

**Erfassung von Aggressionsereignissen**

SOAS-R Staff Observation of Aggression Scale-Revised (Njman/Palmstierna 1998)

Pat.-ID

Station:  Zeit:   
 Datum:  Ausgefüllt von:

Dieses Formular soll durch Mitarbeiter des Stationsteams ausgefüllt werden, die Zeuge von aggressivem Verhalten von PatientInnen gewesen sind. Dabei wird aggressives Verhalten wie folgt 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 (nach Morrison 1990).

→ Bitte in jeder Spalte mindestens einen Punkte ankreuzen!

1. Auslöser der Aggression	2. Benutzte Mittel	3. Ziel der Aggression	4. Konsequenz(en) für das (die) Opfer	5. Massnahme(n) um die Aggression zu stoppen
<input type="checkbox"/> Kein nachvollziehbarer Auslöser	<input type="checkbox"/> Verbale Aggression	<input type="checkbox"/> Nichts bzw. niemand	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Keine
<b>Ausgelöst durch ...</b>	<b>Gewöhnliche Gegenstände:</b>	<input type="checkbox"/> Gegenstand/ Gegenstände	<b>Gegenstand/ Gegenstände:</b>	<input type="checkbox"/> Gespräch mit dem Patienten
<input type="checkbox"/> andere PatientInnen	<input type="checkbox"/> Stuhl/Stühle	<input type="checkbox"/> Andere(r) PatientIn	<input type="checkbox"/> beschädigt, muss nicht ersetzt werden	<input type="checkbox"/> Ruhig weggeführt
<input type="checkbox"/> Hilfe bei den ATL's	<input type="checkbox"/> Glas (-waren)	<input type="checkbox"/> PatientIn selbst	<input type="checkbox"/> beschädigt, muss ersetzt werden	<input type="checkbox"/> Perorale Medikation
<input type="checkbox"/> PatientIn wurde etwas verwehrt	<input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> MitarbeiterIn		<input type="checkbox"/> Parenterale Medikation
<input type="checkbox"/> Aufforderung zur Medikamenteneinnahme	<b>Körperteile::</b>	<input type="checkbox"/> Andere Personen	<b>Person(en):</b>	<input type="checkbox"/> Unter Krafteinsatz festgehalten
<input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Hand (schlagen boxen)		<input type="checkbox"/> fühlten sich bedroht	<input type="checkbox"/> Isolation (geschlossene Tür)
	<input type="checkbox"/> Fuss (treten)		<input type="checkbox"/> Schmerzen < 10 Minuten	<input type="checkbox"/> Fixation
	<input type="checkbox"/> Zähne (beissen)		<input type="checkbox"/> Schmerzen > 10 Minuten	<input type="checkbox"/> Andere Massnahmen: _____
	<input type="checkbox"/> Andere: _____		<input type="checkbox"/> sichtbare Verletzung	
	<b>Gefährliche Gegenstände oder Methoden:</b>		<input type="checkbox"/> nicht-ärztliche Behandlung nötig	
	<input type="checkbox"/> Messer		<input type="checkbox"/> ärztliche Behandlung/Untersuchung nötig	
	<input type="checkbox"/> Würgen			
	<input type="checkbox"/> Andere: _____			

SOAS-R Staff Observation of Aggression Scale-Revised

Dieses Formular soll durch Mitarbeiter des Stationsteams ausgefüllt werden, die Zeuge von aggressivem Verhalten von PatientInnen gewesen sind. Dabei wird aggressives Verhalten wie folgt definiert: *Jegliche Form von verbalem, nonverbialem oder körperlichem Verhalten, welches für die PatientInnen, selbst, andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder körperliches Verhalten, wodurch die PatientInnen selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind* (nach Morrison 1990).

Visum:  Datum:  Uhrzeit:  Station:

- Ort:  Besprechungszimmer, Arztbüro  Aufenthaltsraum  Korridor  Küche  
 Vor Stationszimmer  Bei Stationstür  Isolierzimmer  WC/Bad  
 Patientenzimmer  Anderer Ort: \_\_\_\_\_

→ Bitte in jeder Spalte alle zutreffenden, aber mindestens einen Punkt ankreuzen!

