

Der randalierende Patient auf der Notfallstation

Christoph Janser

Schriftliche Arbeit
Weiterbildung in Notfallpflege, St. Gallen
Kurs 11
April 2003

Inhaltsverzeichnis

Warum das Thema?	3	Mittel und Massnahmen	24
„Gewalt im TV macht aggressiv“	3	Entgegnung auf Gewalt.....	24
Fallbeispiele	4	Risikofaktoren	25
Motivation	6	Entwickeln von Strategien im Umgang mit Gewalt	25
Ziele meiner Arbeit	6	Mögliche Interventionen bei drohender Aggression.....	26
Definitionen	7	Andere wichtige Aspekte	27
Abgrenzungen.....	7	Checkliste	29
Adressaten.....	7	Erkenntnisse	30
Situation auf unserer Abteilung.....	8	Sicherheit am Arbeitsplatz	30
Wie geht es meinen Mitarbeitern?.....	8	Provisorium	30
Statistisches.....	9	Sedation	33
Gewalt	9	Übermacht zeigen.....	34
Schweiz	9	Dokumentation.....	35
Reaktionen auf Gewalt	12	Meldebogen KSW.....	35
„Unser Beruf verlangt, angegriffen zu werden“	12	Umweg der Patienten über die Notfallstation	35
Auswirkungen von Aggression und Gewalt	13	Arbeitszeiten	35
Mittelbare Reaktionen	13	Kurse	36
Aggression - und wie entsteht sie?	14	KSW-Reglement „Richtlinien im Umgang mit Gewalt“	37
Sieben Phasen eines Aggressionsereignisses	14	Patientin zur Alkoholblutentnahme (Beispiel 3)	37
Entstehungsmechanismen/Faktoren.....	15	Rückblick	39
Sicherheit am Arbeitsplatz.....	17	Zum Thema.....	39
Wieso dieses Kapitel?.....	17	Checkliste	39
Sozialstruktur	17	Es beginnt im kleinen.....	39
Rechtliche Situation	17	Deckenplatten Empfang	39
Situation am Arbeitsplatz	18	Allein sein	39
Betriebsklima	18	Ziel erreicht?	40
Gewalthemmende Umgebung.....	19	Literaturverzeichnis/Dank	41
Kompetenz des Personals.....	20	Literaturverzeichnis.....	41
Aufgaben des nationalen Pflegeverbandes	20	Dank.....	41
NANDA-Pflegediagnosen	21	Anhang	42
Umgang mit Problempatienten.....	22	Weitere Fallbeispiele	42
Pflegeanamnese.....	23	Merkmale für ein Anamnesegegespräch mit einem aggressiven Klienten	44
Umgang mit randalierenden Patienten.....	24	Internes Reglement des KSW	44

Warum das Thema?

Gewalt im TV macht aggressiv

New York. - Wenn Kinder vieler Gewaltprogrammen im Fernsehen ausgesetzt sind, werden sie mit höherer Wahrscheinlichkeit zu aggressiven Erwachsenen. Zu diesem Schluss kommt eine Langzeitstudie der Universität Michigan. Das Ergebnis überrascht zwar nicht, dennoch bezeichneten Experten die Untersuchung als bedeutend, da Hunderte Teilnehmer untersucht worden seien und der gleiche Effekt bei Mädchen und Jungen beobachtet worden sei.

Die Wissenschaftler unter der Leitung von Rowell Huesmann untersuchten 329 Männer und Frauen, die schon in den späten 70er-Jahren zu ihren Fernsehgewohnheiten befragt worden waren. Die Männer, die in ihrer Kindheit vielen Gewaltprogrammen ausgesetzt waren, hatten mit einer doppelt so hohen Wahrscheinlichkeit wie andere Männer ihre Ehefrauen in dem Jahr vor der erneuten Befragung gestossen oder hart angefasst. Frauen hatten mit einer doppelt so hohen Wahrscheinlichkeit einen Gegenstand nach ihrem Mann geworfen.

Beide Geschlechter hatten zudem häufiger einen anderen Menschen geschlagen oder gewürgt, ein Verbrechen oder eine Verkehrswidrigkeit begangen. Dabei spielte es keine Rolle, wie aggressiv die Testpersonen in ihrer Kindheit waren.

Huesmann erklärte, die Gewalt im Fernsehen suggeriere Kindern, dass Aggressionen in bestimmten Situationen angemessen seien. Dies gelte besonders, wenn ein charismatischer Held Gewalt anwende. Gleichzeitig werde eine natürliche Abneigung gegen Gewalt langsam herabgesetzt. (AP)

„Gewalt im TV macht aggressiv“

Dieser Artikel aus dem Tagesanzeiger vom 11. März 2003 zeigt, dass die Ursachen von Aggressionen sehr vielschichtig sind.

In meinem Arbeitsalltag werde ich jeden Tag mit Aggressionen konfrontiert:

- Jemand wird gegen seinen Willen zu einer Alkoholblutentnahme von der Polizei eingewiesen;
- eine andere Person wird mit der Ambulanz eingewiesen, da sie in der Wohnung laut um sich geschrien hat und seine Frau verprügelt hat;
- eine betagte, pflegebedürftige dritte Person will sich nicht waschen lassen und schlägt wild um sich.

Solchen und ähnlichen Situationen begegne ich auf unserer Notfallstation im Kantonsspital Winterthur (KSW) fast täglich.

Es beginnt wirklich im kleinen: Patienten, die warten müssen und immer wieder nach dem Termin fragen, wann sie endlich an die Reihe kommen würden, strapazieren meine Nerven und die meines Teams und führen dazu, dass auch schon Patienten auf unserer Notfallstation randaliert haben.

Das Thema „Der randalierende Patient auf der Notfallstation“ wollte ich aus diesem Grunde näher untersuchen und klarwerden, wie ich diesen Personen besser begegnen kann.

Bei der Bearbeitung des Themas ist mir schnell klar geworden: „Es beginnt wirklich im kleinen“!

Ich hoffe, dass die Leserinnen und Leser mit meinen Ausführungen sehen werden, dass ich bereits in kleinen Dingen eine Situation aufgefangen, deeskaliert und die Spirale der Aggression vermieden werden kann.

Fallbeispiele

In den folgenden beiden Fallbeispielen hatte ich ein ungutes Gefühl. Lief hier alles richtig und optimal?

Ohrfeige im Gang (Beispiel 1)

Nachmittag auf unserer Notfallstation; ich habe mit fünf Arbeitskolleginnen Dienst:

Eine Patientin ist vom Rettungsdienst mit Schulterverletzung angemeldet. Wir erwarten den Rettungsdienst und bereiten das Untersuchungszimmer vor. Einige Zeit vergeht und der Rettungsdienst fährt mit der Patientin ein. Meine Arbeitskollegin übernimmt die Patientin.

Nach wenigen Minuten kommt meine Kollegin an die Koordinationsstelle und berichtet der Schichtleiterin, dass ihre Patientin vom „Pavillon¹“ komme und stark betrunken sei. Sie sei schon mehrmals betrunken auf unsere Notfallstation eingeliefert worden. Die Schulterverletzung stellt sich in den Augen meiner Kollegin als „Schulterkontusion mit leichten Schürfungen“ heraus. Die Ärzte sind noch nicht bei ihr gewesen.

Wir haben auf der Notfallstation viel zu tun. Meine Kollegin muss sich um einen anderen Patienten kümmern.

Als ich mich in der Koordinationsstelle aufhalte, bemerke ich, dass die Patientin sich im Gang aufhält. Die Schichtleiterin sagt mir, dass sie sie schon mehrmals aufgefordert habe, in ihrem angetrunkenen Zustand im Zimmer auf dem Bett zu warten. Sie sei dem aber nicht nachgekommen, halte sich wieder auf dem Gang auf und pöble andere Patienten an.

Ich gehe zu der Patientin und fordere sie auf, im Zimmer auf die Ärzte zu warten, die sich bald um sie kümmern würden.

Die Patientin will nicht, wird ausfällig mir gegenüber und beschimpft mich. Sie will, dass ihre Schulterschmerzen rasch behandelt werden, da sie in der Stadt noch Dinge zu erledigen hätte. Auf meine Argumente, dass die Ärzte demnächst kommen werden und sie bitte im Zimmer zu warten habe, erhalte ich eine Ohrfeige „aus heiterem Himmel“ und werde von der Patientin angespuckt.

Nach einem Moment der Überraschung packe ich die Patientin und zerre sie ins Zimmer. Dort zwingen sie auf die Untersuchungsfläche und halte sie fest. Ich sage ihr, dass sie solche Dinge zu unterlassen und hier im Zimmer zu warten habe. Ausserdem sage ich ihr, dass sie sich an die Regeln unserer Notfallstation zu halten habe! Wenn sie dies nicht tun werde, würde ich mir überlegen, eine Anzeige wegen Körperverletzung bei der Polizei einzureichen!

Ich lasse die Patientin los, welche nun verschüchtert auf der Liege liegt. Ich entferne mich aus dem Zimmer und mein Puls rast. Habe ich überreagiert?

An der Koordinationsstelle informiere ich meine Arbeitskollegin und bin immer noch recht aufgeregt.

Nach einiger Zeit sehe ich die Patientin, die sich aus dem Notfall begibt. Gemeinsam beschliessen wir alle, sie nicht aufzuhalten...

¹ Pavillon: Musikpavillon in Winterthur, Treffpunkt vieler Alkohol- und Drogenabhängiger.

Psychischer Ausnahmezustand (Beispiel 2)

Um 13.30 Uhr trete ich meinen Schichtdienst an. Als ich auf die Station komme bemerke ich, dass es sehr viel zu tun gibt. Von den Kolleginnen ist niemand bei der Koordinationsstelle um die Patienten zu übernehmen und die Arbeit einzuteilen. Mit meinen zwei anderen Kollegen warte ich deshalb, bis uns jemand informieren und uns die Arbeiten zuteilen kann. Eine solche Situation kommt immer wieder vor und verunsichert uns keineswegs.

Fünf Minuten später kommt die Schichtleiterin und informiert, dass sehr viel zu tun sei. Vor allem in Zimmer 8 haben wir einen Patienten, der sehr aggressiv sei und um sich schlage.

Plötzlich rennt die Ärztin zu uns und „braucht im Zimmer 8 starke Männer“.

Dort sehe ich einen Mann auf dem Boden liegen, umringt von der Medizinischen Oberärztin und zwei meiner Arbeitskolleginnen.

Ich informiere mich schnell über die Lage: Patient in Psychischem Ausnahmezustand, nicht aufnahmefähig, eingeliefert vom Rettungsdienst mit Verdacht auf Meningismus.

Der Versuch, eine Infusion zu legen, um Beruhigungsmittel injizieren zu können, sei bereits einmal fehlgeschlagen.

Zuerst versuchen wir gemeinsam, den Patienten an allen Extremitäten niederzudrücken, was uns einigermaßen gelingt. Schnell entscheiden wir, den Rettungsdienst anzurufen, sie sollen mit möglichst vielen Leuten herkommen, um den Patienten zu halten.

Nachdem diese hier sind, gelingt es uns, die erforderliche Leitung zu legen und eine Blutentnahme zu machen.

Der Patient ist allerdings nicht ruhig und versucht immer noch, um sich zu schlagen.

Meiner Bemerkung, den Patienten mittels Prazine „runterzuspritzen“ wird kein Gehör geschenkt. „Wir müssen den Patienten erst untersuchen können, bevor wir ihn ‚versenken‘“, lautete die Antwort der Ärzte.

Gespritzt werden darf erst mal Dormicum i.v., 3 mg.

Die Dosis wirkt nicht und eine weitere Dosis wird gespritzt.

Nachdem sich der Patient etwas beruhigt hat und es nur noch zwei Personen braucht, damit er nicht aufsteht, verlassen die Ärzte und der Rettungsdienst das Zimmer.

Um eine Blutung im Hirn auszuschliessen, beschliesst die Oberärztin, einen CT-Untersuch durchzuführen.

Meine Kollegin und ich fragen uns, wie dieser Untersuch vonstatten gehen soll...

Nach 20 Minuten werden wir aufgefordert, mit dem Patienten ins zweite Untergeschoss für die CT-Untersuchung zu kommen. Die Oberärztin begleitet uns.

Im CT angekommen, beginnt der Patient wieder unruhig zu werden und um sich zu schlagen. Wir injizieren ihm nochmals Dormicum, worauf er sich nach wenigen Minuten etwas beruhigt, sich aber immer noch wehrt.

Das CT muss gefahren werden, lautet die Anweisung! Auf dem Untersuchungstisch des CT liegt unser Patient fest angeschnallt. Aus eigener Kraft kann er sich fast befreien. Die Oberärztin und ich beschliessen, ihn an den Schultern und Beinen zu halten, damit die Untersuchung durchgeführt werden kann. Mit Strahlenschutzanzügen bekleidet fixieren wir so den Patienten.

Innerlich sträube ich mich gegen diese Behandlungen. Ich frage die Oberärztin, warum wir nicht schon lange Prazine gespritzt hätten und hinterfrage auch diesen CT-Untersuch. Ich wisse von anderen Schulkolleginnen, dass in solchen Fällen die Patienten „niedergespritzt“ würden... Meine Einwände blieben ungehört...

Nach dem Untersuch fahren wir wieder in die Notfallstation und der Patient ist etwas müder geworden vom Dormicum.

Mittlerweile ist die Ehefrau auf der Station eingetroffen und wartet auf uns. Als der Patient seine Frau bemerkt, wird er ruhiger und entspannt sich etwas. Ich informiere die Ehefrau, was bisher alles geschah.

