

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/247468417>

Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe – Systematische Literaturübersicht

Article in *Psychiatrische Praxis* · January 2007

DOI: 10.1055/s-2006-940063

CITATIONS

41

READS

1,512

2 authors, including:



Dirk Richter

Bern University Hospital for Mental Health (UPD Bern)

192 PUBLICATIONS 1,247 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Epidemics MHP [View project](#)



IHS-SMI [View project](#)

Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe – Systematische Literaturübersicht

Effects of Aggression Management Trainings for Mental Health Care and Disability Care Staff – Systematic Review

Autoren

Dirk Richter^{1,2}, Ian Needham³

Institute

¹ Westfälische Klinik Münster

² Institut für Soziologie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

³ Fachbereich Gesundheit, Fachhochschule St. Gallen, Schweiz

Schlüsselwörter

- Gewalt
- Training
- systematische Literaturübersicht

Key words

- violence
- trainings
- systematic review

Zusammenfassung



Hintergrund Über die Effektivität von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in der Psychiatrie ist bisher wenig bekannt.

Methode Systematische Literaturübersicht.

Ergebnisse Es ergab sich kein eindeutiger Trend für die Minderung von aggressiven Vorfällen

durch die Trainingsprogramme, jedoch positive Effekte auf das Wissen sowie auf die Zuversicht, schwierige Situationen besser bewältigen zu können.

Schlussfolgerungen Trotz der nicht eindeutigen Ergebnisse hinsichtlich der Gewaltvorfälle wird die Durchführung von umfassenden Trainingsprogrammen empfohlen.

Einleitung



Der Umgang mit Gewalt und Zwang ist eines der wichtigsten Qualitätsmerkmale psychiatrischer Einrichtungen. Dies betrifft sowohl die Sicherheit von Mitarbeitern [1,2] als auch die Sicherheit von Patienten [3,4]. In den letzten Jahren haben sich in vielen psychiatrischen Einrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe Trainingsprogramme für Mitarbeiter etabliert, in denen adäquate professionelle Interventionen erlernt werden sollen. Angeregt durch die Pflegeberufe sind verschiedene Programme eingeführt worden, in denen Angehörige aller Berufsgruppen bezüglich des Aggressionsmanagements geschult werden. Anfänglich beinhalteten die Trainingsmaßnahmen nahezu ausschließlich körperliche Abwehrtechniken und Methoden für Zwangsmaßnahmen [5,6]. Diese Komponenten wurden dann zumeist durch Maßnahmen zur Deeskalation von Konflikten ergänzt, die eigentlich der körperlichen Abwehr vorausgehen haben [7]. In der Regel haben sich Kombinationsprogramme aus diesen Teilbereichen entwickelt. Für deutschsprachige Ansätze siehe [8,9], und für englischsprachige, zumeist kommerzielle Programme siehe [10].

Aufgrund der Vielzahl und Vielfältigkeit derartiger Programme wird mittlerweile die Frage nach der Effektivität zunehmend gestellt. Zumindest im deutschsprachigen Raum sind Aggressions-

managementtrainings bisher kaum empirisch evaluiert worden. Die nachfolgende systematische Literaturübersicht gibt eine Zusammenfassung der bisher vorliegenden Studienergebnisse, die – wie zumeist – überwiegend aus dem angelsächsischen Raum stammen.¹

Fragestellung und Methode



Die vorliegende Arbeit hat die Methode der systematischen Literaturübersicht gewählt. Eine Metaanalyse ist mit den publizierten Studiendaten nicht durchführbar. Für eine Metaanalyse ist es erforderlich, dass sowohl die Interventionen als auch die Ergebniskriterien relativ uniform sind. Dies ist aber bei den hier zugrunde liegenden Studien nicht der Fall. Die Trainingsprogramme selbst sind sehr heterogen hinsichtlich der geschulten Techniken. Gleiches gilt für die Ergebniskriterien, mit denen die Effekte der Programme gemessen werden, diese gleichen sich häufig nicht. Als grobe Kriteriengruppen können die folgenden Stichworte gelten:

- ▶ Wissen (über Aggression/Gewalt und Aggressionsmanagement)

¹ Der ausführliche Bericht mit zusätzlicher, nicht veröffentlichter Literatur und weiteren methodischen Details ist erhältlich unter <http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-2473/richter.pdf> oder vom Erstautor.

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2006-940063
 Psychiat Prax 2007; 34: 7 – 14
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York ·
 ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

PD Dr. Dirk Richter
 Westfälische Klinik Münster
 Postfach 202 252
 48103 Münster
 Tel.: 0251/591-5175
 Fax: 0251/591-5194
 dirk.richter@uni-muenster.de

- ▶ Zuversicht (subjektive Sicherheit im Hinblick auf die Bewältigungsmöglichkeiten)
- ▶ Vorfälle (Anzahl)
- ▶ Verletzungen (Anzahl der Mitarbeiter-Verletzungen)
- ▶ Ausfalltage (Fehlzeiten der Mitarbeiter)
- ▶ Zwangsmaßnahmen (angewendete Maßnahmen wie Fixierungen, Isolierungen oder Medikation gegen den Willen des Patienten)
- ▶ Anderes (z. B. Fertigkeiten, Zufriedenheit mit Training, Relevanz der Maßnahme für die berufliche Tätigkeit).

