicher Copingstrategien. Sie ist als Reaktion auf aversive Ereignisse dann besonders wahrscheinlich, wenn andere Copingstrategien nicht erfolgreich eingesetzt werden können. (vgl. Bierhoff, Wagner 1998 S.15-17)

Die folgende Theorie zeigt auf wie es vom „normalen“ Verhalten zu Aggressionen und möglichem gewaltsamen Verhalten kommen kann, bis hin zu einem Normalverhalten nach einer Eskalation.

Anhand von Situationsuntersuchungen über Gewaltanwendungen konnten Forscher bestätigen, dass ein Gewaltakt Teil einer Abfolge von bestimmten Phasen ist: der Angriffsphasen. Um einen Gewaltakt zu erkennen, unterbrechen und gezielt zu intervenieren, scheint es mir wichtig, den Ablauf dieser Phasen zu kennen.



Auslösephase:

Die Auslösephase ist der Punkt, an dem eine einzelne Person anzeigt, dass sie sich von einer normalen Handlungsweise wegbewegt. Solche Veränderungen zeigen sich in verbalem oder nonverbalen Verhalten. Beispiele dafür sind die Weigerung sich zu setzen, die Unfähigkeit zu warten, bis sie ihren Satz beendet haben, die Beantwortung einer Frage, bevor sie diese zu Ende formulieren konnten, die Vermeidung des Augenkontaktes usw.

Eskalationsphase:

Diese Phase führt direkt zu gewaltsamem Verhalten. Die Handlungen der einzelnen Person weichen immer mehr von ihrem normalen Grundverhalten ab. Intervenierte niemand, wird die Abweichung immer offensichtlicher und Ablenkungsmanöver werden immer schwieriger. Zum Beispiel geht die Person unruhig hin und her, Sprechgeschwindigkeit und –volumen erhöhen sich stetig, und ihre Fragen werden vollständig ignoriert. Die Person neigt dazu, sich übermässig auf ein einzelnes Thema zu fixieren, und verschliesst sich mehr und mehr jeglicher Form rationalen Eingreifens. Daher ist es wichtig, in der Eskalationsphase so früh wie möglich zu intervenieren.

Krise:

Während die betroffene Person mehr und mehr körperlich, gefühlsmässig und psychisch erregt wird, verringert sich ihre Kontrolle über aggressive Impulse. Eigentliches gewalttätiges Verhalten wird immer wahrscheinlicher. Häufig sind in der Krisenphase beispielsweise das Treten gegen Möbel oder das Umwerfen von Stühlen, das Stossen oder Schlagen. In dieser Phase ist die am wenigsten wirksame Strategie die Anwendung einer Intervention, die davon ausgeht, dass die Person rational reagieren kann. Jeder Versuch, verbal zu argumentieren, und jede Konfrontation ihrerseits wird die Erregung des Täters oder der Täterin noch anziehen.

Erholungsphase:

Nach dem Gewaltakt kehrt die Person in der Regel mehr und mehr zu ihrem normalen Grundverhalten zurück. Genau an diesem Punkt erfolgen die meisten Interventionsirrtümer. Der hohe Grad an psychischer und physiologischer Erregung kann sich über eine Zeitspanne von anderthalb Stunden nach dem eigentlichen Zwischenfall konstant halten. Interventionsversuche führen in dieser Phase manchmal zu einer Wiederholung des gewaltsamen Übergriffs. Es scheint tatsächlich der Fall zu sein, dass die Person in der Erholungsphase besonders empfindlich auf jene Auslösefaktoren reagiert, die wir vorne aufgezählt haben.

Depression nach der Krise:

In der Regel treten geistige und körperliche Erschöpfung auf. Die Person bricht in Tränen aus, empfindet Reue, Schuld, Scham, ist verstört oder verzweifelt. Die Krise ist vorüber.

(vgl. Breakwell 1998 S. 55-59)

Im folgenden Punkt werde ich unter anderem die möglichen Interventionen in den verschiedenen Phasen aufzeigen.

