

*Schriftliche Abschlussarbeit im Rahmen der 25 Weiterbildung für basales
und mittleres Pflegemanagement an der Akademie für Fort- und
Sonderausbildung im Bereich Pflege AKH Wien*

**Führt ein erweitertes Kommunikationsmodul
bei Absolventen eines Basisdeeskalationsseminars
zur Reduzierung von Aggressionsereignissen?**

Betreuerin:

Frau Mag.a Sonja Schneeweiss

Verfasser:

Herr Johannes Biedermann

Abstract

Im Rahmen der 25 Weiterbildung für basales und mittleres Pflegemanagement an der Akademie für Fort- und Sonderausbildung im Bereich Pflege AKH Wien habe ich in meiner Abschlussarbeit folgende Frage behandelt:

Führt ein erweitertes Kommunikationsmodul bei Absolventen eines Basisdeeskalationsseminars zur Reduzierung von Aggressionseignissen?

In schwierigen Aggressionseignissen komme ich immer wieder an die Grenzen und da liegt auch schon die Antwort der Motivationsfrage für diese Arbeit. In der Rolle der Stationsleitung wie auch als Deeskalationstrainer ist es mein Ziel, die persönliche Gesprächskompetenz kontinuierlich weiter zu entwickeln um Aggressionseignisse besser steuern zu können.

In meiner Literaturrecherche für meine Arbeit fand ich keine Arbeit mit dieser Frageneingrenzung, jedoch einige Studien wo der Effekt/ Nutzen eines Deeskalationsmanagement im Zentrum stand.

Bezüglich meiner Fragestellung konnte ich keinen direkten Zusammenhang aus den Studienaussagen herstellen. Anhand von verschiedenen Teileerkenntnissen verdichtet sich jedoch die Annahme, dass das Trainingsprogramm gekoppelt mit Kommunikationstraining und anderen Maßnahmen wie, Risikoeinschätzung und Aggressionserhebung durchaus eine Reduktion von Aggressionseignissen zur Folge haben kann. Ich bin durch diese Arbeit bestätigt, dass eine persönliche Kompetenzerweiterung in der Gesprächsführung im Rahmen.....

Weitere Studien und speziell um die Fragestellung welchen Nutzen die Kommunikation in schwierigen Aggressionssituationen hat, ist noch Forschungsbedarf.

Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird weitgehend auf die Differenzierung der geschlechtsspezifischen Wortformen verzichtet. Bei den jeweils gewählten Formulierungen sind beide Geschlechter angesprochen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	2
1.1.	Problemstellung	2
1.2.	Fragestellung	2
1.3.	Zielsetzung	2
1.4.	Literaturrecherche und Methode	2
2.	Begriffsdefinitionen	3
2.1.	Aggression	3
2.2.	Gewalt	3
2.3.	Wahrnehmung	3
2.4.	Kompetenzerwartung	4
2.5.	Deeskalation	4
3.	Deeskalationsmanagement	4
4.	Beantwortung der Frage	8
5.	Umsetzungsteil	10
5.1.	IST- Stand	10
5.2.	Was wurde schon umgesetzt	11
5.3.	Was soll sich noch verbessern	11
5.4.	Unterstützung durch die Führung	
5.5.	Ablauf der Umsetzung	12
5.6.	Kommunikationstraining	14
5.7.	Evaluation	16
6.	Zusammenfassung und Schlussfolgerung	16
	Abkürzungsverzeichnis/ Legende	19
	Literaturverzeichnis/ Quellenverzeichnis	20

1. Einleitung

1.1. Problemstellung

Das Phänomen Aggression und Gewalt ist Thema seit Anbeginn meines beruflichen Werdeganges im psychiatrischen Krankenhaus. Über die Jahre hinweg kristallisierte sich als zentrale Steuerung in schwierigen Aggressionsereignissen die Gesprächsgestaltung als ein erfolgreiches Deeskalationsinstrument heraus. (vgl. Dorfmeister G. / Stefan H., 2008, S. 25). Der Wiener Krankenanstaltenverbund organisierte im Jahr 2003 eine Weiterbildung zum Deeskalationsmanager. In meiner Rolle des Stationspflegers (seit 2007) und Deeskalationstrainer wird der Wunsch an mich herangetragen (sowohl Mitarbeiterinnen der Station wie auch Seminarteilnehmerinnen) nach mehr Kommunikationskompetenz in schwierigen Aggressionssituationen. In persönlichen Gesprächen kommt immer wieder die Rückmeldung den Mitarbeiterinnen, dass sich zwar die Gesprächsführung in schwierigen Situationen nach dem Deeskalationsmanagement verbessert hat, aber immer noch Unsicherheitsfaktoren vorhanden sind.

1.2. Fragestellung

Führt ein erweitertes Kommunikationsmodul bei Absolventen eines Basisdeeskalationsseminars zur Reduzierung von Aggressionsereignissen?

1.3. Zielsetzung

Reduzierung von Aggressionsereignissen durch Kompetenzerweiterung in der Gesprächsführung. Ziel ist auch, dass die Deeskalation im Arbeitsalltag so früh wie möglich eingeleitet wird.

1.4. Literaturrecherche und Methode

Diese Arbeit stützt sich im Besonderen auf eine wissenschaftliche Studie von Needham I. und eine noch nicht veröffentlichte wissenschaftliche Studie von Dorfmeister G. / Stefan H..

Die Arbeit gliedert sich in zwei Hauptteile, in Theorie und Umsetzung. Im Theorieteil folgt nach den Begriffsklärungen (Aggression, Gewalt, Wahrnehmung, Kompetenzerwartung, Deeskalation und Deeskalationsmanagement) die Darstellung

von wissenschaftlichen Studien und Fachbereichsarbeiten mit Bezugsschwerpunkt auf zuvor genannte Fragestellung.