Es muss leider festgestellt werden, dass diese Kriteriengruppen höchst unterschiedlich zur Anwendung kommen, was die Vereinheitlichung der Resultate sehr schwierig macht. Darüber hinaus entsprechen die Untersuchungen mit Ausnahme einer Untersuchung nicht dem „Goldstandard“ der randomisierten kontrollierten Studie und weisen daher möglicherweise unüberprüfbar Verzerrungen hinsichtlich der jeweils einbezogenen Studienpopulation auf.

Einschlusskriterien und Literaturrecherche



In diese Literaturübersicht wurden sämtliche veröffentlichte Studien aufgenommen, die quantitative Daten über die Evaluation von spezifischen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement berichten, und die eine Vergleichsbasis hatten (Kontrollbedingung oder Prä-Post-Verhältnisse; siehe unten). Dieses Kriterium erscheint banal, ist aber angesichts der Literaturlage zu begründen. So existieren einmalige Befragungen nach einem Training ohne Kontrollgruppe [11,12] oder etwa eine Studie, die untersuchte, in welchen Fällen Deeskalationstechniken erfolgreich angewendet werden konnten [13]. Darüber hinaus gibt es epidemiologisch angelegte Untersuchungen, die trainierte und untrainierte Mitarbeiter hinsichtlich der Gewaltvorfälle vergleichen, aber keinerlei spezifische Information über das applizierte Training erfassen [14]. Der Publikationszeitraum der eingeschlossenen Studien erstreckte sich von 1976–2004. Vor 1976 wurden keine relevanten Untersuchungen gefunden.

Um eine möglichst breite Datenbasis zu erreichen, sind in diese Übersicht auch Studien aus Bereichen aufgenommen worden, in denen ähnliche Bedingungen wie in psychiatrischen Einrichtungen herrschen. Dabei handelt es sich überwiegend um Untersuchungen aus der Arbeit mit geistig und mehrfach behinderten Menschen und aus Pflegeheimen. Die grundsätzlichen Bedingungen dieses Arbeitsbereiches gleichen denen der Psychiatrie. Hinzu kommt, dass die Trennung zwischen Psychiatrie, Behindertenhilfe und zum Teil auch Pflegeheimen mit demenziell erkrankten Bewohnern zumindest in Deutschland erst vor wenigen Jahren geschah. Auch befinden sich diese Einrichtungstypen noch häufig in gemeinsamer Trägerschaft, beispielsweise der Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen.

Die elektronisch basierte Literaturrecherche ist in den Datenbanken PubMed (früher Medline) der US-amerikanischen Nationalbibliothek für Medizin (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Entrez/index.html>), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Sciences Literature*), einer Quelle für vorwiegend pflegerische und pflegewissenschaftliche Literatur (<http://www.cinahl.com>) sowie in der eher psychologisch orientierten Datenbank PsychInfo (<http://www.apa.org/psycinfo>) erfolgt, die von der Amerikanischen Psychologischen Vereinigung betrieben wird. Die folgende Suchstrategie wurde beispielsweise für PubMed

angewendet: (violence OR aggression) AND (training OR intervention) AND (staff OR employees).

Wie bei früheren Versuchen systematischer Literaturübersichten in diesem [15] und in anderen Bereichen sozialer Interventionen [16], musste hier ebenfalls die Erfahrung gemacht werden, dass die Datenbanken relativ unergiebig sind. Der größte Teil der hier zugrunde gelegten Studien ist über die sog. Handsuche in Literaturverzeichnissen veröffentlichter Artikel identifiziert worden. Zusätzlich wurde auf Literaturverzeichnisse publizierter Übersichten zurückgegriffen. Diese stammen sämtlich aus Großbritannien. Es handelt sich dabei um einen Report für das frühere UKCC (*United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting*) [17], einer Art Aufsichtsbehörde für Pflegeberufe (jetzt: *Nursing and Midwifery Council*), dann um einen Bericht des Britischen Instituts für Lernbehinderungen (*British Institute for Learning Disabilities*, BILD) [15] sowie einer Leitlinie des britischen Nationalinstituts für klinische Qualität (*National Institute for Clinical Excellence*, NICE) [18]. Darüber hinaus sind diverse kollegiale Kontakte innerhalb der *European Violence in Psychiatry Research Group* genutzt worden, einer Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die sich mit der Thematik der Gewalt im psychiatrischen Kontext befasst.

Studiendesign und Relevanz der Ergebnisse



Für die Bewertung der einzelnen Studienergebnisse ist das jeweilige Design der Untersuchung maßgeblich. So werden in der Evaluation von Programmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen Kontrollgruppenbedingungen höher bewertet als Vorher-/Nachher-Untersuchungen ohne Kontrollgruppe [19]. Bei Vorher-/Nachher-Untersuchungen ohne Kontrollgruppe kann nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden, dass die gemessenen Veränderungen durch andere Faktoren als das zu untersuchende Trainingsprogramm veranlasst wurden.