Der Patient ist ruhiger und wir können das Zimmer verlassen. Die Ehefrau beauftrage ich, uns zu rufen, falls ihr Ehemann unruhiger werde, damit wir ihm Haldol spritzen können. Auf dieses Medikament hat der Patient schlussendlich gut reagiert und er ist ruhig.

Nach einigen Stunden stellt sich heraus, dass das CT unauffällig ist und es sich um ein psychiatrisches Problem handelt. Die Ärzte stellen einen FFE² aus und überweisen den Patienten in die Psychiatrische Klinik „Schlössli“ in Kilchberg.

Zwei weitere Fallbeispiele finden sich im Anhang.

Motivation

Einerseits merkte ich, wie die obigen Fallbeispiele zeigen, dass ich schon mehrmals mit randalierenden Patienten auf unserer Notfallstation Probleme hatte. Auch merkte ich, dass ich nicht wusste, wie ich mich in solchen Situationen verhalten soll.

Ebenfalls weiss ich nicht, welche Hilfestellungen existieren und fühle mich in solchen Situationen oft alleine gelassen.

Andererseits ist das Schreiben einer schriftlichen Arbeit eine Bedingung für den Abschluss in der Weiterbildung für Notfallpflege am Kantonsspital St. Gallen.

Ziele meiner Arbeit

Mit dieser schriftlichen Arbeit möchte ich folgende Ziele erreichen:

1. Mit randalierenden Patienten besser umgehen zu können und Sicherheit im Umgang mit diesem Patientengut zu erlangen
2. Ursachen zu behandeln
3. Die Arbeitssituation und Sicherheitsaspekte auf unserer Station zu beleuchten
4. Konkrete Lösungen für meine Arbeit mit randalierenden Patienten zu suchen
5. Zu wissen, wo ich Hilfe holen kann, wenn ich in einer brenzligen Situation stecke
6. Zu versuchen, im Team Diskussionen zu diesem Thema auszulösen
7. Aufgrund der Erkenntnisse Tipps und Tricks meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern weiterzugeben

Das Hauptziel meiner Arbeit soll sein, mit randalierenden Patienten besser umgehen zu können und auf allen Ebenen Sicherheit zu erlangen.

² Fürsorgerischer Freiheitsentzug

Definitionen

In meiner Arbeit verwende ich analog zu den bearbeiteten Unterlagen (siehe Literaturverzeichnis) die folgenden Definitionen:

Aggression: Demütigendes, herabsetzendes oder anderes Verhalten, das einen Mangel an Respekt vor der Würde und dem Wert einer Person zeigt.

Gewalt: Destruktives Verhalten gegenüber anderen Personen

Sexuelle Belästigung: Das ist jedes unerwünschte, nicht erwiderte und nicht begrüßte Verhalten sexueller Art, das dazu führt, dass sich die belästigte Person bedroht, erniedrigt oder beschämt fühlt.

Abgrenzungen

Die folgenden Punkte werden in meiner Arbeit nicht berücksichtigt:

- Auf spezielle Krankheitsbilder werde ich nicht eingehen
- Wirkungen oder Nebenwirkungen von Medikamenten
- Problem „Sexuelle Belästigung“ ist nicht Teil dieser Arbeit (wird immer wieder erwähnt werden, es wird aber nicht näher darauf eingegangen)

Diese Punkte sind in sich dermassen vielschichtig und sind selber Themen grosser Studien, dass sie den Umfang dieser Arbeit sprengen würden.

Adressaten

Meine Arbeit richtet sich hauptsächlich an Personen, die auf einer Notfallstation arbeiten.

Das Thema ist sehr aktuell und diese schriftliche Arbeit kann durchaus für Personen interessant sein, die auf einer Abteilung (Chirurgie, Medizin etc.) arbeiten.

Situation auf unserer Abteilung

Wie geht es meinen Mitarbeitern?

Auf das Thema angesprochen, diskutierte ich mit einigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in meinem Team.

Es ist eine Unsicherheit spürbar.

Diese Unsicherheit ist hauptsächlich in den folgenden Punkten erkennbar:

- Wie sieht die rechtliche Situation aus?
- Was ist meine Rolle in einer Situation mit einem Patienten, der randaliert?
- „Ich fühle mich oft überfordert in einer solchen Situation.“

Ebenfalls erkenne ich, dass jede Person anders in solchen Situationen reagiert. Dies mag einerseits wertvoll sein.

Andererseits kann es eine unsichere Person überfordern, wenn sie andere Mitarbeiter beobachtet, die sehr gut mit solchen Situationen umgehen kann.

Im übrigen beobachte ich auf unserer Station die Verhaltensweisen, die im Kapitel „Reaktionen auf Gewalt“ auf Seite 12 behandelt werden.

Statistisches

Gewalt

Gewalt am Arbeitsplatz erscheint in verschiedenen Formen wie Beschimpfungen, tätliche Angriffe und sogar Mord.

Im Vergleich zu anderen Berufen tritt Gewalt gegen beruflich Pflegende besorgniserregend häufig auf. Eine 1990 im US-Bundesstaat Pennsylvania durchgeführte Untersuchung zeigte, dass 36 Prozent der befragten Pflegenden, welche auf einer Notfallstation arbeiten, in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens einmal körperlich angegriffen wurden. Dagegen waren nur sechs Prozent der ebenfalls befragten Bewährungshelferinnen angegriffen worden.

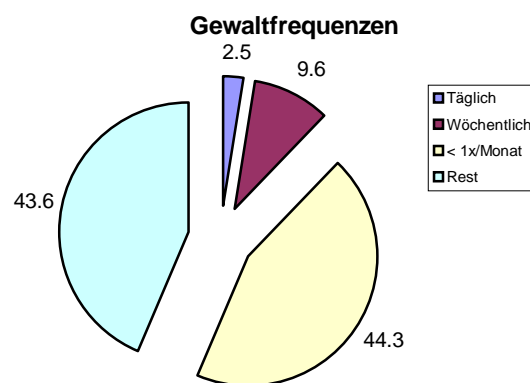
Schweiz

In einer Studie von Ian Needham sieht dies für die Schweiz nicht anders aus. Unter anderem untersuchte er die folgenden Fragen:

Gewaltfrequenzen

Wie oft sehen Sie sich auf Ihrer Station mit aggressivem Verhalten von Patienten konfrontiert?

Täglich 2.5%, wöchentlich 9.6%, weniger als 1x im Monat 44.3%



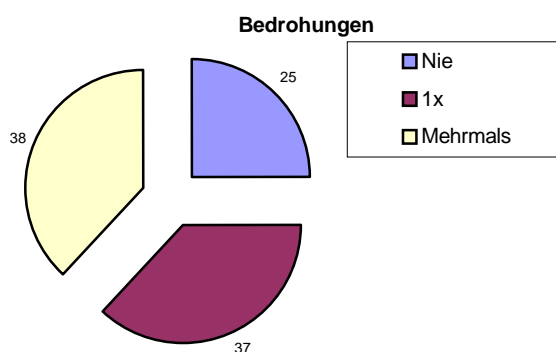
Körperverletzungen

Aus einer Statistik des Bundesamt für Statistiken geht hervor, dass es im Jahr 2000

5296 Beratungen von Opfern wegen Körperverletzungen gab.

Wird mit einer Dunkelziffer von Faktor 10 gerechnet, sind im Jahr mit 52'960 Körperverletzungen zu rechnen.

Bedrohungen

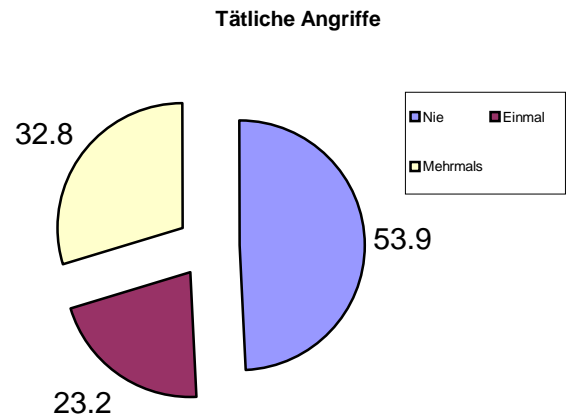


Ian Needham fragte, ob sich die Befragten während ihrer Berufsausübung sehr ernsthaft körperlich bedroht fühlten.

25% sagten Nie, 37% wurden einmal körperlich bedroht, 38% aber mehrmals.

Tätliche Angriffe

Ob die Befragten während der Berufsausübung schon tätlich angegriffen worden sind, antworteten diese mit 53.9% „Nie“, 23.2% „Einmal“ und 32.8% mit „Mehrals“.



Meldung

Eine weitere Frage behandelte die Meldung der Übergriffe.

53.1% meldeten die Übergriffe den Vorgesetzten.

Debriefing

„Falls Sie in den letzten Monaten körperlich angegriffen wurden, haben Sie ein allfälliges Debriefing oder Gespräch wahrgenommen?“

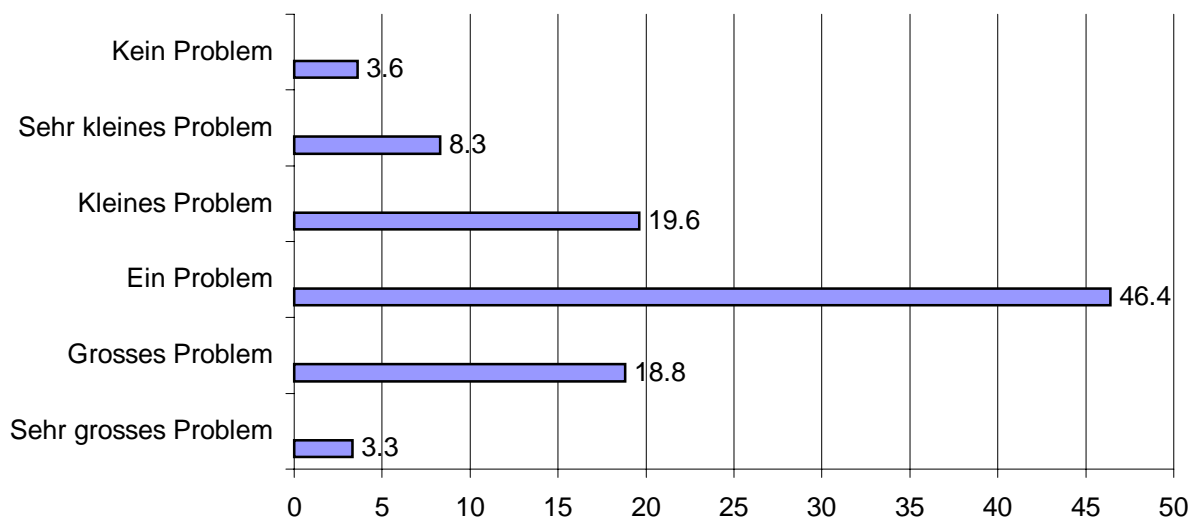
Hier antworteten nur 8.9% mit „Ja“.

91.1% nahmen nach einem körperlichen Angriff keine Hilfe in Anspruch.

Ein Problem?

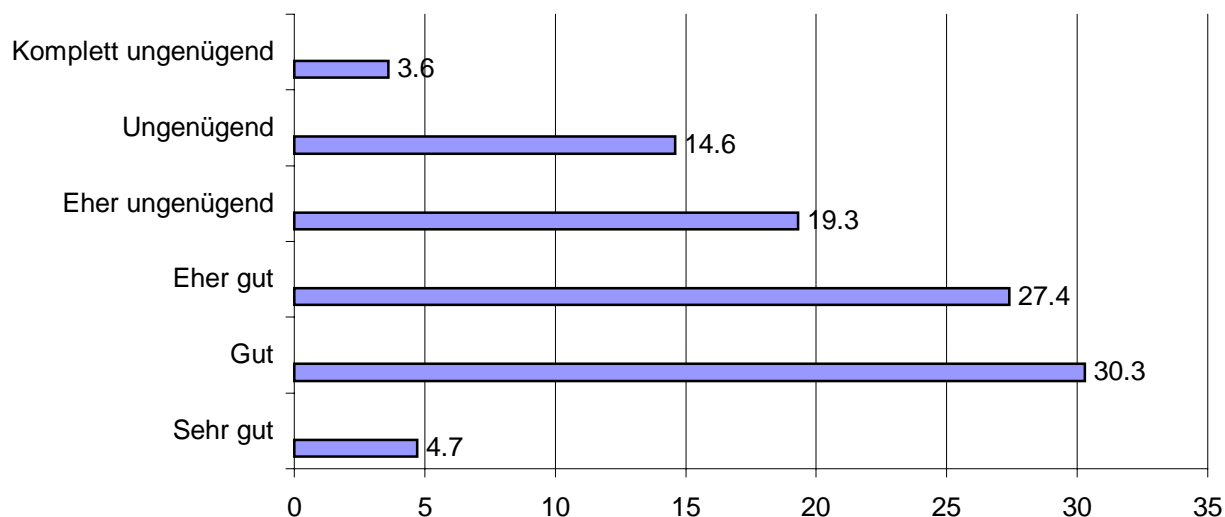
Eine sehr interessanten Frage stellte Ian Needham:

„Inwieweit ist Aggression von Patienten gegenüber Pflegepersonen für Sie ein Problem?“



Ressourcen auf der Station

„Wie schätzen Sie die Ressourcen Ihrer Station (z.B. Festhalten) bezüglich Umgang mit aggressiven Patienten ein?“



Wer ist bedroht?