Im Umsetzungsteil liegt der Fokus in der Rahmengestaltung aus Sicht der Leitungsaufgabe/ Verantwortung.

2. Begriffdefinitionen

In weiterer Folge werden die im Deeskalationsmanagement wesentlichen Begriffe Aggression, Gewalt, Wahrnehmung, Kompetenzerwartung, Deeskalation und Deeskalationsmanagement erklärt. Die Unterscheidung von Aggression und Gewalt wird selbst für wissenschaftliche Untersuchungen nicht einheitlich gehandhabt. (vgl. Zeller A. et al., 2006, S. 252).

2.1. Aggression

„Aggression ist demütigendes, herabsetzendes und destruktives Verhalten, das einen Mangel an Respekt vor der Würde und dem Wert einer Person zeigt sowie jedes unerwünschte Verhalten sexueller Art, das dazu führt, dass sich die belästigte Person bedroht, erniedrigt oder beschämt fühlt“. (zit. nach International Council of Nurses, 2001, vgl. Zeller A. et al., 2006, S. 252).

2.2. Gewalt

„Destruktives Verhalten gegenüber anderen Personen“. (zit. nach International Council of Nurses, 2001).

2.3. Wahrnehmung

„Führen bestimmte Reize aus externen oder internen Quellen zu einer Stimulation der Sinnesorgane, ohne dass eine kognitive Verarbeitung folgt, so spricht man von Empfindungen, erfolgt jedoch eine bewusste, gedankliche Verarbeitung, werden also kognitive Prozesse ausgelöst, spricht man von Wahrnehmung“. (zit. nach Luthas, 1985, vgl. Dorfmeister G. / Stefan H., 2008, S. 11).

2.4. Kompetenzerwartung

„Ist eine subjektive Überzeugung, schwierige Aufgaben oder Probleme auf Grund eigener Kompetenz bewältigen zu können“. (zit. nach Badura, 1977, vgl. Zeller A. et al., 2006, S. 252).

2.5. Deeskalation

Deeskalation ist ein Durchbrechen einer bestehenden oder sich anbahnenden Aggressionsphase, so dass das Aggressionsniveau sinkt. Glasl F. teilt den Konfliktverlauf in neun Eskalationsstufen ein und verweist darauf, dass mit Eskalationszunahme die Kommunikation mehr und mehr gestört wird und somit in weiterer Folge zu Verhärtungen und Verkrampfungen kommt. (vgl. Glasl F., 2002, S. 94).

3. Deeskalationsmanagement

Aggression von Patientinnen und Patienten ist nicht nur ein zunehmendes Problem auf psychiatrischen Stationen sondern umfasst weite Bereiche des Gesundheitswesens.

In der Literatur gibt es eine wachsende Anzahl an Studien die sich mit dem Vorhandensein und dem Einfluss von Aggression am Arbeitsplatz in Gesundheitseinrichtungen auseinandersetzen. Bei weitem werden nicht alle Übergriffe (Aggressionsereignisse) auch dokumentiert. In der 2002 veröffentlichten Studie von May & Grubbs, wird dieses Phänomen beschrieben und gesagt, dass nur fünfzig Prozent der Übergriffe dokumentiert wurden. (vgl. Dorfmeister G. / Stefan H., 2008, S. 6).

Studien zum Thema Deeskalationsmanagement und deren Effekt sind bei weitem nicht so zahlreich. Deeskalationstrainingsseminare werden verschiedentlich im Gesundheitsbereich als nicht pharmakologische Intervention zur Senkung von Aggressionsereignissen angeboten. (vgl. Needham I., 2006, S. 252).

Needham I. veröffentlichte zu dieser Thematik eine quantitative wissenschaftliche Studie mit der Fragestellung, ob der Effekt eines Trainingskurses in Aggressionsmanagement und einer systematischen Risikoeinschätzung auf Zwangsmaßnahmen die Raten von Aggressionsereignissen verändert. Er untersuchte zwei Akutaufnahmestationen mit jeweils zwölf Behandlungsplätzen, eine aus dem ländlichen die andere aus dem städtischen Bereich der deutschsprachigen Schweiz. Die Studie bestand aus drei Studienphasen zu je drei Monaten. Eine Basisphase ohne Interventionen, eine Phase mit systematischer Risikoeinschätzung und eine Phase der Umsetzung des Trainingskurses in Aggressionsmanagement. In den letzten sechs Monaten der Untersuchung wurden die Interventionen (Risikoeinschätzung und Training) parallel angewendet. Die Broset- Violence-Checkliste (BVC) bildete das Instrument zur systematischen individuellen Einschätzung des Aggressionsrisikopotentials von Patienten. Das Instrument ermöglicht die Einschätzung von sechs Verhaltensweisen (verwirrt, reizbar, lärmig, verbal bedrohlich, physisch bedrohlich, Angriff auf Objekte) ausgeführt durch das diplomierten Gesundheit und Krankenpflegepersonal. Der fünftägige Trainingskurs in Aggressionsmanagement wurde von Oud N. in den Niederlanden entwickelt. Dabei handelt es sich um eine Schulung mit den Schwerpunkten fertigungsorientiertes Training sowie Theorie. Neben zahlreichen verschiedenen theoretischen Themenbereichen ist auch ein Kommunikationsmodul fixer Bestand. Der Schweregrad von Aggressionsereignissen lässt sich mit dem Punktesystem des Staff Observation Aggression Scale (SOAS) auf eine Skala von 0 bis 22 Punkten berechnen. Im Studienzeitraum wurden insgesamt 273 Aggressionsereignisse und 237 Zwangsmaßnahmen aufgezeichnet. Bei Verwendung der Hospitalisationstage als Analyseeinheit gab es keinen signifikanten Rückgang der Aggressionsereignisse und Attacken gegen Personen. Needham I. konnte mit seiner Studie aufzeigen, dass nach Einführung der systematischen Risikoeinschätzung und des Trainingskurses die Zwangsmaßnahmen signifikant zurückgingen. Die Attacken gegen das Personal blieben gleich, auch der objektive Schweregrad, obwohl der subjektiv eingeschätzte Schweregrad (gemessen mittels einer Visual- Analogen- Skala) signifikant sank nach absolviertem Training. (vgl. Needham I., 2006, S. 252 - 253).

