

<h1>EVA-Erfassung Von Aggressionsereignissen</h1> <p>NAGS Österreich und NAGS Schweiz www.aggressionsmanagement.at www.nags.ch</p>		Organisation
Datum:	Aggressive Person: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Alter (in Jahren; ev. schätzen):	
Ereigniszeit:	<input type="checkbox"/> BewohnerIn/PatientIn <input type="checkbox"/> BesucherIn (Angehörige)	
Ausgefüllt von (HZ):	<input type="checkbox"/> Andere:	
Ort:	<input type="checkbox"/> Behandlungsraum <input type="checkbox"/> Aufenthaltsraum <input type="checkbox"/> Anderer Ort: <input type="checkbox"/> Zimmer/Wohnbereich <input type="checkbox"/> Wartzone	

1. Auslöser <input type="checkbox"/> BewohnerInnen/PatientInnen <input type="checkbox"/> BesucherInnen/Angehörige <input type="checkbox"/> Physische Nähe z.B.: <input type="checkbox"/> Waschen/Kleiden <input type="checkbox"/> Mobilisieren/Lagern <input type="checkbox"/> Essen/Trinken <input type="checkbox"/> Aufnahme/Einweisung gegen eigenen Willen/Widerstand <input type="checkbox"/> Entlassung <input type="checkbox"/> es wurde etwas verwehrt	<input type="checkbox"/> wollte Bereich verlassen <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/> diagnostisch/therapeutische Maßnahmen <input type="checkbox"/> wurde zu etwas aufgefordert <input type="checkbox"/> Wartezeit <input type="checkbox"/> Sprachbarriere <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> Andere Gründe:	2. Zustand der aggr. Person <input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> verwirrt, desorientiert <input type="checkbox"/> starke Emotion (Ärger, Wut) <input type="checkbox"/> Alkohol/Suchtmittelleinfluss <input type="checkbox"/> Medikamenteneinfluss <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Andere:
--	---	---	---

3. Form der Aggression <input type="checkbox"/> impulshaft <input type="checkbox"/> geplant/zielgerichtet <input type="checkbox"/> verbale Aggression; Art: <input type="checkbox"/> bedrohen <input type="checkbox"/> beschimpfen <input type="checkbox"/> rassistisch <input type="checkbox"/> sexuelle Einschüchterung/Belästigung	3.1. Aggression mit Körpereinsatz <input type="checkbox"/> Böse Gesten <input type="checkbox"/> Schlagen / Boxen <input type="checkbox"/> Würgen <input type="checkbox"/> Reißen <input type="checkbox"/> Fußtritte <input type="checkbox"/> Beißen <input type="checkbox"/> Festhalten <input type="checkbox"/> Sexuelle Übergriffe; Art: <input type="checkbox"/> Andere:	3.2 Aggression mit Gegenständen/Flüssigkeiten <input type="checkbox"/> Möbel <input type="checkbox"/> Geschirr <input type="checkbox"/> Messer <input type="checkbox"/> Werkzeuge <input type="checkbox"/> Waffe <input type="checkbox"/> Feuer <input type="checkbox"/> Flüssigkeiten <input type="checkbox"/> Andere:
---	--	--

4. Ziel der Aggression <input type="checkbox"/> ungerichtet <input type="checkbox"/> Gegenstand/Gegenstände <input type="checkbox"/> BewohnerIn/PatientIn <input type="checkbox"/> MitarbeiterIn <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> PsychologIn <input type="checkbox"/> TherapeutIn (Ergo./Physio., etc)	<input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> MitarbeiterInnen <input type="checkbox"/> Auszubildende <input type="checkbox"/> Andere Personen; (kein Personal) <input type="checkbox"/> BesucherIn <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> aggressive Person gegen sich selbst	5. Auswirkung der Aggression Person(en): <input type="checkbox"/> Verunsicherung/Angst/Schock <input type="checkbox"/> Bedrohungsgefühl < 10 Minuten <input type="checkbox"/> Bedrohungsgefühl > 10 Minuten <input type="checkbox"/> Verletzung (physisch/) <input type="checkbox"/> Schmerzen < 10 Minuten <input type="checkbox"/> Schmerzen > 10 Minuten <input type="checkbox"/> Kontakt mit Blut / Körperflüssigkeiten	<input type="checkbox"/> Behandlung notwendig <input type="checkbox"/> unmittelbare Arbeitsunfähigkeit Gegenstand/ Gegenstände: <input type="checkbox"/> beschädigt <input type="checkbox"/> keine Auswirkungen
---	---	---	--

6. Maßnahme(n) zum Aggressions-Stopp <input type="checkbox"/> Gespräch mit der aggr. Person <input type="checkbox"/> Deeskalation <input type="checkbox"/> Zwangsmaßnahme Art: <input type="checkbox"/> Festhalten <input type="checkbox"/> Personalar alarm ausgelöst <input type="checkbox"/> Sicherheitsdienst gerufen	<input type="checkbox"/> Polizei gerufen <input type="checkbox"/> perorale Medikation <input type="checkbox"/> parenterale Medikation <input type="checkbox"/> Validation <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> keine	7. Ergänzungen/ Bemerkungen zum Ereignis: 8. Dauer des Vorfalles in Personenminuten: (z.B. 6 Personen x 10 Min.=60 Min.)
--	--	--

9. Wie schwerwiegend war dieses Ereignis? Bitte entsprechende Stelle in der Skala mit X markieren											
Nicht schwerwiegend	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr schwerwiegend
10. Wie schwierig war es für Sie (Team) mit der Situation umzugehen? Bitte entsprechende Stelle mit X markieren											
Nicht schwierig	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sehr schwierig

Dieses Formular soll von Mitarbeiter des Stationsteams ausgefüllt werden, die Zeugen/Betroffene aggressiven Verhaltens von Patienten oder Besuchern waren. Aggressives Verhalten wird folgendermaßen definiert: **Jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten, welches für den Patienten/die Patientin selbst, andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind.** (Morrison 1990)