2.5. Prävention / Intervention

Die Interventionen beinhalten die Prävention und das Beenden von Aggressionshandlungen. Sie sind abhängig von der Abteilungsstruktur und –kultur und der Beurteilung der Situation durch die Pflegenden und werden beeinflusst durch Fachkenntnisse / Erfahrung, Befinden der Pflegeperson, Kennen des Patienten, Beziehung zum Patienten, Form des aggressiven Verhaltens, Beurteilung, ob das aggressive Verhalten berechtigt ist, Reaktion der Mitpatienten und allfällige Konsequenzen für sie.“ (Käppeli 2000 S.237)

2.5.1. Mögliche Interventionen in den Angriffsphasen

Auslösephase:

Innerhalb einer gewaltgeladenen Situation sind die möglichen Auslöser zahlreich. Es ist als ob sie durch ein nicht gekennzeichnetes Minenfeld gingen. Sie brauchen sehr viel Glück um es unversehrt zu durchqueren. Aber die Wahrscheinlichkeit ist gross irgendwo einen Angriffspunkt zu bieten, diesen gilt es nach Möglichkeit zu vermeiden.

Eskalationsphase:

Es ist wichtig so früh wie möglich zu intervenieren. Dies geschieht beispielsweise, indem man die betroffene Person aus der unmittelbaren Umgebung entfernt oder ihr Aufgaben zuweist. In dieser Phase können ihre Handlungen leicht fehlgedeutet. Ihre Mimik, Gestik und Körperhaltung als aggressiv aufgefasst werden. Heben sie beispielsweise ihre Arme oder legen sie ihre Hände an die Hüften, wird dies vermutlich als herausfordernd oder beleidigend gedeutet. Ihr Augenkontakt wirkt möglicherweise aggressiv, herablassend und auf Konfrontation abzielend. Im Grunde sucht der Angreifende nach irgendeinem Hinweis, der den Übergriff rechtfertigen könnte.

Krise:

Ist die Krisenphase einmal erreicht, so ist es ratsam, sich auf ihre eigene Sicherheit, diejenige ihres Klienten sowie jeder anderen Person zu konzentrieren, die sich in Gefahr befindet. Versuche den Angreifenden zu halten oder berühren, sind zu diesem Zeitpunkt sehr gefährlich und lösen noch extremere Aggressionen aus. In dieser Phase wird sich der Täter eingeredet haben, dass ein Angriff gerechtfertigt und unvermeidlich ist.

Erholungsphase:

Interventionsversuche führen in dieser Phase manchmal zu einer Wiederholung des gewaltsamen Übergriffs. Es scheint tatsächlich der Fall zu sein, dass die Person in der Erholungsphase besonders empfindlich auf jene Auslösefaktoren reagiert, die wir vorne aufgezählt haben.

Auf dieses Phänomen eines plötzlichen Rückfalls in die Aggression während der Erholungsphase muss besonders geachtet werden. Es ist so gefährlich, weil Täter den Weg durch die Auslöse- und Eskalationsphase, der ihnen Zeit und Handlungsspielraum geben würde, nicht noch einmal durchläuft.

Depression nach der Krise:

Die Person kann sich jetzt gegenüber den Interventionen öffnen, die helfen sollen, Schuldgefühle abzubauen, den Zwischenfall verstehen zu lernen und möglicherweise dessen Wiederholung zu vermeiden. (vgl. Breakwell 1998 S. 55-59)

2.5.2. Allgemeine Präventive Massnahmen

In Beziehung treten: Begegnung und Aufbau einer Beziehung zum Patienten mit dem Hintergrund eines positiven und wertschätzenden Menschenbildes.

Es ist eine besondere Fähigkeit einer Notfallschwester und die Notfallstation bietet viel Übung im schnellen Aufbau einer Beziehung. Trotzdem ist die Zeit in schwierigen Patientensituationen oftmals zu kurz und gerade bei diesen Personen von grosser Wichtigkeit um einen Menschen einzuschätzen.

Persönlichkeitsbildung: Die Fähigkeit von innerer Ruhe, offener und ausgeglichener Art zu leben. Damit auch in herausfordernden Momenten kompetent gehandelt werden kann.

Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass meist Situationen zur Eskalation geführt haben, wo meine innere Ruhe gestört war. Einen schlechten Tag oder zu beschäftigt mit mir oder anderen Problemen, um Warnzeichen die vom Patienten ausgingen rechtzeitig wahrzunehmen, um offen auf den Patienten zuzugehen.

Teambildung und –entwicklung: Eine Basis für Gespräche und die Möglichkeit der Beanspruchung von Hilfe vom Team und eventuell Bezug externer Unterstützung.

Aus Spargründen heute wohl immer weniger möglich, ist der Bezug professioneller Unterstützung zur Teamentwicklung oder Problemanalyse. Persönlich denke ich, dass dies wohl sehr kurzfristig gedacht ist. Ein gutes Team, mit Möglichkeiten zur Entwicklung ist weniger krankheitsanfällig, motiviert und unterstützt sich gegenseitig, also langfristig ein Gewinn.

Reflexion: Sollte umgesetzt werden, damit Lernen an erlebten Situationen und Erfahrungen geschehen kann.

Eine Situation mit allen Beteiligten zu analysieren hilft zu verarbeiten und zu lernen. Die Kompetenz im Umgang mit Aggression und Gewalt nimmt zu. Oft lässt mich die Reflexion der Situation das Geschehene aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten, was neue Handlungsmöglichkeiten aufzeigt.

Psychohygiene: Die Fähigkeit in der Freizeit abzuschalten, sich was Gutes zu tun und Energie zu tanken. Zu diesem Punkt ist der Arbeitsplan in der Praxis immer wieder ein Diskussionsthema. Viele Arbeitstage aneinander, nur ein kurzes Frei lässt uns nicht genügend Zeit um uns zu erholen.

Einrichtung des Arbeitsumfelds: Es sollten überlegte Formen, Farben, Bilder usw. gewählt werden, die eine beruhigende Wirkung ausstrahlen.

Die Wirkungen der verschiedenen Farben sind wohl heute allgemein bekannt und werden meines Erachtens auch sinnvoll eingesetzt. Auf unserer Notfallstation, wie in vielen öffentlichen Gebäuden ist wenig Platz vorhanden. Ich spüre immer wieder wie mich der enge Raum einschränkt und bedrängt. Ich sehe darin eine grosse Einschränkung im Wohlbefinden auch für Patienten. Bilder, Einrichtungsgegenstände, Musik usw. scheint mir schwierig zu wählen, die Individualität kommt zum Vorschein. So kann zum Beispiel ein Bild jemanden schön Träumen lassen und bei einer anderen Person das Gegenteil, schlechte Gedanken hervorrufen.

Risikoanalyse: Sie sollte bei jedem Pflegenden im Hinterkopf gespeichert und jederzeit abrufbar sein. Sie lässt uns den Patienten und die Situation gezielt einschätzen, sie gibt uns Sicherheit. Auf unserer Notfallstation war bis anhin eine solche Analyse leider kein Thema und nicht ein Instrument, das eingesetzt wurde. Ich denke einen solchen Raster sollte jederzeit griffbereit und einsetzbar sein.

Angriffsphasen: Das Kennen dieser Phasen kann eine frühzeitige Intervention möglich machen. Es gibt Sicherheit im Ablauf und Umgang mit solchen Situationen.

Das Wissen ermöglicht mir mich und mein Umfeld zu schützen und kompetent zu handeln.

Information des Patienten: Gute, transparente und fortlaufende Information gibt dem Patienten Sicherheit und kann Gefühle wie Angst und Ungewissheit vermindern.

Wer wünscht sich dies nicht? Ein eigentlich banaler Grundsatz, in der Grundausbildung schon ein grosses Thema und trotzdem im Alltag auf der Notfallstation, im Stress, hohem Arbeitsanfall nicht immer einfach umzusetzen. Die richtigen Worte zu finden, sich die Ruhe und Zeit zu nehmen und sich zum Patienten hinzusetzen für eine gute Information.

2.5.3. Reaktionsmöglichkeiten in der akuten Situation

Was sollten sie tun?