In der folgenden groß angelegten quantitativen wissenschaftlichen Studie von **Dorfmeister G. / Stefan H.** wurden im Wiener Raum an verschiedenen Betriebsstellen des Gesundheitswesens, multiprofessionell Mitarbeiter befragt. Der Schwerpunkt lag darauf wie Aggressionsereignisse wahrgenommen werden und wie oft es zu solchen Ereignissen kommt. Ein weiteres Ziel war, den Nutzen der Trainerausbildung im Aggressions- und Deeskalationsmanagement für Mitarbeiterinnen im Gesundheitsbereich durch diese Studie zu begründen. Die Arbeit wurde in öffentlichen allgemeinen Krankenhäusern und Geriatriezentren des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) durchgeführt. Geforscht wurde an 138 Betriebsstellen (BS) in Geriatriezentren- Pflegeheimen, Krankenhäusern-Notfalleinheiten und Psychiatrien. 3991 Fragebögen wurden retourniert. Achtundsiebzig Prozent der befragten Mitarbeiterinnen gaben an ein beziehungsweise mehrmals verbal angegriffen, beschimpft worden zu sein. Vierundvierzig Prozent aller Mitarbeiterinnen gaben an in ihrem Berufsalltag ein beziehungsweise mehrmals tätlich angegriffen worden zu sein. Bei der Abfrage zum Erleben von Patienten- und Angehörigenaggression in der letzten Woche gaben fast achtundvierzig Prozent der befragten Mitarbeiterinnen an mindestens ein wahrgenommenes Aggressionsereignis von Patienten und fast fünfundzwanzig Prozent der Befragten, dass das Aggressionsereignis von Angehörigen ausging, an. Bei fast siebzig Prozent der Aggressionsereignissen wurde eine erfolgreiche Deeskalation durch ein Gespräch erreicht. (vgl. Dorfmeister G. / Stefan H., 2008, S. 6 - 25).

In der folgenden Arbeit von **Zeller A. / Needham I. / Halfens R.**, liegt der Fokus im Schulsystem und beschreibt was und wie das Aggressionsmanagement bei Schüler und Schülerinnen der Pflegeausbildung in schwierigen Aggressionsereignissen bewirkt. Der Schwerpunkt liegt dabei in der Kompetenzerwartung. Sie verfolgten die Frage, ob sich Pflegeschüler nach einer Aggressionsmanagementschulung kompetenter im Umgang mit Aggressionsereignissen fühlen. Die Studie wurde anhand einer Experimentalgruppe 57- und eine Kontrollgruppe mit 60- Schüler durchgeführt. Verbale aggressive Übergriffe lagen dabei im Vordergrund. Das Ergebnis zeigte in sieben von zehn Items eine signifikante höhere Einschätzung

bezüglich Sicherheitsgefühl und Kompetenzerwartung. (vgl. Zeller et al., 2006., S. 252 - 257).

In der nächsten qualitativen Studie wird die Frage verfolgt, wie Pflegekräfte mit einer Beschränkungsmaßnahme zu Recht kommen.

Stefan I. führte im Jahr 2004 eine empirische Untersuchung mit der Fragestellung durch, wie Pflegekräfte mit dem Umstand, dass sie Beschränkungsmaßnahmen ausüben müssen, umgehen. Dabei wurde die Meinung und die Wahrnehmung der Pflegekräfte mittels Interviews erfragt und analysiert. 16 Mitarbeiterinnen wurden befragt von der Basis wie auch Führungsebene. Sämtliche Führungskräfte hatten ihr Gesundheits- und Krankenpflegediplom vor zwölf Jahren absolviert. Einheitlich sagen alle 8 Personen aus, dass damals in der Ausbildung über den Umgang mit Maßnahmen gegen den Willen des Patienten nichts gelehrt wurde. Bezüglich der Qualifikation der Mitarbeiterinnen gaben die Führungskräfte eine Fülle von Qualifikationen an, die Mitarbeiter ihrer Meinung nach haben sollten um Beschränkungsmaßnahmen professionell ausüben zu können. Kommunikationsfähigkeit wurde in diesem Kontext auch genannt. Die Hälfte der befragten Pflegekräfte hatte bereits einen einwöchigen Basiskurs für Deeskalationsmanagement im Gesundheitswesen besucht. All jene waren sich darüber einig, dass dieser Kurs eine wichtige Unterstützung ist und alle Mitarbeiter ihrer Station bzw. der Abteilung diesen Kurs absolvieren sollten. (vgl. Stefan I., 2008, S. 21 - 43).