Neben unterschiedlichen Studiendesigns zeichnen sich die Untersuchungen in dieser Arbeit durch zwei Ergebnisbereiche aus, wie oben schon beschrieben wurde. Zum einen handelt es sich um den Versuch, aggressive Vorfälle zu registrieren und zu vergleichen und zum anderen werden Befragungen bei trainierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt. Für die alltägliche Arbeit in der Psychiatrie und in der Behindertenhilfe haben Aussagen zu Vorfällen naturgemäß einen höheren Stellenwert als Aussagen zu subjektiven Einschätzungen der Befragten, daher rangieren Vorfalldaten höher als Befragungen.

In dieser Arbeit werden daher folgende methodologisch unterschiedlich zu behandelnde Gruppen von Studien festgelegt:

- ▶ randomisierte kontrollierte Studie (RCT)
- ▶ Kontrollgruppenvergleich Vorfälle,
- ▶ Kontrollgruppenvergleich Befragungen,
- ▶ Vorher/Nachhervergleich Vorfälle,
- ▶ Vorher/Nachhervergleich Befragungen.

Innerhalb dieser Gruppen wird dann jeweils nach Deeskalationstrainings, Trainings von Abwehrtechniken und Kombinationstrainings unterschieden, um die Übersichtlichkeit wahren zu können und um Effekte möglicher Teilinterventionen beurteilen zu können. Die Ziele von Deeskalationstrainings und Abwehrtechniktrainings sind, wie oben beschrieben, nicht gleich. Allerdings schließen sich „positive“ Nebenfolgen nicht aus, so gibt es etwa empirische Hinweise darauf, dass die Beherrschung

physischer Techniken die Selbstsicherheit in einer Weise fördert, die insgesamt zur Vermeidung gefährlicher Situationen beitragen kann [20,21].

Trotz der bei einzelnen Studien vergleichbaren Studienmethodik und des Trainingstyps (Deeskalation, Abwehrtechniken, Kombinationen) ist eine Vergleichbarkeit im strengen Sinne vielfach nicht möglich. Die Studien stammen aus verschiedenen Settings mit unterschiedlichen Patientengruppen (z. B. Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, forensische Psychiatrie, Behindertenhilfe), die Trainingsprogramme haben ihre inhaltlichen Schwerpunkte teilweise sehr unterschiedlich angelegt, die Dauer der Trainings ist nicht standardisiert und auch die Beobachtungszeiträume für die Messung der Veränderungen sind nicht gleich, sondern reichen etwa von einer Woche bis hin zu mehreren Jahren.

Erschwerend kommt hinzu, dass in vielen Artikeln auf Details der Trainings und der Evaluation verzichtet wird, dies gilt insbesondere für Inhalt, Umfang und Dauer der Maßnahmen. Aber selbst die eigentlich notwendige Angabe zur Größe der trainierten oder befragten Gruppe der Mitarbeiter ist mitunter nicht erhältlich. Ein weiterer Schwachpunkt dieser Literatur ist die Tatsache, dass die Evaluation zumeist nicht von unabhängiger Stelle durchgeführt wurde, sondern von den Personen, welche die Trainings angeboten bzw. durchgeführt haben. In diesem Zusammenhang ist zu erwarten, dass Evaluationen mit einem nicht positiven Ergebnis dann auch nicht veröffentlicht werden (sog. Publikationsbias).

Ergebnisse



Es konnten 39 veröffentlichte Studien berücksichtigt werden, von denen drei Untersuchungen in Pflegeheimen durchgeführt wurden [22–24] und eine in einer Schule für intelligenzgeminde junge Menschen [25]. Alle anderen Studien stammen aus psychiatrischen Einrichtungen bzw. Einrichtungen der Behindertenhilfe. 19 der 39 untersuchten Trainingsprogramme richteten sich ausschließlich an Angehörige der Pflegeberufe. In **Tab. 1** sind die Resultate zusammengefasst.

Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)

Der „Goldstandard“ des Evaluationsstudiendesigns ergab hinsichtlich unserer Fragestellung weniger schwere Gewaltereignisse (nicht jedoch eine geringere Gesamtzahl der Gewaltereignisse) sowie weniger Zwangsmaßnahmen im experimentellen Arm, in dem ein Kombinationsprogramm aus Abwehrtechniken und Deeskalation angewendet wurde [26].

Kontrollgruppenvergleich Vorfälle

Bei den Deeskalationstrainings ergab sich nur bei einer [27] von drei berücksichtigten Studien [27–29] ein Unterschied in Richtung weniger Vorfälle. Studien über die singuläre Anwendung von Abwehrtechniken wurden nicht gefunden. Bei den Kombinationstrainings ergab sich ein gemischtes Bild: in zwei Studien verzeichnete die Interventionsgruppe weniger Vorfälle [22, 30], in zwei Studien waren mehr Vorfälle in der Interventionsgruppe [31, 32] und zwei fanden keine Unterschiede [33, 34]. Bei Verletzungen [30, 33] und Ausfalltagen [31, 32] erschwert die geringe Anzahl der Studien und die nicht gleichförmigen Resultate eine Tendaussage, Zwangsmaßnahmen wurden nur in einer weiteren Studie gemessen und hier wurde das Deeskalationstraining favorisiert [29]. Eine einzelne Studie untersuchte die Effekte von Deeskalationstraining vs. Kombinationstraining vs. untrainierte Kontrollgruppe [20]. Hier erwies sich das Kombinations-

training als erfolgreicher gegenüber den beiden anderen Bedingungen.