Von allen Gesundheitsberufen sind die Pflegenden am häufigsten der Gewalt am Arbeitsplatz ausgesetzt. Insbesondere die Lehrenden (Ausbildnerinnen), Stations- und Gruppenleitungen und das Personal in Krankenwagen werden Opfer von Gewalt.

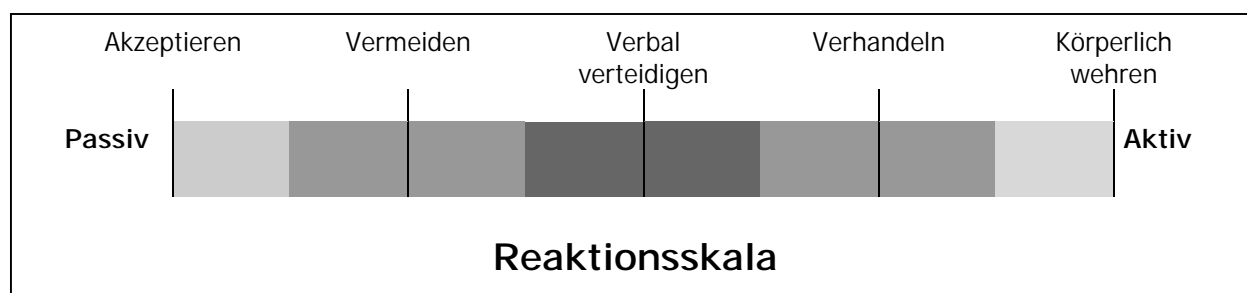
Auch männliche Pflegende werden Opfer von Gewalt. Dies ist ein relativ neues Phänomen; weniger häufig, aber genauso inakzeptabel.

Reaktionen auf Gewalt

Die unmittelbare und individuelle Reaktion von Pflegenden richtet sich nach:

- ihrer Persönlichkeit
- gelernten Verhaltensmustern (bewusst oder unbewusst)
- der beruflichen oder privaten Umgebung
- gesellschaftlichen Erwartungen (kultureller und professioneller Art)

Die unmittelbare Reaktion kann von totaler Passivität bis zu physischer Gegenwehr reichen. Viel zu häufig nehmen Pflegende Beschimpfungen und Gewalt allzu passiv als Teil ihrer Arbeit hin.



„Unser Beruf verlangt, angegriffen zu werden“

Die obige Einstellung wird manchmal leider von der Öffentlichkeit und einem Teil der Richter und Anwälte geteilt. 1986 urteilte ein Richter in einem Fall, in dem zwei Krankenschwestern einen Patienten, von dem sie angegriffen wurden, anzeigten, so: **„Die Bereitschaft, an diesem Ort (Psychiatrie) zu arbeiten, ist gleichzusetzen mit dem Einverständnis, angegriffen zu werden.“** (!!!)

Ich hoffe und ich bin durch unser Reglement bestärkt worden, dass diese Einstellung mindestens im KSW nicht gilt! (Reglement siehe im Anhang.)

Der Einsatz physischer (Gegen-)Gewalt ist insofern problematisch, als er ethische und rechtliche Aspekte berührt. Auch wenn vom Pflegepersonal Selbstverteidigung als wichtigstes Mittel gegen Angriffe genannt wird, haben viele eine Abneigung dagegen, sie anzuwenden und stehen dieser Möglichkeit zwiespältig gegenüber.

In der kanadischen Studie gaben 70 Prozent der Befragten an, dass sie die Anwendung körperlicher Gewalt durch Pflegende zur Abwehr von Angriffen für unangemessen hielten, auch wenn sie Selbstverteidigungskurse absolviert hätten. Aber mehr als die Hälfte derselben Pflegenden (56%) befürworteten Selbstverteidigungstraining als Möglichkeit der Gewaltverminderung.

Auswirkungen von Aggression und Gewalt

Die Auswirkungen von körperlicher Gewalt, verbaler Beschimpfungen und sexueller Belästigung sind umso besorgniserregender, als diese Erscheinungen sich häufen.

Folgen solcher Handlungen können sein:

- Schock, Nicht-Glauben-Können, Schuldgefühle
- körperliche Verletzungen
- erhöhte Stressgefühle
- Unwohlsein, körperliche Funktionsstörungen (Migräne, Erbrechen)
- Verlust der Selbstachtung und des Glaubens an die eigene berufliche Kompetenz
- lähmende Selbstbezeichnung, Selbstvorwürfe
- Ohnmachtsgefühle
- sexuelle Störungen
- Vermeidungsverhalten, das sich negativ auf die Arbeit und Pflegequalität auswirkt
- Verlust der Arbeitszufriedenheit
- Fernbleiben von der Arbeit
- erhöhter Personalwechsel
- Angst vor Patienten, dem Team, den Freunden

Mittelbare Reaktionen

Wenn ein gewalttätiges Ereignis vorgekommen ist, hat die Behandlung von Verletzungen, falls notwendig, Vorrang. Unabhängig davon stehen den Pflegenden folgende Verhaltensmuster und Optionen offen:

- Vermeidung
- Leugnen, Verdrängen
- Diskussion
Der Vorfall wird mit Teammitgliedern diskutiert. Eine Studie bestätigt, dass sich in den meisten Fällen diese Form als sehr hilfreich erweist. **Das Diskutieren mit Familienangehörigen oder Freunden erweist sich als nicht hilfreich!**
- Meldung
Es wird geschätzt, dass nur ungefähr ein Fünftel der Vorfälle offiziell gemeldet werden!
- Beratung
Nur knapp 15% der befragten Pflegenden gaben an, dass sie nach einem Vorfall eine Beratung oder Langzeitunterstützung erhalten hätten. Dabei sind die positiven Folgen einer Beratung bekannt.
- Anzeige
Es kommt nur in den seltensten Fällen zu einer Anzeige. Wenn es sich beim Täter um einen Patienten handelt, so wird die Anzeige oft als unethisch und unprofessionell abgetan. Pflegende machen sich oft selbst für den Vorfall verantwortlich. Dennoch kann die Durchführung einer Strafanzeige Teil des Heilungsprozesses für das Opfer sein.

Aggression - und wie entsteht sie?

Aggression wird manchmal als eine Art Lebensenergie angesehen, die man benötigt, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Diese Lebensenergie kann sowohl positiv, wie auch negativ eingesetzt werden. Im Allgemeinen wird Aggression als negativ angesehen. Aggression äussert sich im Verhalten, anderen Menschen (mehr oder weniger) bewusst Schmerzen, Erniedrigung oder Schaden mit einem bestimmten Ziel zuzufügen.

Aggression und Gewalt entstehen fast niemals aus sich heraus: die Ursache ist zu finden in Wut, Bosheit, Angst, Hilflosigkeit, Frustrationen und (innerlichen) Konflikten. Diese sind allesamt Grundgefühle, die einen unteilbaren und integralen Teil des menschlichen Funktionierens ausmachen. In den meisten Fällen sind sich Menschen hierüber bewusst und reagieren auf Äusserungen von Gefühlen und Impulsen gemäss den sozialen Normen. Auf diese Art und Weise halten sie sich selbst unter Kontrolle im Umgang mit anderen Menschen. Eine Zunahme der Frequenz, Intensität und/oder Dauer von Gefühlsäusserungen und Impulsen kann problematisches Verhalten verursachen. Unangepasste Äusserungen von Emotionen, die Androhung von physischer oder psychischer Gewalt oder der Vollzug, um bei anderen einen Schaden anzurichten, wird als aggressives Verhalten beschrieben (*Defares & van der Ploeg, 1991*).

Sieben Phasen eines Aggressionseignisses

Anfangsphase

Während der Anfangsphase zeigt das Individuum Verhaltensweisen, welche langsam oder schnell vom normalen, nicht-aggressiven Verhalten abweichen. Der Patient ist sich diesbezüglich nicht immer bewusst, doch oft fällt es anderen auf.

Erste Übergangsphase

Diese Phase leitet direkt vom Verspüren eines Gefühls, über eine Aktion und Interaktion zum aggressiven Verhalten. Das Verhalten weicht immer mehr vom normalen, gesunden Verhalten ab. Hier besteht noch die Möglichkeit, mit dem Patienten ins Gespräch zu kommen.

Krisenphase

Wenn eine Situation zu eskalieren droht, kommt eine Grenze, jenseits derer Konsequenzen für den Patienten entstehen. Übertritt der Patient diese Grenze, so wird seine Freiheit eingeschränkt. **Ziel dabei ist die Wahrung der Sicherheit auf der Station.** Eine Krisensituation ergibt sich, wenn Gefahr besteht, dass der Patient durch Gespräche nicht mehr erreichbar ist und er die Kontrolle über sich selbst verloren hat. Das Verhalten des Patienten ist physisch bedrohliches, destruktives Verhalten. Die zugrunde liegende Emotion ist dabei weniger ersichtlich.

Destruktive Phase

Ist es nicht gelungen, den Patienten davon zu überzeugen, dass er sein Verhalten anpassen soll und er nicht bereit ist, bei einer Behandlung oder bei einer Intervention zur Abwendung des gefährlichen Verhaltens mitzumachen, so besteht Gefahr für den Patienten selbst, für andere oder für die allgemeine Sicherheit auf der Station. Der Patient zeigt deutlich destruktives Verhalten und geht über zur milden oder zur ernsthaften physischen Gewalt. Die zu Grunde liegenden Gefühle verschwinden nun gänzlich in den Hintergrund und die Intervention ist vollständig auf

die Wiederherstellung von Kontrolle und auf die Gewährleistung der Sicherheit der Betroffenen und des Umfelds gerichtet.

Wiederherstellung oder Abkühlungsphase

Nach der Intervention folgt die Phase der Abkühlung und der Wiederherstellung eines normalen Verhaltens des Patienten. Die zugrunde liegenden Gefühle oder die Auslöser, sind noch während einiger Zeit vorhanden. Aus diesem Grund muss manchmal mit einem Rückfall in eine der vorhergehenden Phasen gerechnet werden. Das aggressive oder gewalttätige Verhalten bleibt noch einige Zeit im Vordergrund, weil die Situation erneut durchlebt wird, weil der Patient die Gefühle wieder erlebt, oder weil er die Mitverantwortung für die Situation ablehnt.

Zweite Übergangsphase

Während dieser Phase ist die Gefahr dermassen klein, so dass der Patient wieder für eine Behandlung empfänglich ist.

Auflösungsphase

In dieser Phase nehmen die Reaktionen des Wiedererlebens und der Verneinung mit den zugehörigen Symptomen ab. Die dramatische Erfahrung bekommt einen Platz in der Lebensgeschichte des Patienten. Die Erfahrungen der Vergangenheit werden umgesetzt in passende (Inter-)Aktionen auf der Station und in der Gesellschaft.

(Quelle: „*Handhabung von Aggression, Skriptum für den Basislehrgang*“, Dr. Nico Oud, Februar 2002)

Entstehungsmechanismen/Faktoren

Huber et al. (1996) unterscheiden 4 „Beteiligte“, welche eine Rolle spielen im Entstehen von Aggressionen:

1. Patient/Besucher
2. Mitarbeiter
3. Institution
4. Gesellschaft

Gemäss Blair (1991) gibt es erst wenige gesicherte Erkenntnisse über Faktoren, welche auf psychiatrischen Stationen zum Auftreten von Aggression beitragen - es gibt in diesem Bereich einen grossen Bedarf nach Pflegeforschung. Aufgrund einer Durchsicht entsprechender Literatur nennt Blair folgende Faktoren:

- unfreiwilliger Eintritt
- Freiheitsbeschränkende Massnahmen
- Die Haltung der Pflegenden
- Die Haltung des Pflgeteams
- Ignorieren des Problems durch die Institutionsleitung
- Verneinung von Gewalt aber doch damit konfrontiert werden
- Patienten mit hirnrorganischer Erkrankung oder Demenz
- Personalbestand

Die Atmosphäre auf der Station und die Beziehung zwischen Klient und Betreuer spielen eine wichtige Rolle im Entstehen von Aggressionen. Die Beziehung und die Haltung der Beteiligten, die Art des Umgangs mit Konflikten und praktizierte Beeinflussungsstrategien spielen eine wichtige Rolle beim Vorbeugen oder beim

adäquaten Umgang mit der Aggressionsproblematik. Theoretische Kenntnisse, Haltungen und praktische Fertigkeiten sind sehr wichtig für einen adäquaten Umgang mit Aggression.

In Untersuchungen zur Vorhersage von gewalttätigem Verhalten wurde eine grosse Zahl von Faktoren untersucht, von denen ein Zusammenhang mit gewalttätigem Verhalten vermutet wurde. Untersucht wurden zum Beispiel Faktoren wie Alter, Geschlecht, Rasse, Ausbildung, Persönlichkeit, Alkohol- und Drogenkonsum, hirnorganische Erkrankungen, suizidales Verhalten, psychiatrische Erkrankungen, soziologische und situative Aspekte. Die Ergebnisse solcher Studien sind bis heute widersprüchlich.

Der einzige Risikofaktor, der in sehr vielen Studien bestätigt wurde, ist eine Vorgeschichte von gewalttätigem Verhalten.

Sicherheit am Arbeitsplatz

Wieso dieses Kapitel?

(Quelle: „Leitfaden zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz“, SBK/ASI)

Bei der Behandlung meines Themas „Der Randalierende Patient“ kam ich schnell zur Einsicht, dass das Thema „Sicherheit am Arbeitsplatz“ eine grosse Rolle spielt, um diesem Patientengut besser begegnen zu können. Aus diesem Grund will ich in meiner Arbeit dieses Kapitel einbauen.