In der abschließenden Studie gehe ich auf die Arbeit von **Richter D.** ein. In einer systematischen Literaturübersicht wird die Frage verfolgt, ob das Trainingsprogramm zum Aggressionsmanagement in Gesundheitswesen ein Effekt hat. In der systematischen Literaturübersicht kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass die methodologische Qualität eher als niedrig eingestuft werden kann. Richter D. verweist in seiner Arbeit auf zwei Tendaussagen. Erstens, die subjektive Auswirkung auf die trainierten Mitarbeiterinnen zugleich zu einer verbesserten Zuversicht, aggressive Situationen bewältigen zu können verhilft. Zweitens, das nach den Schulungen mehr Vorfälle überhaupt registriert werden und die Vorfallszahlen

auf diese Weise nicht als vermindert bekannt werden. In der Schlussfolgerung fasst Richter D. zusammen, dass verbale Interventionen neben der Körpersprache die wichtigsten Komponenten der Deeskalation sind und, dass das Deeskalationsmanagement für die Praxis mehr positiven Nutzen als Nachteil hat. (vgl. Richter D., 2005, S. 25 - 30).

4. Beantwortung der Frage

In den zuvor beschriebenen Studien konnte kein direkter Zusammenhang bezüglich, erworbener Kommunikationskompetenz im Rahmen eines Deeskalationsseminars und dadurch abzuleitender Reduktion von Aggressionsereignissen hergestellt werden.

Aber anhand der Erkenntnisse der beschriebenen Arbeiten verdichtet sich die Annahme, dass das Trainingsprogramm durchaus eine Reduktion von Aggressionsereignissen zur Folge haben kann. Das kann ich aus meiner Erfahrung heraus bestätigen.

In der Arbeit von Dorfmeister G. / Stefan H. ist die Aussage besonders hervor zu heben, dass bei fast siebzig Prozent der Aggressionsereignissen ein Deeskalationserfolg durch ein Gespräch erreicht wird. Dorfmeister G./ Stefan H. konkretisieren in der Studienzusammenfassung eine Reihe von Maßnahmen. Sie teilen sie in personalbezogene- und organisationsbezogene- Maßnahmen.

In der Rubrik Personal weisen sie auf Schulungen in verschiedensten Bereichen und auch auf den Bereich Kommunikation hin. (vgl. Dorfmeister G. / Stefan H., 2008, S. 49).

Needham I. kommt aus meiner Sicht zu der sehr wertvollen Erkenntnis, dass das Training einen nachweislichen positiven Einfluss auf die Wahrnehmung der Mitarbeiter ausübt und dass der Trainingskurs in Aggressionsmanagement gekoppelt mit einer systematischen Risikoeinschätzung möglicherweise eine Senkung von Zwangsmaßnahmen und Aggressionsereignissen bewirken kann. (vgl. Needham I., 2006, S. 255).

In der Diskussion von Zeller et al. kristallisieren sich für mich drei wichtige Aussagen heraus. Erstens, dass es für die pflegende Person äußerst schwierig ist auf Bedürfnisse eines Patienten, welcher ein aggressives Verhalten zeigt, einzugehen und Zweitens, dass es eine hohe Anforderung an die fachliche sowie soziale Kompetenz der pflegenden Person bedeutet. Drittens, dass eine einmalige Schulung während der Pflegeausbildung als nicht ausreichend eingestuft wird. (vgl. Zeller et al., 2006, S. 257).

Stefan I. kommt in ihrer Arbeit auf folgende Aussagen. Der Basiskurs für Deeskalationsmanagement wird unterstützend erlebt und zum anderen fühlen sich die Mitarbeiterinnen sicherer in schwierigen Situationen. Die Pflegepersonen mit psychiatrischen Gesundheit und Krankenpflegediplom, bzw. Doppeldiplom kommen mit Beschränkungsmaßnahmen besser zu Recht als Pflegekräfte mit dem allgemeinen Gesundheit und Krankenpflegediplom. (vgl. Stefan I., 2008, S. 73).

Richter D. geht in seiner Schlussfolgerung auf mehrere Themenbereiche ein. Aus Rückmeldungen von Kursteilnehmerinnen geht hervor, dass auch banalste kommunikative Fertigkeiten in der Regel noch nie systematisch trainiert wurden. Als Methodische Ansätze im Zusammenhang mit Deeskalationsmanagement haben sich Rollenspiele mit Videoaufzeichnungen als besonders geeignet herausgestellt. (vgl. Richter D., 2005. S. 27 - 30).

Ich möchte nun in den zweiten Hauptteil (Umsetzungsteil) übergehen in dem die Erkenntnisse aus oben beschriebenen Theorien eingehen.

5. Umsetzung

5.1. Ist- Stand

Verbal Aggressionsübergrieffe kommen auf der Station in einer Woche oft vor. Genaue Zahlen liegen dzt. noch nicht auf. Leitungskollegen von anderen psychiatrischen Stationen kommen auf ähnliche Ergebnisse.

Cirka zweimal die Woche kommt es auf der Station zu schwerwiegenden angespannten Aggressionsereignissen. Beispiele wie so eine Situation ausschauen kann sind, Patient schreit laut herum, wirft ein Glas zu Boden, tritt gegen Gegenstände, schlägt laut Türen zu, die persönliche Nähe und Distanz wird nicht mehr eingehalten, bis hin zu körperliche Übergriffe.

Dank der Studie von Dorfmeister G./ Stefan H. liegen erstmals für das Wiener Gesundheitswesen Zahlen bezüglich des Phänomen Aggression und Gewalt vor. Bei der Frage zum Erleben von Patienten- und Angehörigenaggressionen in der letzten Woche gaben 47,7% aller befragten Mitarbeiterinnen mindestens ein wahrgenommenes Aggressionsereignis von Patienten und 24,8% der Befragten Angehörigenaggression an. (vgl., Dorfmeister G. / Stefan H. 2008, S. 46).

Folgen von Übergriffen können physische sowie psychische Verletzungen sein. Ein paar Beispiele von physischen Verletzungen aus der jüngeren Vergangenheit von der Station. Vor zwei Wochen zog sich ein Kollege während eines Aggressionsereignisses eine Kratzverletzung zu. Vor ein paar Monaten gab es eine Bissverletzung und schon etwas länger zurück eine Rippenprellung mit längerem Arbeitsausfall.