Kontrollgruppenvergleich Befragungen

Bei den Befragungen über Wissen und Zuversicht, schwierige Situationen bewältigen zu können, ergibt sich ein Vorteil zugunsten der Interventionsbedingungen. Die Mehrzahl der Studien fand, dass trainierte Mitarbeiter mehr Wissen und mehr Zuversicht berichteten als untrainierte Mitarbeiter. Dies gilt sowohl für Trainings von Abwehrtechniken [35] als auch für Kombinationstrainings [22, 30, 32, 36–38]. Keine Veränderungen bei der Zuversicht fanden zwei Studien [34, 36]. Negative Ergebnisse wurden nicht berichtet.

Prä-Post-Vergleich Vorfälle

Sowohl in den Studien über Abwehrtechniken [39, 40] als auch in denen über Deeskalationstechniken [41–44] wurde überwiegend ein Rückgang der registrierten Vorfälle gefunden; dies gilt auch für Verletzungen von Mitarbeitern (Ausnahme: [45]), Ausfalltage und Zwangsmaßnahmen [39, 46, 47]. Dieser Trend ergab sich jedoch nicht bei den Kombinationsprogrammen, hier ist die Befundlage sehr heterogen. Es finden sich sowohl Studien, die einen Rückgang ergeben [24, 48–50], als auch Studien, die einen Anstieg verzeichnen [51, 52] und solche, die keine Unterschiede registriert haben [53–55].

Prä-Post-Vergleich Befragungen

Bei diesem Studientyp finden sich, mit einer Ausnahme ohne Veränderungen [23], nur positive Effekte der Trainingsprogramme auf Wissen und Zuversicht [25, 43, 50, 52, 54, 56–58].

Diskussion



Die hier zusammengestellte Literatur über Trainingsmaßnahmen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und der Behindertenhilfe ist bezüglich ihrer methodologischen Qualität als eher niedrig zu bezeichnen. Wie andere Übersichten zu dieser Thematik ebenfalls schon festgestellt haben [15, 17, 18], müssen die praktischen Schlussfolgerungen für die Kliniken und Einrichtungen auf der Basis einer relativ schwachen empirischen Evidenz getroffen werden. Allerdings gilt es dabei zu berücksichtigen, dass qualitativ hochwertige Untersuchungen in diesem Bereich mit einem sehr hohen Aufwand und Ressourcenverbrauch verbunden sind. Die Interventionen sind nicht in der gleichen Weise standardisierbar wie dies etwa in anderen Forschungsbereichen möglich ist. Die lokalen organisatorischen Bedingungen spielen dabei eine große Rolle, etwa die Frage, wie sehr die Präventionsmaßnahmen von der Leitung der Einrichtungen sowie von anderen relevanten Berufsgruppen unterstützt werden. Da die hier beschriebenen Trainingsmaßnahmen letztendlich Interventionen in Organisationen sind, stoßen gängige Studiendesigns wie die randomisierte kontrollierte Studie schnell an ihre Grenzen. Die Randomisierung muss dann nämlich auf die Organisationseinheit abzielen, was notwendigerweise zu einer kleineren Anzahl der zufällig zugewiesenen Einheiten führt und diese kleine Zahl eben kaum in der Lage ist, Verzerrungen auszugleichen [26]. Da dieses Dilemma nur mit sehr großen Studiendesigns bzw. hohen Kosten zu bewältigen ist, sollte über alternative Forschungsansätze verstärkt nachgedacht werden.