Erwecken sie den Eindruck, sie seien ruhig, beherrscht und zuversichtlich, ohne abweisend oder herrisch zu wirken. → In allen Phasen

Sprechen sie weiter, halten sie ihren Ton so normal wie möglich. → In der Auslösephase, Eskalationsphase, nicht sinnvoll in der Krise (kann die Erregung fördern), sowie in der Erholungsphase ist ein vorsichtiges antasten nötig.

In gewissen Fällen hat sich eine Änderung des Tonfalls als nützlich erwiesen (zum Beispiel indem Stimmlage oder –volumen erhöht werden). → Eskalationsphase

Die Anpassung an die Stimmungslage des Gegenübers hat sich ebenfalls als nutzbringende Möglichkeit herausgestellt: Der schreiende Täter wird angeschrien, intensive innere Ruhe wird mit gleicher Intensität beantwortet. Dies scheint – wenn es funktioniert – Täter dazu bringen, in ihren Handlungen ihre eigenen zu erkennen. → Eskalationsphase

Probieren sie Ablenkungsmanöver aus: Bieten sie eine Tasse Tee an, behaupten sie, etwas vor dem Haus beunruhige sie, sagen sie, sie seien hungrig, erzählen sie einen Witz. Wenden sie alles an, was die Aufmerksamkeit des Täters ablenkt. → Eskalationsphase

Sobald die Angriffsgefahr offensichtlich ist, suchen sie nach Fluchtwegen oder Ausgängen; bewegen sie sich langsam auf sie zu. Versuchen sie, einen grossen Gegenstand zwischen sie und den Täter zu bringen. Positionieren sie sich so, dass sie nicht in einer Ecke festsitzen. Drehen sie ihrem Gegner nie den Rücken zu.
Krise

Nähern sie sich nie einem bewaffneten Täter, bleiben sie auf Distanz. → Alle Phasen

Ein bewaffneter Täter sollte ausdrücklich aufgefordert werden seine Waffe niederzulegen. → Alle Phasen

Entfernen sie, wenn möglich, gefährliche Gegenstände. → Alle Phasen

Versuchen sie, Zuschauer zu vertreiben, die den Angreifenden anstacheln. → Alle Phasen

(vgl. Breakwell 1998 S. 87-88)

2.6. **Verknüpfung Theorie / Praxis**

Ich werde die zwei anfangs beschriebenen Fallbeispiele mit dem Hintergrund des theoretischen Teils reflektieren, die Anzeichen und Auslöser sowie die Interventionen bezüglich dieser zwei konkreten Situationen aufzeigen. Die Verknüpfung von der Theorie und Praxis ermöglicht mir zu lernen, kompetenter im Umgang mit solchen Situationen zu werden.

2.6.1. Erstes Fallbeispiel

Anzeichen und mögliche Auslöser für das aggressive / gewalttätige Verhalten:

Persönliche Notsituation / Frustrationen

Der Vater scheint mir überfordert mit der Tatsache, dass sein Sohn verletzt ist und nicht einschätzen kann, was für Konsequenzen das haben wird, wie gefährlich und allenfalls lebensbedrohlich diese Art von Verletzung für ihn ist. Dazu kommt der geplante Urlaub nach Italien; muss er abgesagt werden? Sind die vielleicht lange ersehnten Ferien nun einfach hin?...

Wirkung von Suchtmitteln

Laut Roberto ist sein Vater alkoholabhängig, was die Reizschwelle für Aggressionen heruntersetzt.

Umweltstressoren

Hoher Lärmpegel auf der Notfallstation auf Grund des hohen Arbeitsanfalls, kleines Wartezimmer und Behandlungsraum. Die Familie wird in einer schwierigen Situation getrennt wegen notfallinternen Richtlinien (nicht mehr als zwei Besucher pro Patient).

Angst

Er verlangt nach einem Arzt, sucht nach Sicherheit, um seine Angst einzudämmen.