Arbeitsausfällen können unmittelbar oder erst in weiterer Folge eines Aggressionsereignisses auftreten. Psychische Folgen sind beispielsweise, Burnout, posttraumatische Belastungsstörung oder Ähnliches. Nicht nur die Gesundheit und Sicherheit der Pflegepersonen wird bedroht, sondern dessen Zufriedenheit im Beruf nimmt ab was sich indirekt auch negativ auf die Pflegequalität auswirkt. (vgl. Dorfmeister G. / Stefan H., 2008. S. 6-7).

5.2. Was wurde schon umgesetzt

Deeskalationsmanagement für Aggression und Gewalt wird in unserem Haus über die innerbetriebliche Fortbildung seit 2004 angeboten. Bis auf zwei Mitarbeiterinnen haben alle aus dem Team das Basisdeeskalationsseminar in Aggression und Gewalt absolviert. Ich finde es hat sich seit der Zeit vieles zum Positiven verändert. Das subjektive Sicherheitsgefühl des anwesenden Teams in einer schwierigen Situation, ist gestiegen. Was sich auch verändert hat ist, dass nun bei schwierigen

Aggressionsereignissen ein Gefühl im Team vorherrscht, die Situation bewältigen zu können. Aus diversen Gesprächen hab ich das Gefühl, dass die Mitarbeiterinnen der Station sich in schwierigen Aggressionssituationen nicht mehr so ohnmächtig fühlen. Die Wahrnehmung hat sich hin sofern auch verändert, dass die Mitarbeiterinnen oft früher aggressive Situationen wahrnehmen und dadurch frühzeitiger über das Gespräch eine Deeskalation einleiten können. Schwere Verletzungen kamen in den letzten drei Jahren nicht vor.

5.3. Was soll sich noch verbessern

Was will ich verbessern mit meinen erworbenen Erkenntnisse aus dieser Abschlussarbeit in meinen Bereich, dass sich der einzelne Mitarbeiter auf der Station sicherer fühlt, die Risikoeinschätzung systematisch erfolgt und sich alle Teammitglieder in der Gesprächsführung kompetenter erleben.

Obwohl meine Fragestellung in den Studien nicht dezidiert beantwortet wurde verdichtet sich im Literaturteil der Konsens, dass ein Deeskalationsmanagement eine Reduktion von Aggressionsereignissen durchaus zur Folge haben kann. Besonders hervorheben will ich an der Stelle die eine Aussage von der Studie Dorfmeister G./ Stefan H., dass bei fast 70 % der Aggressionsereignisse eine erfolgreiche Deeskalation durch die Gesprächsführung erreicht wird. (vgl. Dorfmeister G. / Stefan H., 2008. S. 25).

Wie ich die Umsetzung plane, bzw. organisiere stelle ich in den nächsten Seiten dar.

5.4. Unterstützung durch die Führung

Ich setzte mich schon im Vorfeld der Weiterbildung Basales- und Mittleres-Pflegemanagement mit dieser Fragestellung auseinander und hatte bezüglich meines Vorhabens, Kompetenzerweiterung in der Gesprächsführung, auch schon Gespräche mit meiner Pflegeleitung. Sie zeigt für mein Vorhaben großes Interesse und sagt mir ihre Unterstützung zu. Konkret schaut die Unterstützung so aus, dass sie mir vom Fortbildungsbudget das noch vorhandene Geld des laufenden Jahres für mein Vorhaben zur Verfügung stellt. Auch die ärztlichen Leitung der Abteilung hatte ich diesbezüglich auch schon das Gespräch gesucht und bin auch da auf großes Interesse gestoßen. Der Oberarzt ist soweit von der Idee überzeugt das er nicht nur inhaltlich sondern auch aktive an der Umsetzungsphase sich beteiligt.

5.5. Ablauf der Umsetzung

Das Team besteht aus 18 Pflegepersonen, 3 Ärzte, 1 Psychologin, 1 Sozialarbeiter und 1 Ergotherapeutin.

Erster Schritt

Im Jännerteam 2009 Ankündigung über mein Vorhaben, Reduzierung von Aggressionsereignissen durch Kompetenzerweiterung in der Gesprächsführung, Einführung einer systematischen Risikoeinschätzung und Aggressionserfassung durch Erhebungsbögen.

Zweiter Schritte

Präsentation der Studienergebnisse meiner Arbeit im Februarteam mit Hilfe von Powerpoint. Im theoretischen Teil lege ich den Schwerpunkt auf das Phänomen Aggression und Gewalt und gebe dazu die neusten Zahlen für den Wiener Raum bekannt. Danach ist eingeplante Zeit für offene Fragen und Diskussion.

Mein Ziel ist, die Teammitglieder für das Vorhaben zu motivieren und bereit sind an der persönlichen Weiterentwicklung bezüglich Kompetenzerweiterung in der Gesprächsführung mit zu arbeiten.

Dritter Schritt

Im Märzteam gehe ich auf die Studienhauptaussagen sowie Umsetzungsteil ein. Das Hauptziel dieser Besprechung ist, dass sich jeder aus dem Team mit dem Vorhaben Kompetenzerweiterung in der Gesprächsführung im Rahmen regelmäßigem Kommunikationstrainings auseinander setzt und das gesamte Team an der Diskussion teilnimmt. Ich werde das Team moderieren und alle Teammitglieder in die Diskussion einbinden.

