

<h1>EVA-Erfassung Von Aggressionsereignissen</h1> <p>NAGS Österreich NAGS Schweiz NAGS Deutschland  <a href="http://www.aggressionsmanagement.at">www.aggressionsmanagement.at</a> <a href="http://www.nags.ch">www.nags.ch</a> <a href="http://www.nags-deutschland.de">www.nags-deutschland.de</a>  Rückmeldungen zum EVA Bogen: haraldstefan@gmx.at</p>		<b>Organisation</b> 
Datum:	<b>Aggressive Person:</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Alter (in Jahren; ev. schätzen): .....	
Ereigniszeit:	<input type="checkbox"/> BewohnerIn/PatientIn <input type="checkbox"/> MitarbeiterIn <input type="checkbox"/> BesucherIn (Angehörige) <input type="checkbox"/> Andere: .....	
Ausgefüllt von (HZ):		
Ort:	<input type="checkbox"/> Behandlungsraum <input type="checkbox"/> Aufenthaltsraum <input type="checkbox"/> Büro <input type="checkbox"/> Anderer Ort: <input type="checkbox"/> Zimmer/Wohnbereich <input type="checkbox"/> Wartebereich <input type="checkbox"/> Ambulanz	

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

<b>3. Form der Aggression:</b> <b>3.1. Aggression verbal</b> <input type="checkbox"/> bedrohend <input type="checkbox"/> beschimpfend <input type="checkbox"/> rassistisch motiviert <input type="checkbox"/> sexuell einschüchternd belästigend <input type="checkbox"/> herabwürdigend <input type="checkbox"/> abwertend	<input type="checkbox"/> impulshaft <input type="checkbox"/> geplant/zielgerichtet <b>3.2. Aggression mit Körpereinsatz</b> <input type="checkbox"/> „Böse“ Gesten/Mimik <input type="checkbox"/> Stoßen <input type="checkbox"/> Drohgebärden <input type="checkbox"/> Festhalten <input type="checkbox"/> Schlagen / Boxen <input type="checkbox"/> unerwünschter .....Körperkontakt <input type="checkbox"/> Würgen <input type="checkbox"/> Sexuelle Übergriffe, Art: <input type="checkbox"/> Reißen <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Fußtritte <input type="checkbox"/> Beißen	<b>3.3. Aggression mit Gegenständen/Flüssigkeiten</b> <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:
--	---	--

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

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

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

Dieses Formular soll von MitarbeiterInnen ausgefüllt werden, die Zeugen/Betroffene aggressiven Verhaltens 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)