Angestellte haben das Recht auf eine sichere Arbeitsumgebung, das der Arbeitgeber garantieren muss. Sicherheit am Arbeitsplatz hängt im Gesundheitswesen von den im Folgenden genannten Faktoren ab. Jeder einzelne von ihnen muss berücksichtigt werden, damit ein hoher Grad an Sicherheit erreicht werden kann:



Sozialstruktur

In vielen Kulturen ist die verbale und physische Gewalt gegen Frauen ebenso wie die sexuelle Belästigung immer stillschweigend akzeptiert worden. Beschwerden von Krankenschwestern wurden demzufolge heruntergespielt, lächerlich gemacht oder mit dem Hinweis auf die „menschliche Natur“ abgetan. Gewalt gegen männliche Pflegende scheint weniger häufig zu sein, aber ist keinesfalls tolerierbar.

Grundvoraussetzung für die Reduzierung von Gewalt ist es, dass der Respekt vor der Würde und für den Privatbereich eines jeden Individuums Bestandteil der sozialen Normen und Verhaltensweisen wird.

Rechtliche Situation

Wie vorgängig beschrieben, wird selbst von richterlicher Seite die Tatsache, dass, wenn man im Gesundheitswesen arbeitet, immer noch gleichgesetzt wird mit dem

Einverständnis zu Angriffen auf die eigene Person. Solche Auffassungen muss eine Gesetzgebung für die Sicherheit am Arbeitsplatz entgegengesetzt werden. Ebenfalls könnten durch entsprechende Gesetze die Strafen für die Täter verschärft werden.

Situation am Arbeitsplatz

Bisher verfügt die Forschung noch nicht über ein geeignetes Instrument, mit dem das Gewaltpotential einer Situation vorhersagbar gemacht werden könnte. Allerdings lassen verschiedene Studien den Schluss zu, dass das Hauptrisiko für Angehörige der Gesundheitsberufe von einem kleinen Prozentsatz von Patienten ausgeht, die bereits eine gewalttätige Vorgeschichte haben.

So konnte in einer in den USA durchgeführten Untersuchung die Zahl physischer Übergriffe allein dadurch um 91% verringert werden, **dass in den Patientenakten vermerkt wurde, wenn diese bereits vorher aggressives oder störendes Verhalten gezeigt hatten**. Damit wird deutlich, wie wichtig auch in diesem Zusammenhang die vollständige Erhebung von Patientendaten ist.

Zeichen, wenn es brenzlig wird

Wichtige Zeichen auf mögliche Gewaltanwendung sind Anzeichen von Veränderungen des autonomen Nervensystems der Patienten. Schwitzen, gerötetes Gesicht, Veränderungen der Pupillen und Muskelanspannungen gehören zu den subtilen Anzeichen, die von Pflegenden beachtet wurden. Andere Warnsignale sind lautes Sprechen, geballte Fäuste, angespannte Kiefermuskulatur und unruhiges Umherlaufen in den Gängen. Pflegende müssen lernen, solche Anzeichen aus der Distanz einzuschätzen und ihren Instinkten zu trauen.

Gewalt verhindern wollen

Die Mehrzahl der Verletzungen von Pflegepersonen ist auf Situationen zurückzuführen, in denen Pflegende Gewalt von Patienten verhindern wollten. Das deutet darauf hin, dass es sehr wichtig ist, entsprechende Techniken zu erlernen bzw. eine angemessene personelle Ausstattung auf den Stationen zu haben.

Für die zwangsweise Sedierung sowie Isolierung von Patienten sollten Protokolle und Vorgehensweisen entwickelt werden; dabei sollten sowohl die therapeutische Rechtfertigung als auch die Rechte von Patienten und Personal berücksichtigt werden.

Betriebsklima

Die traditionelle „paternalistische“³ Einstellung des Managements gegenüber den Pflegenden führt dazu, dass sich Pflegende abhängig und hilflos fühlen und somit Schuldgefühle entwickeln, wenn sie mit einer Gewaltsituation nicht umgehen können. Damit ist die Bestrafung des Opfers eingeleitet. Genau das Gegenteil sollte aber praktiziert werden. Das Management muss eindeutig zeigen, dass Gewalt,

³ „paternalistisch“ ist jemand, der dazu tendiert, andere zu bevormunden. Auf Italienisch, z.B. „fare una paternale a qualcuno“ heisst nicht umsonst „jemandem eine Strafpredigt halten“... also ihm die Leviten lesen.

Beschimpfungen oder sexuelle Belästigungen nicht toleriert werden und dies mit entsprechenden Vorschriften und Verfahrensweisen dokumentieren.

Ein positives Betriebsklima, das sich gewalthemmend auswirkt, kann durch folgende Schritte erreicht werden:

- Das Management stellt sicher, dass das Personal über seine Rechte und Pflichten informiert ist
- Es wird deutlich gemacht, dass Gewalt nicht toleriert wird
- Sicherheitsmassnahmen müssen von allen Beteiligten entwickelt werden
- Entscheidungen über die Aufnahme oder Entlassung gewaltbereiter Patienten werden gemeinsam vom ärztlichen wie pflegerischen Personal getroffen
- Die Sicherheitsmassnahmen werden regelmässig kontrolliert
- Es werden kontinuierlich Fortbildungsprogramme entwickelt über Berufsrissen und Gewalt. Für die Teilnahme wird dem Personal Arbeitszeit zur Verfügung gestellt
- Ein angemessene Personalausstattung muss gewährleistet sein
- Das Personal ist berechtigt, bei Bedarf sicherheitsgerechte Vorgehensweisen einzuführen und seine Arbeit entsprechend zu organisieren
- Im Budget müssen Gelder für Sicherheitsmassnahmen vorgesehen werden
- Infrastrukturen zur Betreuung Betroffener müssen allen zugänglich sein
- Die Verlegung von Patienten in andere Stationen muss rationalisiert und für die Beteiligten klar geregelt sein. So sollten lange Wartezeiten in der Notfallaufnahme vermieden werden, da diese das Gewaltpotential erhöhen. Die Unmöglichkeit, gewünschte Dienstleistungen oder Erklärungen zu erhalten, werden als gewaltfördernd angesehen

Gewalthemmende Umgebung

Auch bei der Architektur und Inneneinrichtung sollte darauf geachtet werden, dass sich Stressgefühle und Aggressionen nicht noch verstärken:

- Der Zugang zum Arbeitsplatz muss sicher sein
- Der Zugang der Öffentlichkeit zu Krankenhäusern soll so minimal wie möglich gehalten werden (wenig Eingänge)
- Die Durchgangswege sollten von einem Haupteingang ausgehen und leicht zu finden sein
- Am Haupteingang, entlang der Besucherwege und in der Notfallaufnahme sollte Sicherheitspersonal bereitstehen
- Personalparkplätze sollten sich möglichst nahe am Arbeitsplatz befinden
- Überall soll eine ausreichende Beleuchtung vorhanden sein
- Die Patienten sollen sich im Gebäude leicht orientieren können
- Es soll ruhige und geräumige Empfangsräume und Stationszimmer geben, in denen ausreichend Platz für das Personal ist
- Es sollen keine Farben gewählt werden, die aggressionsfördernd wirken
- Aufnahmezimmer sollen vom Personal beobachtet werden können
- Es soll ein Unterhaltungsangebot zur Vermeidung von Langeweile bei den Patienten geben (Bücher, Zeitschriften, Fernsehen)
- Möbel, Apparate und andere Einrichtungsgegenstände sollen nicht als Waffen verwendet werden können. Auch Kugelschreiber, Stethoskope, Schnüre und Stühle können in Gewaltsituationen gefährlich sein

- Ein Alarmsystem soll existieren für den Fall von Gewalt
- Personenkontrolle beim Eingang

Kompetenz des Personals

Ungenügende Schulung wurde als ein Faktor erkannt, der zur Häufung von Angriffen beiträgt. Tatsächlich haben drei Studien gezeigt, dass Schulung im Umgang mit aggressivem Verhalten die Verletzungshäufigkeit durch Angriffe vermindern kann.

Insbesondere die eigene Haltung zu Gewalt kann für den Umgang mit solchen Situationen entscheidend sein. Die Tendenz der Pflegenden, sich selber Vorwürfe zu machen für solche Vorfälle, muss abgebaut werden. Pflegende müssen öffentlich anerkennen, dass Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz nicht toleriert wird und sie dürfen solche Vorfälle nicht länger akzeptieren.

Aufgaben des nationalen Pflegeverbandes

Die nationalen Pflegeverbände müssen sich der Anliegen ihrer Mitglieder annehmen und eine Politik verfolgen, die es den Pflegenden erlaubt, ihre beruflichen und persönlichen Ziele zu erreichen und ihre Tätigkeit in einer sicheren Arbeitsumgebung auszuüben.

NANDA-Pflegediagnosen⁴

Gewalttätigkeit, potenziell: Gegen sich oder andere

Definition

Der Zustand, bei dem ein Mensch Verhaltensweisen erlebt, die eine körperliche Gefahr für ihn selbst oder andere darstellen.

Mögliche Faktoren

- Asozialer Charakter
- Katatonischer/manischer Erregungszustand
- Panische Zustände, Zornausbrüche
- Suizidales Verhalten
- Toxische Reaktionen auf Medikamente einschliesslich illegaler Suchtmittel/Alkohol
- Geschlagene Frauen, Kindsmisshandlungen
- Organisches Hirnsyndrom; Temporallappenepilepsie
- Negatives Vorbild
- Hormonelle Störungen (z.B. Postmenopausensyndrom, postpartale Depression/Psychose)

Risikofaktoren

- Körpersprache (geballte Fäuste, gespannter Gesichtsausdruck, angespannte Körperhaltung, allgemeine Angespanntheit, die auf intensives Bemühen um Selbstkontrolle hinweisen)
- Offene und aggressive Handlungen (gezielte Zerstörung von Gegenständen im unmittelbaren Umfeld)
- Selbstzerstörerisches Verhalten und/oder aktive aggressive suizidale Handlungen
- Feindselige bedrohliche Äusserungen (Prahlen über Misshandlungen von anderen Personen)
- Erhöhte motorische Aktivität (Auf und Ab-Gehen, Aufregung, Reizbarkeit, Erregung)
- Besitz von destruktiven Gegenständen (Gewehr, Messer, Waffen)
- Verdächtigungen, paranoide Ideen, Wahnvorstellungen, Halluzinationen
- Suchtmittelkonsum oder -entzug
- Rage

Weitere mögliche Merkmale

- Unfähigkeit, Gefühle in Worte zu fassen
- Provokatives Verhalten (streitsüchtig, unzufrieden, übertriebene Reaktionen, überempfindlich)
- Furcht vor sich selbst oder anderen oder vor der Situation
- Verletzliches Selbstwertgefühl
- Zorn
- Wiederholung von Äusserungen (dauerndes Klagen, Bitten und Forderungen)
- Erhöhter Angstzustand
- Depression (aktive, aggressive, suizidale Handlungen)

In dieser Liste fehlen mir persönlich folgende Punkte:

- Angstgefühle, hervorgerufen durch negative Bilder (Arzt, Spital etc.),
- Schmerzen,
- Fehlende Informationen,
- Sich nicht verstanden fühlen.

⁴ Nanda: North American Nursing Diagnosis Association (Nordamerikanische Pflegediagnosen Vereinigung), <http://www.nanda.org/>

Umgang mit Problempatienten

Die folgende Aufstellung ist aus dem „Leitfaden Pflege“ entnommen. Sie sind hauptsächlich auf die Pflege von Patienten auf den Stationen ausgerichtet, können aber für die Arbeit auf einer Notfallstation durchaus helfen.

Akoholabhängigkeit	
Symptome/Probleme	Aufgaben der Pflegekraft
Patient bringt Alkohol mit in die Klinik, trinkt zu jeder Gelegenheit, entfaltet Beschaffungsaktivitäten (Kiosk, Cafeteria, schickt andere)	Wenn die Alkoholtherapie nicht Zweck des Krankenhausaufenthaltes ist: Dokumentieren, Arztinformation, Ansprechen (Therapien anbieten), auf Selbsthilfegruppen hinweisen (Anonyme Alkoholiker). Keine Verbote (zwecklos!), Alkohol nicht einsammeln (drohendes Entzugsdelir)
Patient leugnet sein Alkoholproblem	Muss akzeptiert werden. Vor OP Ersatztherapie anbieten (Distraneurin [®] , Indikation durch den Arzt)

Der aggressive Patient	
Verbale Angriffe gegen Mitpatienten, Pflegepersonal und andere (bevorzugt Schwächere werden beschimpft und beschuldigt)	Mitpatienten schützen, wenn sie es nicht selber können, sonst raushalten. Auf keinen Fall aggressiv reagieren, stattdessen: Nach dem Anlass/Grund fragen. Keine erzieherischen Massnahmen (Drohungen, Druck, Sanktionen) ergreifen. Rechthaben ist in dieser Situation unwichtig. Machtkämpfe vermeiden („hier habe ich das Sagen“). Grundsätzlich deutlich machen, dass diese Form der Auseinandersetzung nicht angebracht ist.
Tätliche Angriffe, z.B. Patient droht mit einer „Waffe“ oder schlägt	Auf keinen Fall auf ein Handgemenge einlassen! Gegebenenfalls Mitpatienten schützen. Sich selbst und Mitpatienten in Sicherheit bringen (Flucht!). Geeignete Hilfe holen (weitere Pflegepersonal, Arzt). Versuchen, den Patienten zu beruhigen und zu entwaffnen. Arzt informieren und dokumentieren.
Tätlicher Angriff als Gegenwehr, d.h. der Patient wehrt sich z.B. gegen pflegerische Massnahmen, weil er Angst hat oder sich bedroht fühlt.	Massnahme (Waschen, Verbinden) zunächst unterbrechen. Vertrauen (wieder) herstellen. Nähe anbieten (z.B. Gespräch, Körperkontakt). Ein mögliche Bezugsperson des Patienten hinzuziehen. Dokumentation

Pflegeanamnese

Zur Pflegeanamnese gehört die Einschätzung der Aggressionsbereitschaft. Es ist in diesem Zusammenhang wichtig zu ermitteln, ob der Patient eine Vorgeschichte von aggressivem Verhalten hat.