Die gesammelten Ergebnisse aus der Diskussion sollen auch in das Kommunikationstraining einfließen. Die Diskussion werde ich offen und sachlich halten. Ich erreiche die einzelnen Teammitglieder damit, indem ich den persönlichen Nutzen aufzeige. Dazu gehört, mehr Sicherheit und Steuerungsmöglichkeiten bei der Gesprächsführung in Aggressionssituationen, die Wahrung der professionellen Distanz, Zunahme der Reflexionskompetenz, Abnahme von Aggressionsereignissen und Rückgang von Verletzungen.

Ich gehe in der Besprechung strukturiert anhand der Hauptaussagen aus den Studien vor.

Ich beginne mit der Aussage von Stefan I., dass Pflegepersonen mit psychiatrischen Gesundheit und Krankenpflegediplom, bzw. Doppeldiplom besser mit Beschränkungsmaßnahmen zu Recht kommen als Pflegekräfte mit dem allgemeinen Gesundheit und Krankenpflegediplom. Ich haben auf der Station 18 Mitarbeiterinnen. Davon haben 16 ein psychiatrisches Gesundheit und Krankenpflegediplom. Ein Kollege hat das allgemeine Gesundheit und Krankenpflegediplom und eine Kollegin hat beide Diplome. Durchschnittlich haben meine Mitarbeiter ihr Gesundheits- und Krankenpflegediplom vor ca. sieben Jahren erworben. Von dem ist abzuleiten, dass die Hälfte meines Pflorgeteams nach der neuen Ausbildungsverordnung unterrichtet wurde und in diesem Kontext die Module Kommunikation/ Konflikt absolviert hat. Eine weitere Aussage von Stefan I. lautet, dass alle Mitarbeiter den Basiskurs für Deeskalationsmanagement als eine wichtige Unterstützung in der Arbeit nannten. Das Basisseminar Deeskalationsmanagement haben bis auf zwei Mitarbeiterinnen alle vom Team absolviert. Für die zwei sind Kursplätze für das Frühjahr 2009 reserviert.

In einer weiteren Frage an das Team gehe ich auf die Aussage von Needham I. ein, dass eine Koppelung von Trainingskurs in Aggressionsmanagement und einer systematischen Risikoeinschätzung eine Senkung von Zwangsmaßnahmen und Aggressionsereignissen zur Folge haben kann.

In diesem Zusammenhang greife ich das Erhebungsinstrument zur Risikoeinschätzung auf und informiere die Mitarbeiter, dass ich dieses Instrument nach einer Vorstellung im Aprilteam systematisch auf der Station zur Anwendung kommt. Die Überwachung, dass das Instrument richtig und kontinuierlich eingesetzt wird, werde ich an einen Kollegen aus dem Team delegieren. Der Kollege ist mir bei einer früheren Befragung außerordentlich Engagement aufgefallen und bringt auch die notwendige pädagogische Kompetenz aus diversen Fortbildungen mit.

Zeller et al. beschreibt wie schwierig es ist auf Bedürfnisse von Patienten einzugehen die ein aggressives Verhalten zeigen. Die Situation stellt eine hohe Anforderung an die Mitarbeiter dar. Einmalschulungen in Kommunikation wird als nicht ausreichend angesehen. Aus eigener Erfahrung schließe ich mich dieser Meinung an. Ich haben

während meiner beruflichen Laufbahn einige Kommunikationsseminare besucht. Persönlich habe ich durch Rollenspiele plus gleich bleibender Gruppe und Kontinuität die nachhaltigsten Erfahrungen sammeln können. In meiner Rolle als Deeskalationstrainer bestätigt sich auch immer wieder die Erfahrung, dass eine kompakte Gruppenarbeit am meisten bewirkt. Die Zusammenarbeit im Team wird dadurch so meine ich auch besser. Und die Freude am tun kommt dabei auch nicht zu kurz.

Nachdem ich diese Aussage von Zeller et al. und meine persönlichen Erfahrungen vorgestellt habe, lade ich das Team zur Diskussion und Erfahrungsaustausch ein. Im Anschluss informiere ich das Team über die einzelnen Planungsschritte des Kommunikationstrainings.

5.6. Kommunikationstraining

Um die bestmögliche Erfolg zu gewährleisten, will ich einen Kommunikationstrainer, der mit dem Team vor Ort arbeitet, engagieren. Finanziert wird der Kommunikationstrainer, wie schon erwähnt, aus dem Fortbildungsbudgettopf. Die Stationspsychologin kennt einen kompetenten Kommunikationstrainer und übernimmt die Kontaktaufnahme. Die Psychologin vermittelt dem Kommunikationstrainer meine Erwartungen sowie die Umsetzungsstruktur.

Was heißt das konkret für die praktische Umsetzung. Es wird eine regelmäßige Trainingseinheit in Kommunikation mit professioneller Begleitung gekoppelt an das monatliche interdisziplinäre Team geben. Es werden alle Berufsgruppen daran teilnehmen. Das Phänomen Aggression und Gewalt betrifft uns alle.

Der allgemeine Besprechungsteil wird gekürzt. Die dadurch gewonnen Zeit von ca. eineinhalb Stunden für das Kommunikationstraining verwendet. Die Teamzeit-Veränderung für das laufende Jahr 2009 ist sowohl mit der Pflege- sowie Medizinischen- Leitung akkordiert. Die Trainingsstruktur wird so angelegt, dass die Mitarbeiterinnen von einer banalen Alltagskommunikation bis hin zur schwierigen angespannten Gesprächssituation in den Trainingseinheiten nachgestellt wird. Besonderen Wert lege ich auf die Wiederholungen. Ich denke erst wenn die erworbene Gesprächskompetenz integriert ist, ist es möglich auch in schwierigen Situationen professionell zu agieren.