Gefährlichkeitscheckliste (siehe 2.3) :

Individuelle Merkmale des möglichen aggressiven, gewaltausübenden Menschen:

- | | | |
|---|--|--|
| Ist die Person, mit der ich es zu tun habe, grossen Belastungen ausgesetzt? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Die Person verfügt offensichtlich über keine hilfreichen Copingstrategien? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat sie massive Probleme in verschiedenen Bereichen (Mehrfachproblematik)? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zeigt sie wenig Kooperation in der Zusammenarbeit? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat sie mir mit Gewalt gedroht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| Sie besitzt wenig eigene Ressourcen? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Konsumiert sie möglicherweise Drogen oder Alkohol? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist oder war sie in Behandlung wegen psychischen Erkrankungen? | Keine Angabe | |
| Hat sie bei einem früheren Aufenthalt Gewalt angewandt? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat die Person zunehmend weniger Perspektiven? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Institutionelle Merkmale:

- | | | |
|--|-----------------------------|--|
| Habe ich nicht die Möglichkeit, Alarm zu schlagen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| Ich bin alleine ohne Unterstützung. | <input type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nein |

Persönliche Merkmale vom Gegenüber:

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| Habe ich Angst um meine Sicherheit in der Gegenwart dieser Person? | <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|--|--|-------------------------------|

- Bin ich gestresst? Ja Nein
 Habe ich nur wenig Zeit für diese Person? Ja Nein
 Ich weiss nicht, wie ich bei einem Angriff reagieren soll? Ja Nein

Situative Auslöser:

- Steckt die Person in einer Notsituation? Ja Nein
 Hat sie unrealistische Erwartungen, was ich/wir für sie tun können? Ja Nein
 Habe ich/wir schlechte Nachrichten zu überbringen? Ja Nein
 Sind Gegenstände, die als Waffe eingesetzt werden können, einfach erreichbar? Ja Nein

Verhalten:

- Weist sie Zeichen ungewöhnlicher Aufregung oder Passivität auf? Ja Nein
 Weist sie Anzeichen rascher Stimmungsschwankungen auf? Ja Nein
 Reagiert sie übersensibel in der Kommunikation? Ja Nein
 Richtet sie Gewalt gegenüber sich selber aus? Ja Nein

Der Ja-Anteil ist sehr ausgeprägt, was mir aufzeigt, dass viele verschiedene Faktoren dazu geführt haben, von der Seite des Patienten, wie aber auch von meiner Seite, dass die Situation eskaliert ist.

Interventionen / Reflexion

Die Informationen, die ich den Angehörigen abgegeben habe, schienen ungenügend oder unverständlich. Oftmals ist es für Patienten auch sehr wichtig, Informationen von einem Arzt und nicht „nur“ von einer Pflegefachfrau zu erhalten.

Ich hätte genauer nachfragen sollen, ob ihnen für den Moment meine Informationen genügen, was ich nicht getan habe auf Grund der hohen Arbeitsbelastung, sowie die Wichtigkeit darüber mir in diesem Zeitpunkt nicht bewusst war.

Die Anzeichen, wie die laute Stimme, Unruhe, Kompromisse nicht eingehalten zu haben usw. habe ich unbewusst ignoriert und somit hat ihre klare Bedeutung keinen Nutzen im meinem Handeln und dem weiteren Verlauf erzeugt. Das heisst, ich habe sie im Stress zu wenig wahrgenommen und eine drohende Eskalation gar nicht in Erwägung gezogen. Ich war unvorbereitet für diese Situation.

Im Wissen der bearbeiteten Theorie und der Gefährlichkeitscheckliste würde ich heute mit Sicherheit die Anzeichen bewusster wahrnehmen und entsprechend handeln. Ich würde ein Ablenkungsmanöver ausprobieren, die innere Ruhe zu bewahren und weitergeben versuchen.

Die Übernahme der Lautstärke der Stimme des Vaters und Angehörigen, schien bei den Verwandten eine Wirkung zu zeigen. Sie wurden ruhiger und zogen sich ins Wartezimmer zurück. Ihnen wurde dadurch bewusst, was für einen Umgangston sie angenommen hatten. Beim Vater wurden die Aggressionen allenfalls dadurch verstärkt.

Zu diesem Zeitpunkt der Eskalationsphase hätte ich versuchen können den Vater von der momentanen Umgebung zu entfernen, indem ich ihm beispielsweise einen Kaffee angeboten hätte.