Dies geschieht am besten mit einem strukturiertem Anamnesegespräch, in dem erfragt wird, in welchem Mass aggressives Verhalten in der Vergangenheit zum Ausdruck gekommen ist.

Spezielle Aufmerksamkeit sollte auch Formen von risikoreichem, sadistischem oder antisozialem Verhalten geschenkt werden (wie z.B. häufigem Wechsel von Sexualpartnern, Betrunkenheit, Vandalismus, Diebstahl, Tierquälerei, Vernachlässigung von Verpflichtungen gegenüber Kindern).

Merkmale für das Durchführen eines Anamnesegesprächs findet sich im Anhang.

Umgang mit randalierenden Patienten

Quelle: „Handhabung von Aggression, Skriptum für den Basislehrgang“, Dr. Nico Oud, Februar 2002

Mittel und Massnahmen

Wenn eine Situation, worin Aggression zu eskalieren droht, müssen Massnahmen getroffen werden.

Könnte der Klient nicht zu einer Verhaltensanpassung oder zur Mitarbeit überzeugt werden, kann die Situation für den Klienten und die Umgebung gefährlich werden. Ist unerwartet Gefahr eingetreten, spricht man von einer Notlage. Sind solche Situationen vorhersehbar, so sollte eine Zwangsmassnahme im Behandlungsplan festgelegt werden. Die Anwendung von Zwangsmassnahmen ist nur gerechtfertigt, wenn eine ernsthafte Gefahr für den Klienten oder die Umgebung besteht.

In unvorhersehbaren Notsituationen werden die folgenden Massnahmen eingesetzt:

- Isolation,
- Fixation,
- zwangsweise Verabreichung von Medikamenten und Nahrung.

Klienten erleben solche Massnahmen als strukturelle Gegengewalt, was zu einer Beeinträchtigung des Arbeitsbündnisses führen kann.

In akuten Situationen muss schnell und professionell gehandelt werden. Hierzu sind Fertigkeiten in den Techniken von „Control & Restraint“ erforderlich.

McCloskey & Bulecheck (1997) empfehlen den Einsatz folgender Mittel:

- **Fixation:** Fixationsmittel zur Einschränkung der Mobilität am Patienten anbringen, kontrollieren und entfernen
- **Sedation:** Sedativa verabreichen, die Reaktion des Patienten überwachen und die notwendige physiologische Unterstützung während einer diagnostischen oder therapeutischen Behandlung geben
- **Isolieren:** Der Patient in eine völlig sichere Umgebung isolieren und zur Gewährleistung von Sicherheit und/oder zur Verhaltensregulierung pflegerisch überwachen

Entgegnung auf Gewalt

Mit folgenden Punkten kann Gewalt entgegnet werden:

- Identifizieren von gefährlichem Verhalten und auslösender Faktoren der Umgebung
- Risikofaktoren im Zusammenhang mit gewalttätigem Verhalten sind:
 - eine Vorgeschichte mit aggressivem oder gewalttätigem Verhalten
 - Verbale oder physische Drohungen
 - Paranoide Ideen bei einem psychotischen Patienten
 - Imperative, gewalttätige halluzinatorische Stimmen
 - Verlust der Arbeitsstelle
 - die Diagnose Demenz

- Alkohol- oder Drogenrausch
- Merkmale der Umgebung oder der Behandlung selbst

Dem beteiligten Personal und den Sicherheitsverantwortlichen sollen umfassende Informationen über diese Faktoren zur Verfügung stehen.

Risikofaktoren

Wenn die Risikofaktoren erkannt sind, müssen Strategien entwickelt und umgesetzt werden, mit denen sie verringert werden können. Während die genaue Rolle der nationalen Pflegeverbände von den direkt betroffenen Parteien abhängen wird, muss die Vereinigung vor allem Anwalt für die Pflegenden sein und deren Recht auf einen sicheren Arbeitsplatz verteidigen.

Die Verbände sollen aushandeln, dass sichere Arbeitsmethoden, Sicherheitsmassnahmen sowie Einrichtungen, die das vertrauliche Anbringen von Klagen erlauben, eingeführt und durchgesetzt werden. Dies als grundlegende Antwort auf die Besorgnis der Pflegenden in Angetracht der Gewalt.

Entwickeln von Strategien im Umgang mit Gewalt

Die Berufsverbände fordern und unterstützen das Erlernen von Gewaltmanagement sowohl in der Grundausbildung wie in Fortbildungen.

Garantieren des Zugriffs aller Beteiligten auf wirkungsvolle Unterstützungsstrukturen

Wenn keine Angebote des Arbeitgebers für die Unterstützung von Gewaltopfern bestehen, müssen die Berufsverbände solche innerhalb ihrer eigenen Infrastruktur entwickeln, um diese Bedürfnisse abzudecken.

Wenn es die Mittel des Verbandes erlauben, kann ein Anwalt engagiert werden. Falls dies nicht möglich ist, kann die Zusammenarbeit mit freiwilligen Frauengruppen gesucht werden, die sich dieser Probleme widmen (z.B. Frauenhäuser).

Für verlässliche statistische Aufzeichnungen sorgen

Um Risikofaktoren zu identifizieren, Trends zu erkennen und effiziente Gegenmassnahmen entwickeln zu können, ist umfangreiches Material notwendig. Nur wenn solches Datenmaterial vorliegt, können entsprechende Studien durchgeführt werden.

Vorfälle und den Umgang damit evaluieren

Die betroffenen Pflegenden, die Arbeitgeber und der Berufsverband müssen den Umgang mit Gewalt und aggressivem Verhalten überprüfen. Damit die Grundsätze und Verfahren soweit möglich mit der Praxis und den gegenwärtigen Bedürfnissen übereinstimmen, ist es entscheidend, sie fortlaufend zu überprüfen und anzupassen.

Mögliche Interventionen bei drohender Aggression

Raum anbieten

Darunter wird verstanden, dem Klienten die Möglichkeit anzubieten, seine Emotionen zu äussern und etwas mit seiner Spannung zu tun. Dies geschieht auf eine nicht-direktive Art und Weise, stimulierend, unterstützend, schützend, Bedingungen schaffend, den Wünschen der Klienten entgegenkommend. Dabei geht man locker um mit Abmachungen und Regeln. Bei pflegerischen Aktivitäten müssen folgende Punkte beachtet werden: Information und Erklärung geben, Eingehen auf Spannungen, Trösten, Unterstützen, Ablenkung anbieten, Ruhe vermitteln, Medikation anbieten, Aufschub geben und situatives Anpassen von Regeln.

De-Eskalationstechniken und Strategien bei drohender Aggression

Wenn die Situation bedrohlicher und die Sicherheit gefährdet wird, ist es wichtig, die Sache nicht weiter eskalieren zu lassen.

Die Beachtung dreier Faktoren ist dabei wichtig:

- Die Ursache,
- das Ziel oder die Richtung der Aggression und
- die Möglichkeit

von weiteren Eskalationen.

Die Intervention fängt an mit dem Einnehmen einer sicheren Position dem Klienten gegenüber. Bestimmte Sicherheitsmassnahmen müssen beachtet werden. Die helfende Person wird oft vielleicht mit den eigenen Angstgefühlen, Unsicherheit, Ungewissheit konfrontiert und es kommt oft zu Gegenübertragungen. Im Rahmen einer professionellen Bewältigung der Situation wird dem Klienten klargemacht, dass sein Verhalten abgelehnt wird. Gleichzeitig wird dem Klienten Wärme und Empathie entgegengebracht. Helfer zeigen, welches Verhalten erwünscht und unerwünscht ist und Grenzen werden klar gesetzt. In dieser Phase erfolgen keine Zwangsmassnahmen.

Grenzen setzen

Auf direkter Art wird dem Klienten klar gemacht, welches Verhalten erwünscht und unerwünscht ist. Hierzu gehören die folgenden Interventionen:

- Grenzen deutlich angeben
- Konfrontation
- Warnungen aussprechen
- Alternativen anbieten
- positive Verhaltensbestärkung und Verweigerung ernst nehmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Droht eine Situation zu eskalieren, so werden Konsequenzen für das Verhalten gezogen. Passt der Klient in dieser Phase sein Verhalten nicht an, so werden freiheitsbeschränkende Massnahmen ergriffen. **Oberstes Ziel ist die Gewährleistung der Sicherheit auf der Station.** Freiheitsbeschränkende Massnahmen müs-

sen im Behandlungsplan dokumentiert werden. Ist der Klient später zugänglicher, so werden mit ihm zusammen Lösungen des Konflikts gesucht.

Bei physischer Bedrohung kann beim Personal Angst und eine Beeinträchtigung der professionellen Situationsbewältigung erfolgen. Das Beherrschen physischer Abwehrtechniken zur Befreiung aus bedrohlichen Situationen können hierbei Sicherheit vermitteln. Solche Techniken unterscheiden sich grundlegend von jenen der Selbstverteidigung. Diese Techniken stammen aus dem in England entwickelten Bereich „Control & Restraint“ (Wright, 1998) und zielen darauf hin, dass dem Klienten kein Schaden zugefügt wird. Aufgrund der Untersuchungen empfehlen Broers & De Lange (1996) als freiheitsbeschränkende Massnahmen:

- Aufenthalt auf der Station
- strukturiertes Tagesprogramm
- Tagesgestaltung nach einem Tagesplan
- Time-Out
- Aufenthalt im Zimmer
- vorübergehende Verlegung auf eine andere Station und
- fortdauernde Beobachtung.

McCloskey & Bulechek (1997) empfehlen folgende Interventionen:

- **Räumliche Beschränkung:** Die Mobilität des Klienten beschränkt sich auf ein umschriebenes Gebiet, um die Sicherheit zu gewährleisten oder das Verhalten zu regulieren
- **Aufsicht zwecks Sicherheit:** Zweckmässig und laufend Informationen sammeln und analysieren über den Patienten und seine Umgebung, um die Sicherheit anderer Patienten zu gewährleisten
- **Vorsichtsmassnahmen gegen Entweichung:** Die Gefahr vermindern, dass der Patient entweicht

Andere wichtige Aspekte

Meldung und Registrierung

Die Meldung und Registrierung sind notwendig um Einsicht zu bekommen in Anzahl und Art von Aggressions- und Gewaltvorfällen.

Ausbildung und Training

Ausbildung und Training kann zu einer verbesserten Abwehr gegen Aggression, Gewalt und sexueller Einschüchterung führen. Auch skeptische MitarbeiterInnen sind oft nach solchen Trainingsprogrammen davon überzeugt. Das Training kann zur Zunahme des Selbstvertrauens und zum besseren Umgang mit Aggression und Gewalt führen. Andere mögliche Wirkungen des Trainings sind eine Senkung von physischer und psychischer Folgen und aggressionsbedingten Absenzen.

Untersuchungen zeigen, dass Helfende aufgrund persönlicher Vorlieben handeln; zeigen aber auch, dass manche Techniken effektiver sind als andere. Möglichkeiten zur Supervision und Intervision werden noch zu wenig benutzt und es besteht ein Bedarf zur Verbesserung von präventiven Ansätzen wie zum Beispiel „Kommunikation zur De-Eskalierung“. In Teamtrainings muss der korrekte technische Umgang mit Aggression gelernt und eingeübt werden.

Nachbetreuung von Gewaltopfern

Traumatische Ereignisse können Menschen sehr aufwühlen. Diese werden öfters unterschätzt. Nach Vorfällen von Gewalt oder Aggression sollte die Situation durch Fachpersonen aufgefangen und begleitet werden, um langwierige Störungen vorzubeugen. Vorgesetzte müssen dabei beobachten, ob die Verarbeitung der Folgen eines Gewaltereignisses normal abläuft oder allenfalls eine Nachbetreuung nötig ist.

Das Auffangen und die Nachbetreuung des Opfers durch Kollegen unmittelbar nach dem Vorfall ist sehr wichtig für eine günstige Verarbeitung des Erlebnisses.