Tab. 1 Trainingsprogramme zum Aggressionsmanagement

Studientyp	Autoren	Land	Setting	Zielgruppe	n	Wis- sen	Zu- ver- sicht	Vor- fälle	Verlet- zungen	Aus- fall- tage	Zwangs- maßnah- men	anderes
RCT-Kombi- nation	Needham et al. 2004a [26]	CH	mehrere psychiatr. Kliniken	Pflege	n. b.			- ¹			-	
Kontroll- deeskalation	Nijman et al. 1997 [28]	NL	psychiatr. Klinik	alle Berufs- gruppen	n. b.			=				
Kontroll- deeskalation	Smooth u. Gonzales 1995 [29]	US	psychiatr. Klinik	alle Berufs- gruppen	72			=			-	
Kontroll- deeskalation	Whittington u. Wykes 1996 [27]	UK	mehrere psychiatr. Kliniken	Pflege	155			-				
Kontroll- abwehr	McGowan et al. 1999 [35]	AUS	mehrere psychiatr. Kliniken	Pflege	70		+					
Kontroll- kombination	Ore 2002 [31]	AUS	mehrere Einrichtun- gen Behin- dertenhilfe	professionelle Behinderten- einrichtungen	358			+		+		Kosten +
Kontroll- kombination	van Rixtel et al. 1997 [34]	NL	psychiatr. Klinik	nicht bekannt	38		=	=				subjektive Sicherheit +
Kontroll- kombination	Infantino u. Musingo 1985 [30]	US	psychiatr. Klinik	Pflege	96		+	-	=			Relevanz für Job +
Kontroll- kombination	Hurlebaus u. Link 1997 [36]	US	psychiatr. Klinik	Pflege	23	+	=					
Kontroll- kombination	Allen u. Tynan 2000 [37]	UK	mehrere Einrichtun- gen Behin- dertenhilfe	professionelle Behinderten- einrichtungen	109	+	+					Aggressi- vität MA -
Kontroll- kombination	Thackrey 1987 [38]	US	mehrere psychiatr. Kliniken	alle Berufs- gruppen	106		+					
Kontroll- kombination	Carmel u. Hun- ter 1990 [33]	US	psychiatr. Klinik	alle Berufs- gruppen	744			=	-			
Kontroll- kombination	Rice et al. 1985 [32]	CDN	psychiatr. Stationen	Pflege	88	+		+		=		Fertig- keiten +
Kontroll- kombination	Fitzwater u. Gates 2002 [22]	US	Pflegeheim	Pflege	20		+	-				
Kontrollde- eskalation- Kombination - keine Inter- vention	Phillips u. Rudestam 1995 [20]	US	mehrere psychiatr. Kliniken	nicht bekannt	24			- ²				Aggressi- vität MA - Fertig- keiten +
Prä-Post- Deeskalation	Wilkinson 1999 [47]	US	geronto- psychiatr. Abteilung	Pflege	32			+	-			
Prä-Post- Deeskalation	Colenda u. Hamer 1991 [41]	US	geronto- psychiatr. Klinik	alle Berufs- gruppen	n. b.			-				
Prä-Post- Deeskalation	Hoeffler et al. 1997 [42]	US	gerontopsy- chiatrisches Pflegeheim	Pflege	n. b.			-				
Prä-Post- Deeskalation	Maxfield et al. 1996 [43]	US	gerontopsy- chiatr. Klinik	Pflege	96	+		-				
Prä-Post- Deeskalation	Shah u. De 1998 [44]	UK	geronto- psychiatr. Abteilung	Pflege	15			-				Aggres- sions- level -
Prä-Post- Deeskalation	Feldt u. Ryden 1992 [23]	US	Pflegeheim	Pflege	17	=						

Tab. 1 Fortsetzung

Studientyp	Autoren	Land	Setting	Zielgruppe	n	Wis- sen	Zu- ver- sicht	Vor- fälle	Verlet- zungen	Aus- fall- tage	Zwangs- maßnah- men	anderes
Prä-Post- Abwehr	St. Thomas Psychiatric Hospital 1976 [39]	CDN	psychiatr. Klinik	alle Berufs- gruppen	n. b.			-		-		
Prä-Post- Abwehr	Forster et al. 1999 [46]	US	psychiatr. Klinik	alle Berufs- gruppen	n. b.				-		-	
Prä-Post- Abwehr	Mortimer 1995 [40]	UK	geschlosse- ne Akutstati- on	alle Berufs- gruppen	23			-				
Prä-Post- Abwehr	Parkes 1996 [45]	UK	psychiatr. Station	Pflege	n. b.				+ ³			
Prä-Post- Kombination	Martin 1995 [51]	US	psychiatr. Klinik	Pflege	n. b.			+	-	-		Kosten -
Prä-Post- Kombination	Sjöström et al. 2001 [53]	SWE	psychiatr. Klinik	alle Berufs- gruppen	185			= ⁴				unfall- bedingte Ausfälle =
Prä-Post- Kombination	Hagen u. Say- ers 1995 [24]	CDN	Pflegeheim	Pflege	134			-				
Prä-Post- Kombination	Gertz 1983 [48]	US	psychiatr. Klinik	alle Berufs- gruppen	317			-				
Prä-Post- Kombination	Lehman et al. 1983 [52]	US	psychiatr. Klinik	alle Berufs- gruppen	144	+	+	+				
Prä-Post- Kombination	Allen et al. 1997 [49]	UK	Behinderten- einrichtung	professionelle Behinderten- einrichtungen	n. b.			- ⁵	-			
Prä-Post- Kombination	Calabro et al. 2002 [50]	US	psychiatr. Klinik	Pflege	118	+	+	-				
Prä-Post- Kombination	Baker u. Biss- mire 2000 [54]	UK	Behinderten- einrichtung	professionelle Behinderten- einrichtungen	13		+	=				
Prä-Post- Kombination	Needham et al. 2004b [55]	CH	mehrere psy- chiatr. Klini- ken	Pflege	n. b.			=			-	
Prä-Post- Kombination	Perkins u. Leadbetter 2002 [25]	UK	Schule für in- telligenzge- minderte Kinder	Mitarbeiter Schule	14	+	+					
Prä-Post- Kombination	Paterson et al. 1992 [56]	UK	nicht be- kannt	Pflege	25	+						berufli- cher Stress - Fertig- keiten +
Prä-Post- Kombination	McDonnell 1997 [57]	UK	Behinderten- einrichtung	professionelle Behinderten- einrichtungen	21	+	+					
Prä-Post- Kombination	Ilkiw-Lavalle et al. 2002 [58]	AUS	psychiatr. Stationen	alle Berufs- gruppen	103	+						Zufrieden- heit mit Training +