Der Arzt versuchte den Vater zu beruhigen, indem er mit ihm zu Roberto ging. Ich denke, zu diesem Zeitpunkt befand er sich bereits in der Phase der Krise. Die Erregung war schon so gross, dass er nicht mehr zu beruhigen war mit dieser Handlung. Die bereits starke Erregung war sichtlich spürbar, der Vater war nicht mehr in der Lage die Worte des Arztes kognitiv zu verarbeiten.

Das einzig richtige zu diesem Zeitpunkt ist, sich und die Umgebung zu schützen. Eine mögliche Verschiebung der Eskalation vor den Notfall wäre gut gewesen, um Roberto und den Vater von den „Zuschauern“ (Mitpatienten) zu schützen und die Sicherheit für das Umfeld zu verstärken.

Die Frustration bei dieser Situation war für mich gross. Die Tatsache, dass die Gewalt nur mit Gewalt in den Griff zu kriegen war. Die Zeit schien mir davonzurennen, alles ging sehr schnell und es fehlte mir die Zeit zu überlegen, was meinerseits zu tun war. Ich erkannte das hohe Aggressions- und Gewaltisiko nicht, die Sensibilität dazu fehlte mir zu diesem Zeitpunkt. Ich habe daraus gelernt, auch in Stresssituationen sensibilisierter auf die Patienten zuzugehen. Natürlich in Zukunft auch mit der Gefährlichkeitscheckliste und den Angriffsphasen im Hinterkopf.

2.6.2. Zweites Fallbeispiel

Anzeichen und Auslöser für Aggressionen und Gewalt:

Frustration

Der Patient schien mir unter Zeitdruck. So zeigte sich in Folge dessen eine Frustration, dass er nicht sofort behandelt wurde.

Persönliche Notsituation

Aus irgendeinem Grund ist der Patient zum abgemachten Zeitpunkt nicht zur Kontrolle erschienen; war es ihm nicht möglich oder schien es ihm nicht wichtig? Und dann plötzlich die Realität, dass wirklich etwas nicht in Ordnung ist, kann bei bevorstehenden Problemen eine Krise auslösen.

Umweltstressoren

Irgendwie machte sich in mir das Gefühl breit, dass er die Kinder als Störfaktor sah. Ich kannte die genaueren Umstände der Familie nicht. Ist er allein Erziehend? Was hat er für eine Rolle als Vater? Ist er mit ihnen Überfordert? Der Erziehung nicht gewachsen? Alles Fragen die ich nicht beantworten kann. Die Kinder wirkten auf mich sehr eingeschüchtert, zurückgezogen und ruhig. Ihr Erscheinungsbild war sehr ungepflegt und vernachlässigt mit ihren schmutzigen Kleidern, den ungekämmten Haaren usw.

Kommunikationsdefizite

Rein sprachlich gesehen war die Wortwahl nicht gerade nett, die er gewählt hatte (Sauerei...). Er war nicht fähig in seiner momentanen Situation mir sein Hintergrund und seine Ursachen für die Ungeduld zu erläutern.

Gefährlichkeitscheckliste (siehe 2.3):

Individuelle Merkmale des möglichen aggressiven, gewaltausübenden Menschen:

- Ist die Person, mit der ich es zu tun habe, grossen Belastungen ausgesetzt? Ja Nein
- Die Person verfügt offensichtlich über keine hilfreichen Copingstrategien? Ja Nein
- Hat sie massive Probleme in verschiedenen Bereichen (Mehrfachproblematik)? Ja Nein
- Zeigt sie wenig Kooperation in der Zusammenarbeit? Ja Nein
- Hat sie mir mit Gewalt gedroht? Ja Nein
- Sie besitzt wenig eigene Ressourcen? Ja Nein
- Konsumiert sie möglicherweise Drogen oder Alkohol? Ja Nein
- Ist oder war sie in Behandlung wegen psychischen Erkrankungen? Keine Angabe
- Hat sie bei einem früheren Aufenthalt Gewalt angewandt? Keine Angabe
- Hat die Person zunehmend weniger Perspektiven? Ja Nein