Checkliste

Grundhaltung

- Ruhig bleiben
- Verständnis und Respekt zeigen
- Mitgefühl zeigen
- Sich diplomatisch und korrekt verhalten
- Das Selbstwertgefühl des Patienten stärken
- Klar vermitteln, was du möchtest
- Klar und konkret sein über deine Grenzen
- Die Führung übernehmen
- Dem Patienten helfen, seine Erwartungen zu formulieren

Kommunikation und Interaktion

- Fordere bei möglicher Gewalttätigkeit Hilfe an, gehe nicht allein vor!
- Stelle klar, wenn die Erwartungen des Patienten deine Möglichkeiten überschreiten
- Ignoriere schlechtes Betragen nicht, setze sofort klare Grenzen (Verweis auf die Hausordnung)
- Formuliere deinen Standpunkt konkret und direkt
- Deklariere zuerst deine Grenzen, korrigiere die Erwartungen des Patienten und zeige dann Mitgefühl für die Enttäuschung des Patienten (schlechte Nachrichten zuerst)
- Benenne Meinungsverschiedenheiten und Konflikte („Wir sind uns nicht einig...“)
- Lehne die Person nicht ab, aber ihr Verhalten
- Benenne das erwünschte/erwartete Verhalten
- Treibe den Patienten nicht in die Enge
- Lass Fragen nach dem „Warum“ weg
- Zeige deine Hände (nicht gestikulieren und nicht verstecken)
- Versuche, dich gleichmässig und kontrolliert zu bewegen (keine unerwartete Bewegungen)
- Behalte Augenkontakt, aber starre den Patienten nicht an
- Nenne den Patienten bei seinem Namen
- Offeriere die Möglichkeit für einen Kompromiss, vermittele Hoffnung
- Suche nach etwas Gemeinsamem
- Sprich deine Zuversicht und dein Vertrauen aus, dass der Patient etwas tun/nicht tun wird
- Vermittle Struktur und Klarheit, gib einen Halt, wenn der Patient desorientiert ist
- Sage, was du wahrnimmst und deklarier dies als deine persönliche Interpretation
- Zeige Humor, wenn die Situation dies zulässt
- Halte Vorboten von Kampf- oder Fluchtverhalten beim Patienten im Auge, so dass du sie vorwegnehmen kannst (trockener Mund, zusammengepresste Lippen, Seufzen, Veränderung in der Stimmlage, Schweiss, rotes Gesicht, aufgerissene Augen, erweiterte Pupillen, schnelle Atmung, Atem anhalten, schneller Puls, Zittern, Beben, erhöhte Muskelspannungen, geballte Faust, Drohfinger)

Persönliche Sicherheit

- Zeige eine Übermacht: mehrere Personen vermitteln dem Patienten das Gefühl, keine Chance zu haben; Uniformen von Polizei oder Feuerwehr haben ebenfalls eine positive Wirkung
- **Sorge dafür, dass du einen Fluchtweg hast**
- Prüfe, ob der Patient eine Waffe oder gefährliche Gegenstände bei sich oder in Reichweite hat
- Sorge dafür, dass du nicht am Fenster, in einer Ecke oder oberhalb einer Treppe stehst
- Sorge für eine angepasste Distanz (aggressive Patienten fühlen sich schnell bedroht und können Nähe als Provokation erfahren)
- Stehe neben dem Patienten oder schräg vor ihm
- Sorge für psychologische und körperliche Privatsphäre
- Bitte andere Patienten oder Anwesende wegzugehen

Selbstkontrolle

- Versuche gleichmässig zu atmen (Bauchatmung)
- Halte deine Stimmlage tief und ruhig
- Ziehe dich zurück bei lähmender Angst und kreierte Sicherheit für dich
- Versuche eine entspannte Haltung anzunehmen, Füsse auf den Boden
- Vermittle nicht, dass du Angst hast, gehe wenn nötig physisch auf Distanz
- Nimm dich einen Moment zurück, wenn du nicht weisst, wie du reagieren sollst
- Bitte evtl. um Bedenkzeit, Zeit zu überlegen

Rechtliches

- Will der Patient gehen, halte ihn nicht zurück! Muss der Patient festgehalten werden, muss die Polizei eingeschaltet werden. (Nötigung, entstehende Körperverletzung beim Festhalten am Patient oder/und der Pflegeperson) te andere Patienten oder Anwesende wegzugehen

Quelle: „*Handhabung von Aggression, Skriptum für den Basislehrgang*“, Dr. Nico Oud, Februar 2002

Erkenntnisse

Sicherheit am Arbeitsplatz

Bei der Bearbeitung der Literatur kam ich zu dem Schluss, dass das Thema „Sicherheit am Arbeitsplatz“ bei der Arbeit mit randalierenden Patienten eine sehr grosse Rolle spielt.

Ist die Sicherheit gewährleistet, ist auch ein ruhigeres, angepassteres Arbeiten möglich. Dies erklärt die Grösse dieses Kapitels meiner Arbeit.

Auch sah ich, dass mein Arbeitgeber im Provisorium viel Geld für unsere Sicherheit zur Verfügung gestellt hat (z.B. Videüberwachung).



Kleine, enge Untersuchungszimmer

Provisorium

Zur Zeit arbeiten wir in einem Provisorium, da unsere Notfallstation umgebaut wird. In dem Teil, in dem wir nun einquartiert sind, wurde für unsere Sicherheit folgendes eingebaut:

Eingangsbereich überwachen

Videüberwachung des Eingangsbereichs, damit dieser Bereich vor allem in der Nacht eingesehen werden kann. Der separate Eingang zu unserer Notfallstation liegt einen Stock tiefer. Auch der Portier sieht den Eingang auf seiner Videüberwachung und könnte allenfalls Hilfe für uns anfordern.

Alarmknopf am Telefon

Diese Hilfsmassnahme steht uns nun (auch im Zusammenhang mit dem Provisorium) zur Verfügung. Somit kann in der Nacht, wenn nur zwei Personen beschäftigt sind, in Ernstfällen einfach Hilfe angefordert werden. Wird dieser Knopf betätigt, erhält die Person, welche vom Technischen Dienst im Einsatz steht, ein Signal, dass er sofort auf die Notfallstation kommen muss.

Anfänglich wurde das Signal so eingestellt, dass eine Verbindung mit dem Portier erstellt wurde und dann mit ihm abgemacht werden musste, welche Massnahmen zu ergreifen wären. Diese Massnahme hat sich aber mir und den anderen Mitarbeitern als wenig effektiv erwiesen. Tritt eine Notsituation ein und wird der Knopf betätigt, muss sofort jemand vom Sicherheitsteam auf die Notfallstation eilen und uns zur Verfügung stehen. In den Situationen kann nicht telefoniert und es können keine langen Erklärungen abgegeben werden.

Für die zweite Pflegeperson im Nachtdienst muss ein weiteres Telefon mit Alarmknopf zur Verfügung stehen. Dieser Antrag ist noch ausstehend. Ich denke aber, dass diese Sicherheitsmassnahme sehr schnell eingeführt wird.

Eingangstüre

Diese wird in der Nacht geschlossen und die hilfesuchenden Personen müssen sich mittels Gegensprechanlage an uns wenden. Drückt jemand auf die Gegensprechanlage wird nach ca. 10 Sekunden der Ruf auf unsere Cordless-Telefone weitergeleitet. Nun muss die Person, welche den Anruf entgegennimmt, mit einem komplizierten Code das Gespräch entgegennehmen. Anfänglich funktionierte das System überhaupt nicht. Nachdem die „Kinderkrankheiten“ beseitigt wurden, befriedigt es uns aber immer noch nicht.

Folgende Lösung schlage ich vor:

- Betätigt eine Person den Knopf, **erhält der Portier das Gespräch** und kann die Türe öffnen und den Patienten einlassen.
- Anschliessend ruft der Portier uns an und informiert uns darüber, dass ein Patient unterwegs auf die Notfallstation ist.

Meines Erachtens hat diese Lösung folgende Vorteile:

- Da die meisten Mitarbeiterinnen mit der Technik nicht „so viel am Hut haben“ und das System nicht befriedigend funktioniert, werden lange Wartezeiten vor der Eingangstüre für den Patienten vermieden. Der Portier ist sich den Umgang mit den diversen technischen Einrichtungsgegenständen gewöhnt und kann besser damit umgehen.
- Diese Massnahme verringert ein gewisses Aggressionspotential, da der Patient nicht vor geschlossenen Türen warten muss.
- Einen weiteren Vorteil hätte dieses System, da der Portier ebenfalls informiert wäre, wer auf die Notfallstation kommt und wüsste, wer ein und aus geht.
- Für die Pflegepersonen gäbe es nur ein Telefonat mit der Information des Portiers, dass jemand unterwegs auf die Notfallstation ist. Ebenfalls fördert es die Zusammenarbeit mit dem Portier und das Sicherheitsgefühl (nicht alleine im Haus zu sein).
- Ebenfalls könnte die Person, welche den Portieranruf entgegennimmt, falls sie in einem Untersuchungszimmer ist, ihre Tätigkeiten am Patienten ruhig beenden und müsste nicht die Arbeit unterbrechen und an die Empfangstheke rennen um die Türe zu öffnen.

Empfangsräumlichkeiten

Die Empfangsräumlichkeiten im Provisorium sind einfach eingerichtet. Es ist klar, dass der Architekt berücksichtigte, dass, wenn wir wieder umziehen, nicht zuviel umgebaut werden muss für die nachfolgenden Räumlichkeiten (Therapieräume der Physiotherapie).

Allerdings wurden nun Kalksandsteinwände eingebaut, die sehr stark den Schall reflektieren. An der Empfangstheke und in den



Unser neuer Empfangsraum

Zimmern ist es sehr laut und die Kommunikation ist teilweise (vor allem am Telefon) sehr erschwert!

Ich merkte, dass meine eigene Aggressionsschwelle in dieser lauten Umgebung tief liegt. Sehr schnell werde ich nervös. Ich brauchte längere Zeit, bis ich herausfand, warum ich in den Tagen nach dem Umzug so unzufrieden und schnell erregbar war.

Es lag an der lauten Umgebung! Diese Erkenntnis verdanke ich der Auseinandersetzung mit dem Thema.

Dadurch, dass es so laut ist, und ich mich nirgends zurückziehen kann (auch im Aufenthaltsraum ist es sehr laut), werde ich schneller reizbar. Das wirkt sich auch auf die Arbeit mit den Patienten aus! Ich muss mich immer wieder zurücknehmen und das frisst Energie!

Das Problem ist den Verantwortlichen des Technischen Dienstes bekannt und es ist zu hoffen, dass es bald gelöst wird. Es sollen Isolierdeckplatten eingebaut werden.

Ansonsten habe ich mir überlegt, ob allenfalls mit Tüchern (wenigstens im Aufenthaltsraum) eine ruhigere Atmosphäre geschaffen werden kann.

Warteraum

Auf der alten Notfallstation hatten wir keinen Warteraum. Die Patienten saßen um einen kleinen Tisch, welcher für ca. fünf Personen Platz bot. Mussten mehr Personen warten, standen die Patienten im Gang herum und behinderten einerseits unsere Arbeit (standen im Weg, wenn wir Patiententransporte machten etc.), andererseits war die Versuchung für sie grösser, vor unserer Koordinationsstelle zu stehen und zu fragen, wie lange es noch gehe, bis sie endlich an die Reihe kämen. Im Provisorium haben wir nun einen grossen Warteraum mit Tischen und vielen Stühlen. Die wartenden Patienten haben nun auch die Möglichkeit, sich mit Lesen zu beschäftigen, bis sie an die Reihe kommen.

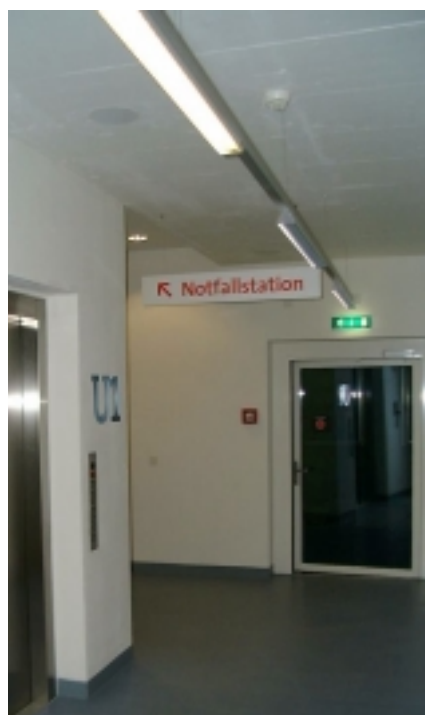
Wie mir bei der Bearbeitung dieses Themas klar wurde, ist dies auch eine weitere Massnahme, Aggressionen zu verhindern.

Ich beobachtete, dass die Patienten ruhiger sind, wenn sie im Warteraum Platz nehmen können. Vielleicht sind sie es sich auch gewohnt von den Hausarztpraxen. Dort warten sie ja auch im Wartezimmer bis sie an die Reihe kommen...

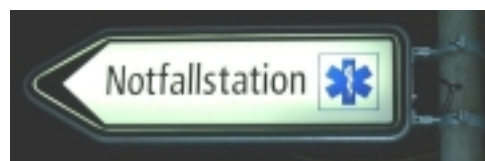
Beschilderung zur Notfallstation

Die Beschilderung zu unserer Notfallstation ist aussen gut angebracht. Die neuen internationalen Symbole wurden verwendet.

Allerdings könnte im Innern des Hauses die Tafel, die den Weg weist, besser gestaltet werden.



Hinweistafel innen



Hinweistafel aussen

Zur Zeit weist eine Hinweistafel an der Decke mit einem aufwärts zeigenden Pfeil den Patienten den Weg via Treppe einen Stock höher.

Vielmals sehe ich Patienten unschlüssig vor dem Lift stehen.

Schon mehrmals regte ich an, dass der Weg zu unserer Notfallstation mittels „Füsschen“ oder farbigen Leitlinien auf dem Boden, die auch in anderen Spitälern erfolgreich verwendet werden, genauer gewiesen werden könnte. Leider wurde meine Idee jeweils abgelehnt, da diesbezüglich die „Kunstkommission des Hauses“ intervenierte!

Sedation

Auf unserer Notfallstation erlebe ich immer wieder, dass die Medizinischen Ärzte sehr sparsam mit Sedationen umgehen. Ein Grund, den sie oft angeben ist das „Verschleiern oder Verwischen von Diagnosen während der Anamnese“.