Im Rahmen des Kommunikationstrainings wird das Instrument Rollenspiel ein fixer Bestand sein. In diesem Kontext lassen sich schwierige Situationen authentisch nachspielen. Der emotionale Bereich kommt dadurch auch zur Geltung. Was ich für besonders wichtig erachte, weil dadurch Affekte eher wahrgenommen werden und das Verhalten reflektiert und gegebenenfalls modifiziert werden kann. Ich erwarte mir die dafür notwendige Begleitungscompetenz für diese anspruchsvolle Auseinandersetzung vom Kommunikationstrainer. Ein weiteres professionelles Begleitangebot hat das Team im Rahmen der laufenden Supervision. In diesem Kontext ist es auch möglich, schwierige Aggressionsereignisse und deren Erleben in Form von Fallbesprechungen zu reflektieren. Prinzipiell ist mein Team offen für persönliche Reflexion. Mir ist bewusst, dass das Rollenspiel und insbesondere wenn auch Videoaufzeichnungen gemacht wird Ängste auslöst. Die Mitarbeit am Rollenspiel und den Videoaufnahmen beruht auf Freiwilligkeit.

Im Rahmen der Teampräsentation gehe ich auf die eben angesprochenen Ängste insbesondere ein. Unterstützend zur Seite hab ich an dieser Stelle die Psychologin. Sie hat im Team neben ihrer Haupttätigkeit eine beratende Rolle die vom gesamten Team geschätzt wird. Auch in der Evaluierungsarbeit hat sie mir ihre Unterstützung zugesagt. Sie wird einen themenbezogenen Fragebogen erstellen und die Ausarbeitung übernehmen.

Die Kommunikationstrainingseinheiten im Rahmen des monatlichen Teams werden sich über das ganze Jahr 2009 erstrecken, das sind acht Einheiten. So mit ist auch die notwendige Kontinuität gegeben was ich aus eigener Erfahrung als besonders wichtig erachte.

Während des laufenden Jahres werde ich mit jedem vom Team ein Einzelgespräch führen um mir über den persönlichen Verlauf ein Bild machen zu können. Ich werde mir für das Gespräch ausreichend Zeit nehmen und dafür Sorge tragen, dass es in einem geschützten Rahmen stattfindet. Ziel des Gespräches wird auch sein, zu erfragen was der Einzelne noch braucht. Im Rahmen der anfallenden Beurteilungsgespräche und / oder Mitarbeiter- Orientierungs- Gespräche, werde ich das Thema Gesprächskompetenz auch ansprechen.

Bei neuen Mitarbeitern und Schülern auf meiner Station werde ich in Zukunft darauf Wert legen, dass sie das Basisdeeskalationsseminar schon absolviert haben bevor sie die Arbeit auf der Station antreten. Die Aufsicht über diese Aufgaben, bezüglich Basisdeeskalationsseminars und welche Erfahrungen in schwierigen Aggressionsereignissen schon gemacht wurden, delegier ich an meine Vertretung.

Ich sehe dieses ganze Vorhaben als einen fortlaufenden offenen Prozess. In diesem Kontext ist es besonders wichtig, die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse ständig einfließen zu lassen. Ich beauftrage eine Kollegin aus meinem Team die gute Englischkenntnisse hat, dass sie regelmäßig Fachliteratur zu dieser Thematik recherchiert. Sie bekommt dafür pro Monat während der regulären Arbeitszeit drei Stunden zur Verfügung gestellt. Im nächsten Fortbildungsbudget ist ein fixer Geldbetrag für die Fortbildung Evidence Based Nursing (EBN) eingeplant. Diese eben angesprochene Kollegin zeigt diesbezüglich großes Interesse.

Die Erkenntnisse meiner Arbeit werde ich im nächsten Trainertreffen im Frühjahr 2009 in der Gruppe zur Diskussion stellen. Ich bin auch motiviert, beim nächsten Dreiländertreffen der psychiatrischen Pflege diese Arbeit einzureichen.

5.7. Evaluation

Von der Psychologin ausgearbeitet Fragbogen mit dem Schwerpunkte, wie die persönliche Kommunikationskompetenz in schwierigen Situationen eingestuft wird, wird es zwei Durchgänge im nächsten Jahr geben.

Erster Durchgang wird im Monat März 2009 sein, eine IST- Standserhebung und der zweite Durchgang im Monat November 2009.

Zur Aggressionserfassung werde ich auf der Station schon bekannten Erhebungsbogen Staff Observation Aggression Scale (SOAS) einführen.

6. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Das Ziel meiner Arbeit war es aktuelle Studien zum Thema, ob ein erweitertes Kommunikationsmodul bei Absolventen eines Basisdeeskalationsseminars zur Reduzierung von Aggressionsereignissen führt zu überprüfen. In der

Literaturrecherche konnte ich keinen direkten Zusammenhang bezüglich meiner Fragestellung herstellen. Aber anhand der Erkenntnisse verdichtet sich die Annahme, dass das Trainingsprogramm gekoppelt mit Kommunikationstraining und anderen Maßnahmen eine Reduktion von Aggressionsereignissen durchaus zur Folge haben kann.

Im folgenden Absatz zähle ich die Erkenntnisse/ Maßnahmenempfehlungen der verschiedenen Studien auf.

Zur Bewältigung von schwierigen Aggressionsereignissen empfiehlt Richter D. (2005), kontinuierliches Kommunikationstraining in Form von Rollenspiel und Videoanalyse. Mit einer systematischen Risikoeinschätzung plus Trainingskurs in Aggressionsmanagement ist möglicherweise eine Senkung von Zwangsmaßnahmen und Aggressionsereignisse zu erwarten, ist die Hauptaussage von Needham I. (2006). Eine erfolgreiche Deeskalation wurde bei fast siebzig Prozent über das Gespräch erreicht, ist eine der zentralen Aussagen von Dorfmeister G./ Stefan H. (2008). Schwierige angespannte Situationen erfordert Mehrmahlsschulungen von Kommunikationstechniken, ist die Erkenntnis von Zeller et al. (2006). Eine Aussage von Stefan I. lautet, dass alle Mitarbeiter den Basiskurs für Deeskalationsmanagement als eine wichtige Unterstützung in der Arbeit nannten.