Institutionelle Merkmale:

- Habe ich nicht die Möglichkeit, Alarm zu schlagen? Ja Nein
- Ich bin alleine ohne Unterstützung. Ja Nein

Persönliche Merkmale vom Gegenüber:

- Habe ich Angst um meine Sicherheit in der Gegenwart dieser Person? Ja Nein
- Bin ich gestresst? Ja Nein
- Habe ich nur wenig Zeit für diese Person? Ja Nein
- Ich weiss nicht, wie ich bei einem Angriff reagieren soll? Ja Nein

Situative Auslöser:

- Steckt die Person in einer Notsituation? Ja Nein
- Hat sie unrealistische Erwartungen, was ich/wir für sie tun können? Ja Nein
- Habe ich/wir schlechte Nachrichten zu überbringen? Ja Nein
- Sind Gegenstände, die als Waffe eingesetzt werden können, einfach erreichbar? Ja Nein

Verhalten:

- Weist sie Zeichen ungewöhnlicher Aufregung oder Passivität auf? Ja Nein
- Weist sie Anzeichen rascher Stimmungsschwankungen auf? Ja Nein
- Reagiert sie übersensibel in der Kommunikation? Ja Nein
- Richtet sie Gewalt gegenüber sich selber aus? Ja Nein

Die Situation war sehr kurz und daher schwierig den Patienten einzuschätzen, da ich ihn nicht kannte und er auf meine Kommunikation kaum oder gar nicht einstieg. Bei dieser Situation waren nicht bewusst Defizite von meiner Seite ein Problem. Schwierig zu eruieren war welche Faktoren, nebst der Wartezeit und vielleicht Angst dazu beigetragen haben, die Situation eskalieren zu lassen.

Interventionen / Reflexion

Meinerseits informierte ich ihn klar und strukturiert über den Stand und das jeweilige weitere Vorgehen. Ich versuchte, Ursachen mit Nachfragen zu ergründen (Schmerzen). Ich habe ihn direkt auf seine Bedürfnisse angesprochen.

Indem ich seine Aussage unterstrich, dass die Wartezeiten mühsam sind, versuchte ich ihm Verständnis meinerseits zu vermitteln.

Ich habe versucht eine Beziehung zum Patienten aufzubauen, ihn einzuschätzen. Ich habe mich langsam und vorsichtig vorangetastet, wollte seine Gedanken und Probleme ergründen, ihn unterstützen. Ich denke, ich bin wohl nicht unversehrt durch ein Minenfeld gegangen. Mein Verhalten, meine Ausstrahlung, die Wortwahl, meine Körperhaltung oder möglicherweise ein institutioneller Faktor (Wartezeit) usw., irgendein Auslösefaktor hat die bereits aggressionsgeladene Situation seinerseits weiter vorangetrieben.

Bereits bei der Begrüßung scheint mir hat der Patient vom „normalen“ Verhalten abgewichen, was sich beispielsweise im Verweigern der verbalen Kommunikation zeigte.

Als ich mit der Nachfrage bezüglich Schmerzen seinem Wortschwall von Fluchwörtern ein Ende setze, wollte ich ihn überraschen, ablenken. Es zeigte sich nur sehr kurz eine Wirkung und die Erregung nahm weiter zu.

Als er anfing Dinge durch den Raum zu werfen war richtig spürbar wie sein Körper bebte und zitterte. Er befand sich tief in der Krise, sodass er sicherlich meine Ratschläge bezüglich weiterer Therapie nicht mehr in sich aufnehmen konnte.

Dies ist eine Patientensituation, welcher ich wiederum gleich begegnen würde. Ausser, dass ich mich schneller entfernen und in Sicherheit bringen würde. Ich denke, ich habe gezielt Interventionen unternommen den weiteren Ablauf zur Eskalation zu verhindern.