¹ Rückgang der schweren Vorfälle, nicht der Gesamtzahl; ² bezieht sich auf den Vergleich Kombinationstraining – Deeskalationstraining, bei dem ersteres besser abschnitt; ³ Anstieg statistisch nicht signifikant; ⁴ divergierende Ergebnisse bei zwei unterschiedlichen Fragebogeninstrumenten; ⁵ Trend statistisch nicht signifikant. *Studientyp:* RCT – Randomisierte kontrollierte Studie; Kontroll – Kontrollgruppendesign; Prä-Post – Vorher-Nachher-Design; Abwehr – Training von körperlichen Abwehrtechniken; Deeskalation – Training von Deeskalationstechniken; Kombination – Kombiniertes Training aus Abwehr- und Deeskalationstechniken. *Zeichenerklärung:* + Anstieg; - Rückgang; = keine Veränderung. *Abkürzungen:* n = Anzahl trainierter Personen; n. b. = nicht bekannt

Die eingangs postulierten qualitativen Unterschiede im Studiendesign (Fall-Kontroll-Design vs. Prä-Post-Design) schlugen sich in den Ergebnissen kaum nieder. Das höherwertige Design der Kontrollstudie brachte prinzipiell die gleichen Resultate wie das Vorher-Nachher-Design. Bezogen auf die oben beschriebene Hierarchie von Studiendesigns muss jedoch festgestellt werden, dass die qualitativ geringer einzuschätzenden Befragungen der

Mitarbeiter sicherere und positivere Ergebnisse liefern als die höher einzuschätzenden vermeintlich „harten“ Zahlen der Vorfälle und ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter. Auch diese Ergebnisse entsprechen den Resultaten von Literaturübersichten aus dem angelsächsischen Raum [15,17,18]. Die zusätzlichen Informationen bei „geringerwertigen“ Studien sind aus anderen systematischen Übersichten bekannt, insbe-

sondere wo es um soziale Interventionen geht. Dies rechtfertigt die Einbeziehung von Studienergebnissen, die nicht den höchsten Qualitätskriterien genügen [59].

Gleichwohl sind trotz dieser methodischen Schwierigkeiten zwei Trendaussagen erlaubt. Hinsichtlich der direkten subjektiven Auswirkungen auf die trainierten Mitarbeiter kann festgehalten werden, dass Trainingsprogramme zu mehr Wissen führen und zugleich zu einer verbesserten Zuversicht, aggressive Situationen bewältigen zu können. Dieses Ergebnis kann als relativ gesichert gelten, da es über verschiedene Interventionen, Studiendesigns und Einrichtungssettings hinweg repliziert wurde. Als zweite Trendaussage muss festgehalten werden, dass – wiederum über heterogene Studienanlagen und Settings hinweg – eindeutige Feststellungen hinsichtlich der Zahl aggressiver Vorfälle und ihrer Auswirkungen (u.a. Fehlzeiten der Mitarbeiter und Verletzungen) nicht getroffen werden können. Immerhin erbrachten die ersten Ergebnisse der erstmals durchgeführten randomisierten Studie in diesem Bereich leicht positive Resultate [26], sodass man davon ausgehen kann, dass die Effekte von Trainingsprogrammen auch unter den Bedingungen eines anspruchsvollen Studiendesigns bestehen können und zur Reduktion von schweren Übergriffen und von Zwangsmaßnahmen führen können.

Diese Aussagen können sich in verschiedener Hinsicht diskutieren und interpretieren lassen. Zum einen geht es um die Frage, ob kognitives Wissen und verbesserte subjektive Bewältigungsmöglichkeiten tatsächlich in einem veränderten Verhalten und damit indirekt auch in sinkende Vorfallszahlen resultieren. Nach den Ergebnissen dieser Literaturübersicht kann nicht sicher davon ausgegangen werden, dass es eine direkte Übertragbarkeit vom Wissen über das individuelle Verhalten hin zu organisationsweiten Verbesserungen gibt. Selbst auf der Ebene einzelner Studien finden sich Resultate, die verbessertes Wissen und zugleich einen Anstieg der Vorfälle berichten [32]. Die besondere Schwierigkeit bei dieser Form der Intervention besteht darin, dass individuelle Personen trainiert werden, die Effekte aber zumeist auf Gruppenebene bzw. auf der Ebene einer Organisationseinheit gemessen werden. Um tatsächlich effektive Organisationsveränderungen erreichen zu können, muss gewährleistet sein, dass alle Beteiligten sich gleichermaßen dem Ziel verpflichtet fühlen und in gleicher Weise verhalten. Zusätzlich muss die Abstimmung zwischen den trainierten Personen optimal funktionieren, da die erforderlichen Interventionen häufig von mehr als einer Person initiiert und durchgeführt werden. Daher wird ein Aggressionsmanagementprogramm vermutlich nur dann erfolgreich sein, wenn die gesamte Organisation, von der Leitung bis hin zu den Mitarbeitern, die trainiert werden, sich hinter das Ziel der Aggressionsminderung stellt. Zudem müssen die organisatorischen Abläufe des Notfall- und Krisenmanagements auf dieses Ziel hin überprüft und ggf. modifiziert werden. Möglicherweise können Aggressionsmanagementprogramme nur dann effektiv wirken, wenn gleichzeitig Organisationsveränderungen veranlasst werden, die über einzelne Interventionen wie Trainings hinausgehen und einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen.

Damit ist zugleich eine weitere Problematik angerissen. Wie lange der optimale Zeitraum zur Messung der Effekte sein muss, kann heute nicht festgestellt werden. Bei längeren Zeiträumen (z.B. Jahre) tritt zudem die Schwierigkeit auf, sicherzustellen, dass die initialen Wirkungen nicht verblassen, etwa durch Auffrischungstrainings sowie durch erneute Basistrainings im Falle einer Mitarbeiterfluktuation.