Das Phänomen Aggression und Gewalt ist teil einer Realität im psychiatrischen Bereich. Das Ergebnis der Literaturüberprüfung zeigt aber, dass man einiges dagegen tun kann um besser mit schwierigen Situationen umgehen zu können. Pflege- wie Medizinische Leitung hat ihre Unterstützung für eine Weiterentwicklung in diesem Bereich klar dafür ausgesprochen.

Wie gehe ich in der Umsetzung vor. Wieder zurück auf der Station werde ich im Laufe des Monats Jänner das Team über mein Vorhaben, Kompetenzerweiterung in der Gesprächsführung informieren. Im Februarteam werde ich das Ergebnis der Literaturüberprüfung vermitteln und zur Diskussion stellen. Im darauf folgendem Monat den Umsetzungsteil und nimm Ergebnisse aus der Diskussion als Ergänzungen in die Umsetzungsphase mit. Die Umsetzung ist ein fortlaufender Prozess und streckt sich über das Ganze Jahr 2009.

Die Teamzeit wird gesplittet und die dadurch gewonnene Zeit von jeweils eineinhalb Stunden (achtmal im laufenden Jahr), steht dem interdisziplinären Team zur Verfügung. In Form von Rollenspiel, systematischer Nachbesprechung und Reflexion wird das kontinuierliche Kommunikationstraining durchgeführt. Der Prozess wird von einem professionellen Kommunikationstrainer begleitet. Die Evaluierung wird zeigen ob der Bedarf für eine längere professionelle Begleitung notwendig ist.

Was ist in dieser Arbeit offen geblieben, die Beantwortung meiner Ausgangsfrage. Aus meiner Sicht besteht der Bedarf an weiteren Studien bezüglich des Effekts von Schulungen in Aggressionsmanagement und da wiederum speziell welchen Nutzen die Kommunikation in diesem Kontext hat.

Warum hab ich dieses Thema für meine Abschlussarbeit gewählt. Erstens aus meiner Führungsverantwortung heraus und Zweitens weil mich das Thema schon lange begleitet und bewegt. In meiner Leitungsrolle hab ich auch eine Vorbildfunktion und bin letztendlich auch Modell für eine gute Zusammenarbeit aller Mitarbeiter der Station. Ich denke, dass das kontinuierliche interdisziplinäre Kommunikationstraining für die Zusammenarbeit auf der Station einen positiven Beitrag leisten kann.

Zum Abschluss will ich noch den Konnex zur Gesundheitsförderung herstellen.

Ich hatte die Möglichkeit im Rahmen des Praktikums der WB an der dreizehnten Österreichischen Konferenz für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen teilzunehmen. Der Schwerpunkt lag eher im Umweltschutz und Ressourcenersparnissen. Aber ein Beitrag beschäftigte sich auch mit dem Phänomen Aggression und Gewalt im Gesundheitswesen. Der Kontext lag im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz. Sicherheit steht laut allseits bekannter grafische Darstellung von Maslow nach den Grundbedürfnissen an zweiter Stelle. Abgeleitet vom Ergebnis dieser Arbeit gehe ich von dem aus, dass eine Kompetenzerweiterung in der Gesprächsführung durchaus zur Reduktion von Aggressionsereignissen beitragen kann und indirekt auch ein Beitrag zur Gesundheitsförderung darstellt.

Abkürzungsverzeichnis/ Legende

BS	Betriebsstellen
BVC	Broset- Violence- Checkliste
EBN	Evidence Based Nursing
KAV	Krankenanstaltenverbund
S.	Seite
SOAS	Staff Observation Aggression Scale
WB	Weiterbildung

Literaturverzeichnis/ Quellenverzeichnis

Dorfmeister Günter/ Stefan Harald (2008), eine noch nicht veröffentlichte wissenschaftlicher Studienbericht, Aggression von Patienten & Besuchern in Krankenanstalten & Geriatriezentren. Deeskalation.

Glasl Friedrich (2002), Selbsthilfe in Konflikten. Konzepte- Übungen- Praktische Methoden. 3 Auflage, Freies Geistesleben Verlag. Stuttgart.

ICN - International Council of Nurses (2001), Leitfaden zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz. St. Gallen: Schweizer Berufsverband der Krankenschwester und Krankenpfleger SBK Sektion SG TG AI AR.

Needham Ian (2006), Veränderte Raten von Patientenaggression und Zwangsmaßnahmen nach einem Trainingkurs in Aggressionsmanagement. 1. Auflage, Psychiatrie- Verlag, Bonn. Nahlah Saimeh (Hrsg.).

Richter Dirk (2005), Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Gesundheitswesen und Behindertenhilfe. Systematische Literaturübersicht. Westfälische Klinik Münster.

Stefan Ilse (2008), Beschränkungsmaßnahmen in Psychiatrischen Abteilungen - Umsetzung von Beschränkungen mit dem subjektiven Sicherheitsempfinden seitens der Pflegekräfte. Masterthesis. MBA Health Care Management. Wirtschaftsuniversität Wien.

Zeller Adelheid, Needham Ian, Halfens Ruud (2006), Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei Schülerinnen und Schülern in der Pflegeausbildung. Hans Huber Verlag. Hogrefe AG- Bern.