Das Problem war wohl, dass der Patient bereits, aus was für Gründen auch immer, bereits in einer Krise stand, bevor er den Notfall aufsuchte. Es brauchte also nur noch sehr wenige Auslösefaktoren zur Eskalation. Sind allenfalls auch krankheitsbedingte Faktoren noch im Vordergrund oder Angst, was war wirklich der Grund für sein aggressives, gewaltsames Verhalten war, wäre interessant zu wissen.

Das Kennen der Angriffsphasen ermöglicht mir eine bessere Einschätzung der Patientensituation. Mit dem Wissen der Gefährlichkeitscheckliste im Hinterkopf bin ich sensibilisiert auf auslösende und begünstigende Faktoren von Aggressionen und Gewalt. In der Praxis vermittelt mir dies Sicherheit und Kompetenz.

3. Schlussteil

3.1. Überprüfung der Fragestellung

Die von mir gestellten Fragen, haben sich nach und nach beantwortet während der Erarbeitung meiner Pflegearbeit.

Dazu war die Bearbeitung, sowie die Reflexion von Fallbeispielen nötig.

3.2. **Überprüfen der Zielsetzung**

Bereits im Entstehen der Arbeit spürte ich wie sich im Umgang mit Aggressionen und Gewalt etwas veränderte im Berufsalltag. Meine Kompetenz hat sich entwickelt und ich habe Sicherheit gewonnen. Für mich zeigt sich somit die Zielerreichung.

3.3. **Konsequenzen für die Praxis**

Auch wenn ich für mich das Ziel erreicht habe, arbeite ich in einem Team. Ich möchte mein erarbeitetes Wissen weitergeben damit in schwierigen Situationen Hilfe bei den Teammitgliedern anfordern kann und die Möglichkeit einer Reflexion von einer Patientensituation möglich ist. Mit einer Basis von Grundwissen, das ich erarbeitet habe in meiner Arbeit soll ein Austausch und Entwicklung im Team stattfinden.

3.4. **Evaluation**

Bereits bei der Sammlung der Literatur wäre es ein Leichtes gewesen, sich zu verlieren in all den spannenden Büchern, Studien und im Internet. Es zeigt mir, wie aktuell das Thema ist. Ich denke, es ist mir gelungen, ein wertvolles Instrument zusammenzustellen über das Wissen um Aggressionen und Gewalt. Menschen, die mit Menschen arbeiten, werden hier einen Leitfaden finden im Umgang, der Entstehung und Verstehen der Gewalt und Aggressionen.

Ich persönlich bin viel sensibilisierter geworden, Aggressionen und Anbahnung von Gewalt wahrzunehmen. Dadurch habe ich Sicherheit gewonnen im Berufsalltag, auch dann, wenn ich nachts alleine bin. Das Gewaltpotential kann ich nun besser abschätzen.

4. Literaturverzeichnis

- Bierhoff / Wagner
Aggression und Gewalt, Phänomene, Ursachen und Interventionen
1. Auflage 1998
Verlag W. Kohlhammer
Stuttgart, Berlin, Köln
- Glynis / M. Breakwell
Aggression bewältigen
1. Auflage 1998
Verlag Hans Huber
Kempten
- Kienzle / Paul-Ettliger
Aggression in der Pflege
1. Auflage 2001
Verlag W. Kohlhammer
Stuttgart, Berlin, Köln
- Fischer / Zupanick
Aggression und Gewalt gegenüber Mitarbeiterinnen von öffentlichen Sozialdiensten
1. Auflage 1999
Hochschule für Sozialarbeit
Bern
- Ostendorf / Köhnken / Schütze
Aggression und Gewalt
1. Auflage 2002
Verlag Peter Lang
Frankfurt am Main
- Hartdegen Karsten
Aggression und Gewalt in der Pflege
1. Auflage 1996
Gustav Fischer Verlag
Stuttgart
- Käppeli Silvia
Pflegekonzepte Band 3
1. Auflage 2000
Verlag Hans Huber
Kempten

Korhummel Sonja

Gewalt und Aggressionen von Sozialhilfebezüglerinnen
gegen Sozialtätige

1. Auflage 1998

Schule für soziale Arbeit

Zürich

Beck / Vontobel

Knüppel in den Sack

1. Auflage 1995

Verlag ORKZ

Zürich