Und schließlich ist auf die Hauptproblematik im Zusammenhang mit den Zählungen von Vorfällen und ihren Auswirkungen hinzuweisen. Verschiedene Autoren der hier zusammengestellten Studien gehen von einem veränderten Meldeverhalten nach einem Trainingsprogramm aus (z.B. [31,41]). Möglicherweise ist eine „objektive“ Messung von Vorfallszahlen angesichts der spezifizierten selektiven Wahrnehmung nach einem Training gar nicht möglich, jedenfalls nicht, solange man dies von den trainierten Personen selbst vollziehen lässt. Das als relativ sicher einzustufende verbesserte Wissen nach einem Training führt vermutlich zu einer veränderten Bewertung von Ereignissen, die zuvor als weniger registrierfähig eingestuft wurden. Den gleichen Effekt berichten Arnetz u. Arnetz [60] von einer Intervention, die im Wesentlichen auf Wissensvermittlung und Feedback nach Gewaltvorfällen beruhte. Auch hier zeigte sich in der Interventionsgruppe der Studie eine signifikant höhere Bereitschaft, relevante Ereignisse zu registrieren. Letztlich wird mit einer derartigen Maßnahme wahrscheinlich eine höhere Sensibilisierung der Mitarbeiter für Gewaltsituationen erzielt. Diese Sensibilisierung für aggressive Vor- und Frühwarnzeichen ist hinsichtlich der Prävention ein vollkommen gewünschter Effekt. Nur wenn die Mitarbeiter aggressives Verhalten besser und frühzeitiger erkennen können, sind sie in der Lage, präventiv einzuwirken. Vermutlich führt dies aber zu erheblichen methodischen Problemen, die wohl nur durch innovative empirische Verfahren zu lösen sind. Denkbar, allerdings auch sehr aufwändig, ist eine teilnehmende Beobachtung unabhängiger Untersucher, die sowohl im Prä-Post- als auch im Kontrollgruppendesign möglich wäre.

Schlussfolgerungen



In der Literatur über Evaluationen und evidenzbasierte Medizin gelten soziale Interventionen, wie sie hier in Form der Trainingsmaßnahmen zusammengefasst wurden, als besonders schwierig in der Effektivität nachzuweisen [61]. Je spezifischer die Interventionen sind, die es zu bewerten gilt, desto besser vermag das in der Forschungspraxis gelingen. Interventionen wie Trainingsprogramme sind allerdings Eingriffe in komplexe Arbeits- und Organisationsumgebungen, welche jeweils unterschiedliche Randbedingungen für die Interventionen zu berücksichtigen haben. Entscheidend ist zum einen die Sicherheit der vorhandenen Evidenz und zum anderen die Abwägung gegenüber möglichen Alternativen wie der Unterlassung (etwa des Trainings von Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen). Solche Abwägungen sind aus ethischer Sicht vor der Einbeziehung von Kosten zu treffen [62]. Was die Evidenz betrifft, so ist oben festgestellt worden, dass kognitives Wissen und subjektive Zuversicht der Mitarbeiter eindeutig zunehmen nach den untersuchten Trainingsprogrammen. Unsicher ist hingegen die Auswirkung der Trainingsprogramme auf die Anzahl aggressiver Vorfälle. Die auch hier aus einzelnen Studien berichteten Steigerungen der Vorfälle nach dem Training können durchaus mit Wahrnehmungsveränderungen in Zusammenhang gebracht werden. Daher kann plausiblerweise davon ausgegangen werden, dass Trainingsprogramme vermutlich keine negativen Folgen in dieser Hinsicht haben, wenngleich die positiven Auswirkungen auf die Vorfallszahlen als nicht sicher bewiesen gelten können. Wenn nun die verbesserte subjektive Sicherheit der Mitarbeiter als sicher gelten kann, die Minimierung der Vorfallszahlen und anderer Folgen jedoch nicht, dann stellt sich die Frage, ob die

subjektive Sicherheit der Mitarbeiter nicht als ausreichender Eigenwert gelten kann, zu dessen Zweck die Durchführung von Trainingsprogrammen zu rechtfertigen sind. Die Verfasser sind der Meinung, dass die subjektive Sicherheit ein nicht zu unterschätzendes Ziel für den Umgang mit aggressiven Patienten oder Bewohnern ist, sodass allein hierdurch die Programme schon zu rechtfertigen sind. Von der zukünftigen Forschung kann erwartet werden, dass die Bewertungssicherheit bezüglich der Auswirkungen auf die Vorfälle durch mehr, größere und qualitativ bessere Studien ansteigen wird. In der evidenzbasierten Medizin gilt das Prinzip: Die Abwesenheit eines Beweises ist nicht der Beweis für die Abwesenheit eines Effekts („Absence of evidence is not evidence of absence“) [63]. Dieses Prinzip hat sich auch das britische *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) in seiner Behandlungsleitlinie zum kurzfristigen Umgang mit Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen zu Eigen gemacht [18]. Obwohl die Verfasser der Leitlinie ebenfalls keine belastbare Evidenz für die Effektivität der hier beschriebenen Trainingsprogramme gefunden haben, enthält die Leitlinie Empfehlungen zum Training von Deeskalations-, Abwehr- und Zwangstechniken. Hierbei kann von einer guten klinischen Praxis ausgegangen werden. Diese Empfehlungen stehen im Einklang mit den referierten Trainingsprogrammen, ein umfassendes Aggressionsmanagement sollte Mitarbeiter befähigen, in jeder Stufe der Eskalation die adäquate Verhaltensoption zur Verfügung zu haben. Daher sollten immer Deeskalation und gewaltarme körperliche Abwehr im Zusammenhang trainiert werden. Erst wenn sich als relativ sicher herausstellen sollte, dass Trainingsprogramme zum Aggressionsmanagement mehr Schaden als Nutzen anrichten, müsste die Anwendung in der Praxis begrenzt werden. Es bleibt zu hoffen, dass die hier festgestellte Unsicherheit zukünftige Forschungsvorhaben (auch im deutschsprachigen Raum) zu stimulieren vermag [64].