Oftmals wird auch eine viel zu geringe Dosis verabreicht. Ich erlebe es meistens so, dass ohne eine Sedation des Patienten ein viel grösserer Personalaufwand betrieben werden muss. In einem Fallbeispiel mussten immer mindestens zwei Personen beim Patienten sein und ihn wieder aufs Bett drücken.

In meinem Praktikum in der Psychiatrie wurden relativ rasch Sedativa mit Erfolg eingesetzt.

Auf der Psychiatrischen Akutstation Rheinau verwenden die Ärzte folgende Medikationen:

- Clopixol
- Depakine
- Nozinan
- Kombination von 10mg Haldol, 10mg Valium und 1 Ampulle Akineton welche intramuskulär gespritzt wird
- Psychopax (Valium flüssig)

Vor allem die Haldol-Valium-Akineton-Mischung hat sich dort sehr bewährt in einem psychischen Ausnahmezustand. Diese Kombination kann bei allen Patienten verabreicht werden auch wenn nicht genau bekannt ist, welche Medikamente

die Patienten bereits nehmen oder genommen haben. Diese Mischung wird, da die Flüssigkeiten nicht gemischt werden sollten, mit drei Spritzen i.m. verabreicht.

Auch im Umgang mit Haldol sah ich einen deutlichen Unterschied: In unserem Hause verschreiben die Ärzte Gaben von wenigen Tropfen (meistens 5). Als ich dies meiner Bezugsperson in der Psychiatrie sagte, lachte sie nur und meinte, dass in der Psychiatrie in Ausnahmesituationen Haldol 5 ml-weise verabreicht werde. Also deutlich höhere Dosen. Die 5 Tropfen bezeichneten sie als „homöopathische Dosen“.

Übermacht zeigen

In meinem Praktikum in der Psychiatrie, welches ich extra für meine schriftliche Arbeit durchführte, um mit „randalierenden Patienten“ arbeiten zu können, konnte ich einmal einen Fall erleben, bei dem eine Patientin randalierte.

In dieser Akutstation hat jede Pflegeperson ein Personenschutzgerät (PSA) auf sich, mit welchem durch Knopfdruck Hilfe angefordert werden kann. Einmal brauchte auf der anderen Station eine Kollegin Hilfe und löste mit dem PSA Alarm aus. Sofort kamen ca. 20 Leute zusammen und konnten die Patientin überwältigen und so fixieren, dass diese keine Chance mehr hatte, sich auch nur einen Zentimeter zu bewegen. Nachdem die Patientin niedergedrückt und fixiert wurde, konnte sich das eingespielte Team ruhig weitere Massnahmen überlegen und auch durchführen. In Ruhe wurde ein Fixationsbett hergeholt und die Patientin gemeinsam auf diesem fixiert und in das Isolationszimmer geschoben. Dort beruhigte sie sich dann relativ schnell.

Ein anderes Beispiel auf derselben Station zeigte, dass wieder mit Übermacht keine gefährliche Situation entstehen konnte:

Ein isolierter und fixierter Patient urinierte durch die Gabe von Sedativa ins Bett. In einer ersten Phase war dies für die handelnden Pflegepersonen kein Thema. Wichtig war zuerst, den Patienten zu fixieren und zu isolieren.

Nachdem sich der Patient nach ca. zwei Stunden einigermassen beruhigt hatte, wurde dann die „Waschaktion“ organisiert. Wieder wurden Mitarbeiter gesucht, die den Patienten halten konnten um ihn waschen zu können.

Mit sechs Personen gingen wir ins Zimmer und klärten den Patienten über das Vorgehen auf. Vier Mann nahmen sich je einer Extremität an, ein weiterer hielt sich am Kopf auf und hatte das Kommando. Nun wurden zuerst auf der einen Seite die Fixationen gelöst und die Extremitäten durch die Personen gehalten. Mit vereinten Kräften wurden die Kleider des Patienten abgezogen und dieser gewaschen. Nachdem diese Seite „erledigt“ war, wurden die Extremitäten wieder fixiert und das selbe auf der anderen Seite wiederholt. Ruhig und koordiniert ging diese Aktion vonstatten.

Der Patient verhielt sich ruhig. Anzunehmen ist, dass ihn die Übermacht und das koordinierte Vorgehen beeindruckte und er keine Chance sah, sich gewalttätig zu wehren.

Das Vorgehen beeindruckte mich sehr, da ich hier erlebte, dass mit mehreren Personen gewalttätige Situationen vermieden werden konnten. Auch faszinierte mich die professionelle Art der Pflegenden mit dieser Problematik umzugehen.

Dokumentation

Wie in der von mir bearbeiteten Literatur immer wieder geschrieben wurde, ist die Dokumentation eines Ereignisses sehr wichtig, um Aggressionen am Anfang bereits begegnen zu können.

In unserem Computersystem auf der Notfallstation und unseren Unterlagen existiert kein Feld „Aggressiv?“ oder ähnliches.

Um schnell sehen zu können, ob ein Patient bereits in früheren Konsultationen oder Aufhalten sich aggressiv verhalten oder randaliert hat, müsste dies in eine Erfassungsmaske eingegeben können. Dies würde bewirken, dass beim Aufrufen der Patientendaten diese Bemerkung sofort angezeigt wird.

Da in der nächsten Zeit in unserem Spital ein neues EDV-System eingerichtet wird, muss dieser Punkt behandelt werden, sobald dieses umgestellt ist.

Folgende Möglichkeiten stehen mir persönlich zur Verfügung:

- Im Überwachungsblatt in der Verlaufsspalte notieren, wie sich der Patient verhält
- Im „alten“ EDV-System diese Informationen vorläufig noch im Feld „Wichtige Informationen“ eintragen

Meldebogen KSW

Im internen Reglement ist ein Meldebogen beschrieben, welcher ausgefüllt werden kann, wenn Situationen auftreten, in der Gewalt aufgetreten ist.

Hier hat das KSW vorgesorgt, um solche Situationen statistisch auszuwerten.

Umweg der Patienten über die Notfallstation

Es passiert immer wieder, dass Patienten in einem psychischen Ausnahmezustand zuerst auf unsere Notfallstation eingewiesen wird und anschliessend per FFE auf eine Psychiatrische Klinik eingewiesen werden (siehe Fallbeispiel 3 im Anhang).

Ich frage mich oft, ob die Patienten nicht gleich mit der Ambulanz in die Psychiatrische Klinik eingewiesen wird.

Grundsätzlich ist dies eine Entscheidung des Rettungsdienstes (und des allenfalls anwesenden Notarztes).

Arbeitszeiten

Zur Zeit wird in unserem Team diskutiert, die Arbeitszeiten anzupassen. Es hat sich eine Projektgruppe gebildet, in der ich selber teilnehme.

Bei der Diskussion um die Arbeitszeiten, wurde auch der Punkt besprochen, dass durch die vielen verschiedenen Dienste durch die Überlappungen und Ablösungen sehr viel Unruhe und Stress für die Pflegepersonen entstehen.

Durch die Änderung der Arbeitszeiten dahingehend, dass es neu durchgehende Dienste (ohne Essenszeiten) geben wird, senkt die Zahl der Übergaben. Ein Nebeneffekt ist der, dass die Pflegeperson sich mehr um einen Patienten kümmern können und der Patient nicht dauernd andere Pflegepersonen als Bezugspersonen erhält.

Andererseits besteht aber die Gefahr, dass sich die Pflegeperson nicht meldet, falls sie eine Pause benötigt oder sich in der Situation überfordert fühlt.

Da die neuen Arbeitszeiten bis zum Abgabezeitpunkt dieser schriftlichen Arbeit noch nicht eingeführt sind, kann ich zu diesem Thema leider kein Feedback schreiben. Allerdings bin ich überzeugt, dass sich dies positiv auswirken wird.

Kurse

Selbstverteidigungskurse

Nach Bearbeitung der Literatur wurde mir schnell klar, dass es sehr wichtig ist, professionell auf diese Patienten zugehen zu können.

Allerdings ist dies nicht ohne Weiterbildung oder im Selbststudium möglich!

Es ist meines Erachtens wichtig, an Selbstverteidigungskursen teilnehmen zu können. Ob diese unterstützt werden von meinem Arbeitgeber muss noch abgeklärt werden. Da durch diese Kurse die Pflegequalität verbessert werden kann, sehe ich es allerdings als unabdingbar an, solche Kurse zu besuchen.

Wichtig ist, dass diese Kurse meines Erachtens und wie auch vorher erwähnt, Mittel zur Verteidigung im Sinne von Gewaltvermeidung und Deeskalation beinhalten.

Wer bietet solche Kurse an?

- SBK: 5 Wochen à 5 Tage im SBK-Bildungszentrum, Kosten ca. CHF 8'000.-
- „Verein Impact“, Kosten ca. CHF 1000.-; Infos unter www.selbstsicherheit.ch
- Örtliche Organisationen: „Budo-Club“, Winterthur
- Eigene Mitarbeiter: In unserem Team sind zwei Mitarbeiterinnen, welche Trainerinnen im „Budo“ sind. Mit ihnen habe ich bereits gesprochen, ob dies möglich wäre. Das Interesse ihrerseits ist da, die Durchführung der Kurse muss noch genauer besprochen werden.

Hausinterner Kurs „Psychischer Ausnahmezustand“

Im Februar wurde in unserem Spital ein interner Kurs angeboten, der sich dem Thema widmete, wie mit Patienten in einem psychischen Ausnahmezustand umgegangen werden kann. Selber konnte ich aus planerischen Gründen nicht teilnehmen.

Vom Feedback, das ich von den Teilnehmern erhalten habe, deckte sich das Gesagte mit dem, was ich in dieser Arbeit erarbeitet habe.

Ich merkte auch, dass sich die Teilnehmer sicherer fühlten.

Es bleibt nur noch zu hoffen, dass sich noch mehr Kurse diesem Thema widmen werden...

Hausinterner Kurs „Kommunikation“

Im Jahr 2001 führte die Chirurgische Klinik einen Kommunikationskurs durch, welcher vom „Swissair-Trainingscenter“ angeboten wurde. Alle Mitarbeiter des Notfallteams und der Chirurgischen Klinik waren Teilnehmer dieses sehr interessanten Kurses.

Die Themen waren unter anderem, wie einer Person begegnet werden kann, die mit einer negativen Einstellung oder einem Problem auf mich zukommt.

In Situationsbeispielen wurden realistische Sequenzen durchgespielt, wie sie in unserem Arbeitsalltag vorkommen.

Dieser Kurs hat allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aufgezeigt, wie sie in solchen Situationen die Person beruhigen oder vertrösten kann. Dies in einer sehr empathischen Haltung.

Solche oder ähnliche Kurse kann ich dem Notfallpersonal sehr empfehlen. Ich persönlich habe sehr viel mitgenommen.

Wie gesagt, es beginnt bereits im Kleinen. Aber diese Kleinigkeiten müssen zuerst aufgezeigt werden und sind dazu da, „wirkliche Probleme“ erst gar nicht aufkommen zu lassen.

Zum Beispiel begrüße ich eine Person, welche sich am Empfang auf unserer Notfallstation meldet, mit den Worten: „Grüezi, wie kann ich Ihnen helfen?“ - und nicht mit der Frage: „Grüezi, was haben Sie für ein Problem?“.

Die zweite Frage beeinflusst den Patienten bereits mit nur dem einen negativen Wort „Problem“.

KSW-Reglement „Richtlinien im Umgang mit Gewalt“

In diesem Reglement wird beschrieben, wie sich die Mitarbeitenden im KSW bei gegen sie verübter Gewalt zu verhalten hätten.

Ziemlich viel stimmt überein mit der Literatur, die ich bearbeitete. Nach dem Durchlesen dieses Reglementes und der Bearbeitung dieses Themas fühlte ich mich sicherer bezüglich der Begegnung eines „randalierenden Patienten“.

Mir wurde klar, dass ich nicht alleine stehe und diese Problematik in unserem Haus ein Thema ist und Hilfe angeboten wird.

Patientin zur Alkoholblutentnahme (Beispiel 3)

Auf meiner Spätschicht wird eine Patientin von der Polizei zu einer Alkoholblutentnahme eingewiesen. Sie ist sehr stark betrunken und nur mit einem Bademantel leicht bekleidet. Sie habe Fahrerflucht begangen und müsse sich nun einer Blutentnahme zur Beweissicherung unterziehen. Sie wehrt sich sehr stark über die Behandlung der Polizisten und Polizistinnen. Ihr wurden Handschellen angelegt.

Den Polizeibeamten steht ihr Unmut im Gesicht geschrieben. Sie bleiben aber ruhig. Auch ich merke, wie mir eine Welle von Aggression und Gewalt entgegenkommt. Mein Puls schnellte in die Höhe; ich bleibe aber ruhig.

Immer wieder redet sie von „Anzeige erstatten wegen Körperverletzung“ und „Ich möchte meinen Anwalt hier haben“. Die aufgebote Bezirksanwältin redet ebenfalls mit ihr. Alle können in der ersten halben Stunde die Patientin nicht dazu überreden, sich freiwillig einer Blutentnahme zu unterziehen.

Grundsätzlich machen wir Pflegepersonen keine Zwangsblutentnahmen. Ich bin aber bereit, zu warten und, falls es zu einer zwangsmässigen Blutentnahme kommen sollte, diese auch durchzuführen. Die Patientin müsse dann aber von der Polizei so fixiert werden, dass ich gefahrlos stechen könne und ich nicht in Gefahr laufe, dass mir etwas zustosse.