Auslöser der Aggression	Benutzte Mittel	Ziel der Aggression	Konsequenzen für das Ziel / Opfer der Aggression	Massnahme(n), um die Aggression zu stoppen
<input type="checkbox"/> Kein nachvollziehbarer Auslöser	<input type="checkbox"/> Verbale Aggression <input type="checkbox"/> Konkrete Drohung <input type="checkbox"/> Beschimpfung <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Nichts, niemand	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Keine
Ausgelöst ...		<input type="checkbox"/> Gegenstand / Gegenstände	Gegenstände:	<input type="checkbox"/> Gespräch mit PatientIn
<input type="checkbox"/> durch andere PatientInnen	Gewöhnliche Gegenstände	<input type="checkbox"/> PatientIn selbst <input type="checkbox"/> Suizidversuch	<input type="checkbox"/> beschädigt, keine Reparatur/Ersatz	<input type="checkbox"/> Pflegehandlung unterbrochen
<input type="checkbox"/> Hilfe bei den ATL's <input type="checkbox"/> Essen <input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden <input type="checkbox"/> Toilettenbenutzung <input type="checkbox"/> Mobilisat./Lagerung	<input type="checkbox"/> Stuhl/Stühle <input type="checkbox"/> Glaswaren/Geschirr <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Andere(r) PatientIn* <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau Alter: _____	<input type="checkbox"/> beschädigt, muss repariert werden	<input type="checkbox"/> Ruhig weggeführt
<input type="checkbox"/> PatientIn wurde etwas verwehrt	Körperteile	<input type="checkbox"/> MitarbeiterIn* <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau Alter: _____	<input type="checkbox"/> beschädigt, muss ersetzt werden	<input type="checkbox"/> Perorale Medikation ohne Zwang
<input type="checkbox"/> Station verlassen <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hand (schlagen, boxen, kratzen, Haare reißen) <input type="checkbox"/> Fuss (treten) <input type="checkbox"/> Zähne (beißen) <input type="checkbox"/> Mund (spucken) <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau Alter: _____	Person(en):	<input type="checkbox"/> Unter Kräfteinsatz festgehalten/weggeführt
<input type="checkbox"/> Aufforderung zu ... <input type="checkbox"/> Medieinnahme <input type="checkbox"/> Teilnahme an therapeutischer / Milieuaktivität <input type="checkbox"/> Tätigkeit (Körperpflege, Zimmerordnung, etc.) <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hand (schlagen, boxen, kratzen, Haare reißen) <input type="checkbox"/> Fuss (treten) <input type="checkbox"/> Zähne (beißen) <input type="checkbox"/> Mund (spucken) <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> PsychologIn <input type="checkbox"/> Sonstige TherapeutIn, SozialarbeiterIn, etc. <input type="checkbox"/> Übriges Personal	<input type="checkbox"/> fühlte(n) sich bedroht <input type="checkbox"/> Schmerzen < 10 Minuten <input type="checkbox"/> Schmerzen > 10 Minuten <input type="checkbox"/> Sichtbare Verletzung	<input type="checkbox"/> Anderes: _____ <input type="checkbox"/> Zwangsmassnahme
<input type="checkbox"/> Zwangsmassnahme _____	Gefährliche Gegenstände oder Methoden	<input type="checkbox"/> Andere Personen (nicht zum Personal gehörend) <input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Nicht-ärztliche Behandlung nötig	Wenn Zwangsmassnahme: Formular Zwangsmassnahme ausfüllen!
<input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Messer <input type="checkbox"/> Würgen <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> * wenn 1 Person: Alter/Geschlecht angeben	<input type="checkbox"/> ärztliche Behandlung / Untersuchung nötig	

Wie schwerwiegend war dieses Ereignis insgesamt? (Bitte passende Stelle mit X markieren)

Nicht schwerwiegend  Sehr schwerwiegend

> Bei sehr schwerwiegenden Ereignissen zusätzlich das Meldeformular für ausserordentliche Ereignisse ausfüllen und an das Sekretariat DPP schicken. Beispiele: Massive Drohung (z.B. Tötung); behandlungsbedürftige Verletzungen; Hautläsionen mit Infektionsrisiko (zB Bisse, Kontakt mit Blut); Arbeitsunfähigkeit als Folge des Ereignisses; schwere Betroffenheit von Zeugen des Vorfalls (nichtbeteiligte PatientInnen, Besucher); erheblicher Schaden an Eigentum von MitpatientInnen oder MitarbeiterInnen; behandlungsbedürftige Selbstverletzung oder Selbstverletzung mit suizidaler Absicht

> Kopie dieses Blattes geht an das Sekretariat DPP!