Doch soweit kommt es gar nicht: Nach 45 Minuten ruhigem Zureden, Übermacht zeigen, immer wieder Klarmachen, dass die Bezirksanwaltschaft auf eine Blutentnahme bestehen kann und ruhig bleiben gelingt das, womit alle Beteiligten gar nicht mehr gerechnet hatten: Die Patientin ergibt sich ihrem Schicksal, setzt sich auf den Stuhl und ich kann die Blutentnahme durchführen.

Nur ein Polizist ist mit mir im Untersuchungszimmer und achtet darauf, dass mich die Patientin nicht angreifen kann.

In dieser Situation fühlte ich mich sehr sicher und auch wohl. Die Polizisten gaben mir das Gefühl von Sicherheit und mich beeindruckte auch, wie sie das ausführten, was ich mit meiner Arbeit hier erarbeitete:

- Ruhig bleiben
- Übermacht zeigen
- Klaren Kopf behalten
- Dem Patienten sagen, was erwartet wird und was nicht

Rückblick

In diesen letzten Kapiteln möchte ich das Erarbeitete analysieren und Erfahrungen aufzeigen.

Zum Thema

Das Erarbeiten der Literatur und mich auseinandersetzen mit dem Gelesenen, hat mir sehr viel Sicherheit gegeben, mich auf solche Situationen einzulassen.

Das Thema ist sehr komplex und es spielen sehr viele - auch sehr kleine, unwichtig erscheinende - Punkte mit, die aus einem ruhigen Patienten einen „randalierenden Patienten“ werden lassen.

Checkliste

Durch den Gebrauch der Checkliste fühle ich mich gestärkt und kann immer wieder die wichtigsten Punkte nachlesen, wenn ich in eine solche Situation kommen sollte.

Besonders die Punkte „**Fluchtweg offenhalten**“ und „**nicht alleine handeln**“ finde ich sehr wichtig!

In unseren recht kleinen Zimmern ist es sehr verführerisch, sich für die Aufnahme der Personalien an den Computer zu setzen, der in der Ecke des Zimmers steht. Ich habe mir vorgenommen, die Personalien auf einem Personalblatt mit Bleistift aufzunehmen und die Daten an einem Computer ausserhalb des Zimmers einzugeben.

Vieles ist bezüglich diesem Thema noch nicht optimal, aber ich kann meine Erkenntnisse aus meiner Arbeit in Verbesserungsvorschlägen umsetzen.

Ich bleibe am Ball!

Es beginnt im kleinen

Es ist mir klar geworden, dass es nicht viel braucht, um eine Situation deeskalieren zu lassen. Bereits mit einem ruhigen Auftreten kann einem schnaubenden Patienten begegnet werden und ihn ruhiger werden lassen.

Es beginnt sehr früh - bereits am Eingang und am Empfang durch die Pflegeperson - durch mich!

Deckenplatten Empfang

Anfangs März wurden die Deckenplatten des Empfangs ausgewechselt. Das Ergebnis ist für alle Personen sehr positiv ausgefallen: Es ist nun viel ruhiger und angenehmer am Empfang zu arbeiten.

Allein sein

Ich sehe, dass ich mit diesem Problem nicht alleine bin. Das Thema ist allgegenwärtig und wird von Berufsverbänden und auch unserem Haus ernst genommen. Viele Personen diskutieren darüber und schreiben Arbeiten - es ist ein sehr aktuelles Thema.

Der Punkt „Allein gelassen fühlen“ im Kapitel „Motivation“ sieht nun ganz anders aus: Ich bin nicht allein mit diesem Problem und es gibt Hilfsmittel, mit denen ich dem Problem besser entgegen kommen kann!

Ziel erreicht?

1. **Umgang mit randalierenden Patienten:** Wie das Fallbeispiel 3 zeigt, habe ich durch die vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema Werkzeuge erhalten, die ich hier einsetzen konnte und auch gewirkt haben.
2. **Ursachen zu behandeln:** Das Kapitel „Sicherheit am Arbeitsplatz“ zeigt deutlich, dass mit einfachen Mitteln (Alarmknopf etc.) mir ein Umfeld gestaltet werden kann, in dem ich mich sicherer fühle. Auch bezüglich weiterer Punkte der Ursachen Bekämpfung fühle ich mich sensibilisiert und werde für die Realisierung weiterer Methoden einsetzen.
3. **Arbeitssituation:** (siehe Punkt 2)
4. **Lösungen suchen:** Die Checkliste geben mir konkrete und niederschwellige Hilfestellungen. Ich kann die Liste hervorheben, falls ich mit randalierenden Patienten zu tun habe.
5. **Wissen, wo ich Hilfe holen kann:** Im internen Reglement ist genau beschrieben, wo ich Hilfe holen kann. Ich fühle mich hier nicht alleine gelassen.
6. **Im Team Diskussionen auslösen:** Diverse Beispiele im Text haben gezeigt, dass eine lebendige Auseinandersetzung im Team stattfindet.
7. **Tipps und Tricks weitergeben:** Meine Arbeit, die Erkenntnisse daraus und die Checkliste stehen auch meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung.

Wenn ich die Punkte im Kapitel „Ziele“ jetzt lese, muss ich sagen, dass ich diese für mich erfüllt habe!

Es gibt noch viel zu tun in diesem Bereich - aber ich bin nicht allein!

Literaturverzeichnis/Dank

Literaturverzeichnis

- „*Klinikleitfaden Pflege*“, W. Maletzki und A. Stegmayer-Petry, 2., völlig neu bearbeitete Auflage
- „*Leitfaden zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz*“, SBK/ASI
- „*Handhabung von Aggression, Skriptum für den Basislehrgang*“, Dr. Nico Oud, Februar 2002
- „*Gewalt gegenüber Pflegenden in der Notfallpflege, Ergebnisse einer Umfrage*“, Ian Needham, Pflegewissenschaftler MNSc, Psychiatrische Klinik Wil
- Bilder:
 - <http://sandkasse.chrillesen.dk/fight.swf>
 - Kantonsspital Winterthur, 2003

Dank

Für die Gespräche und Diskussionen, welche ich auf unserer Station führen konnte, möchte ich mich beim ganzen Team der Interdisziplinären Notfallstation bedanken.

Ein spezieller Dank gebührt Tino Jaun für die kritische Korrekturlesung meiner Arbeit.

Anhang

Weitere Fallbeispiele

Patientin unter Polizeischutz (Beispiel 4)

Kurz nach Antritt meiner Nachtschicht wird mir eine Patientin angemeldet, welche zu hause „ausgerastet“ sei und mittels Rettungsdienst auf unsere Notfallstation eingeliefert werde.

Bereits kurze Zeit später kommen die Rettungsdienstleute mit der Patientin, welche auf der Trage angeschnallt ist, auf die Notfallstation. Begleitet von zwei Polizisten. Die Patientin ist auf der Trage mit Handschellen angeschnallt und schreit mit wüsten Worten die Polizisten und Rettungskräfte an.

Sofort rufe ich den Medizinischen Assistenzarzt, welcher auch gleich im Zimmer erscheint. Ich halte mich hier zurück und erledige mit den anwesenden Polizisten und Rettungspersonal die administrativen Massnahmen. Die Patientin kann sich nicht erholen und beschimpft nun auch den Assistenzarzt aufs Gröbste.

Nachdem sich schnell herausgestellt hatte, dass es sich hier um kein Medizinisches Problem handelt, wird für die Patientin ein FFE ausgestellt und gleich mit dem Rettungsdienst in die Psychiatrische Klinik Rheinau überwiesen.

Drohung nach EKG (Beispiel 5)

Ich habe Nachtschicht mit meiner Kollegin. Wir haben nicht allzu viel zu tun, der Medizinische Assistenzarzt ist allerdings im Haus sehr beschäftigt. Ein Patient (albanischer Herkunft) weist sich selber ein. Er habe starke Magenschmerzen. Zwei Männer begleiten ihn. Einer davon ist sein Bruder. Meine Kollegin erledigt die administrativen Formalitäten und die Erstversorgung. Sie verzichtet auf Infusionen und macht lediglich eine Blutentnahme. Der Arzt kann noch nicht kommen, da er auf der Intensivstation beschäftigt ist und er diesen Patienten nicht als einen Akutpatienten betrachtet (was wir ebenfalls so einschätzten). Meine Kollegin vertröstet den Patienten zu warten. Die beiden anderen Männer verstehen das nicht und werden laut. Ihr Bruder sei ernsthaft krank und brauche jetzt dringend Hilfe. Nach einigen erklärenden Worten werden sie etwas ruhiger.

Der Arzt ruft nach ca. 5 Minuten an und verlangt, wir sollen bei diesem Patienten noch ein EKG erstellen. Da meine Kollegin nun bei einem anderen Patienten beschäftigt ist, biete ich ihr an, dass ich dieses EKG machen werde. Ich trete in das Zimmer und begrüsse die Anwesenden. Ich erkläre ihnen, dass ich ein EKG machen werde und bereite das Gerät vor. Anschliessend fordere ich den Patienten auf, seine Arme neben seinen Körper zu legen. Der Patient macht das. Der Bruder allerdings wird laut und verlangt, dass wir ihm dabei helfen müssten. Schliesslich sei sein Bruder schwer krank und könne nicht mehr alles machen. Ich verstehe diese Argumentation nicht, da der Patient ja auch zu Fuss auf unsere Notfallstation gekommen ist und in meinen Augen keine Akutsituation darstellt. Ich werde ungeduldig und sage ihm, dass der Patient dies noch selber könne und ich jetzt gerne das EKG machen möchte. Der Bruder wird noch lauter. Darauf sage ich dem Patienten, dass er sich nun entscheiden müsse, ob er eine Behandlung hier durchführen möchte oder lieber wieder gehen will... Er könne sich dies nun überlegen und mich wieder rufen. Ich entferne mich aus dem Zimmer mit dem EKG-Gerät.

Nach zwei Minuten stehen die drei Männer auf dem Gang und rufen laut nach dem Arzt, welcher nun zufällig hier ist. Der Bruder beschimpft mich, dass ich seinen Bruder nicht richtig behandelt hätte, da dieser schwer krank sei. Wir seien schliesslich Krankenschwester und „wir hätten lieb und nett zu allen Leuten zu sein“. Ausserdem bedroht er mich, dass er, wenn er mich auf der Strasse sähe, ich mit Konsequenzen zu rechnen hätte. Er verlangt nach meinem Namen. Mit einem unguuten Gefühl gebe ich ihm nur meinen Nachnamen. Sie verlassen zu dritt die Notfallstation. Der Arzt, meine Kollegin und ich verstehen nicht, warum der Bruder so aufgeregt ist.

Mir selber ist es unwohl, da ich ihm meinen Namen genannt habe. Ich schreibe einen Verlaufsbericht in die Krankengeschichte.

Am nächsten Morgen rufe ich die Swisscom an und verlange die Streichung meiner Telefonnummer und Adresse in ihrem Verzeichnis. So möchte ich sicherstellen, dass bei einem weiteren ähnlichen Zwischenfall meine Adressdaten herauszubekommen sind.

Von den drei Personen hörte ich bis heute nichts mehr...

Merkpunkte für ein Anamnesegespräch mit einem aggressiven Klienten

- Mache dir deine eigene Haltung bewusst; Voreingenommenheit oder Vorurteile können das Interview nachteilig beeinflussen und sogar Gewalt provozieren.
- Schätze deine eigene Erfahrung und Expertise realistisch ein. Kläre ab, ob genügend Unterstützung verfügbar ist oder ob die Umgebung Sicherheit bietet. Ist das Zimmer für das Gespräch geeignet? Gibt es Fluchtwege? Sollte ein Raum in der Nähe von Kollegen gewählt werden? Müssen evtl. mögliche „Waffen“ entfernt werden (Aschenbecher, schwere Gegenstände, Kugelschreiber)? Sollte zur Sicherheit ein Kollege am Gespräch teilnehmen?
- Wissen die Kollegen, dass ein Gespräch stattfindet mit einem möglicherweise aggressiven, gewalttätigen Klienten?
- Versuche im voraus so viele Informationen wie möglich zu sammeln. Fordere andere Stellen/Betreuer an, wenn du weißt, dass diese über relevante Informationen verfügen. Beobachte das Verhalten des Klienten beim Betreten des Gesprächsraumes genau. Stelle dich höflich vor und erkläre den Grund für das Gespräch, erkläre auch deine Rolle und Funktion.
- Achte dauernd auf deine Körperhaltung, auf die des Klienten und halte Augenkontakt. Verneine deine eigenen Angst- oder Fluchtgefühle nicht. **Angst kann ein Hinweis sein für eine mögliche Gefahr.**
- Erwäge die Beendigung des Gesprächs, sobald du das Gefühl bekommst, die Kontrolle über das Gespräch zu verlieren.
- Fasse das Gespräch kurz zusammen, wenn du es befriedigend beenden kannst, und mache klar, welche Abmachungen getroffen worden sind. Sage aus deiner eigenen Sicht, wie du das Gespräch erfahren hast, und überprüfe, ob der Klient dich verstanden hat. Vermeide zu viele Wiederholungen und gehe alles nochmals ruhig durch.
- Sei realistisch in deinen Erwartungen über das, was du im Anamnesegespräch wolltest oder vorhattest. Plane evtl. andere Gespräche und andere Beobachtungsmöglichkeiten.
- Halte und setze Grenzen und Distanz.

Diese Liste ist nicht vollständig.

Internes Reglement des KSW

In der Beilage findet sich das Reglement des Kantonsspital Winterthur „Richtlinien zum Umgang mit Gewalt gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Kantonsspitals Winterthur“, Ausgabe September 2001