Kernaussagen

Aus der Literatur ist bekannt, dass:

- ▶ Übergriffe auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe ein erhebliches Problem darstellen,
- ▶ in vielen Einrichtungen Trainingsprogramme für MitarbeiterInnen angeboten werden,
- ▶ die Evidenz über die Effekte solcher Trainingsmaßnahmen bisher nicht systematisch zusammengestellt wurde.

Unsere Untersuchung zeigt, dass:

- ▶ die Qualität der Studien zur Evaluation von Aggressionsmanagementtrainings eher niedrig anzusehen ist,
- ▶ Trainingsprogramme das Wissen über Aggressionen und ihre Bewältigung erheblich verbessern,
- ▶ es keine klaren Trends hinsichtlich der Anzahl der aggressiven bzw. gewalttätigen Vorfälle nach Trainingsprogrammen gibt.

Danksagung

D. Richter bedankt sich für die finanzielle Unterstützung dieser Arbeit durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hamburg, und bei Frau Dipl.-Psych. Annett Zeh (BGW) für die Begleitung des Projekts.

Interessenkonflikte

D. Richter hat von kommerziellen Anbietern für Trainingsprogramme zum Aggressionsmanagement Vortragshonorare erhalten.

Abstract

Effects of Aggression Management Trainings for Mental Health Care and Disability Care Staff – Systematic Review

Background Aggression management trainings for staff have been implemented in many organizations of mental health care and disability care. The efficacy of such programmes has rarely been analysed.

Methods A systematic review was conducted which contains all published evaluation studies on aggression management trainings. Inclusion criteria were before-and-after-comparisons or control group designs.

Results 39 published studies were included. Study quality has to be regarded as low. Concerning the results of the studies, no clear trend emerged in direction of minimising violent incidents. However, studies revealed clear positive effects on knowledge about violence and on staff's confidence to cope with difficult situations.

Conclusions Sensitisation effects in staff after getting trained probably lead to reporting bias. Although the results on the number of violent incidents remain unclear, it is recommended to conduct comprehensive aggression management trainings in mental health and disability care institutions.

Literatur

- 1 Steinert T, Vogel WD, Beck M, Kehlmann S. Aggressionen psychiatrischer Patienten in der Klinik. *Psychiat Prax* 1991; 25: 221 – 226
- 2 Richter D, Berger K. Patientenübergriffe auf Mitarbeiter – Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. *Nervenarzt* 2001; 72: 693 – 699
- 3 Steinert T. Indikation von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken. In: Ketelsen R, Schulz M, Zechert C (Hrsg): *Seelische Krise und Aggressivität*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2004: 44 – 52
- 4 Fährdrich E, Ketelsen R. Die medikamentöse Behandlung des psychiatrischen Notfalls. In: Ketelsen R, Schulz M, Zechert C (Hrsg): *Seelische Krise und Aggressivität: Der Umgang mit Deeskalation und Zwang*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2004: 80 – 88
- 5 Fuchs JM. Kontrollierter Umgang mit physischer Gewalt und Aggression in der Psychiatrie? Bericht über ein Praxisseminar. In: Sauter D, Richter D (Hrsg): *Gewalt in der psychiatrischen Pflege*. Bern: Huber, 1998: 59 – 72
- 6 Mason T, Chandley M. *Managing violence and aggression: A manual for nurses and health care workers*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999
- 7 Richter D. Non-physical conflict management and de-escalation. In: Richter D, Whittington R (eds): *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management*. New York: Springer/Kluwer, 2006: 125 – 144
- 8 Anke M, Bojack B, Krämer G, Seißelberg K. *Deeskalationsstrategien in der psychiatrischen Arbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2003
- 9 Richter D, Fuchs JM, Bergers K-H. *Konfliktmanagement in psychiatrischen Einrichtungen. Prävention in NRW*. Münster/Düsseldorf: Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe, Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband, Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen, 2001
- 10 Farrell G, Cubit K. Nurses under threat: A comparison of content of 28 aggression management programs. *Int J Ment Health Nurs* 2005; 14: 44 – 53
- 11 Grube M. Aggressivität bei psychiatrischen Patienten: Einflussmöglichkeiten durch ein Selbstschutztraining. *Nervenarzt* 2001; 72: 867 – 871

- 12 Weisman RL, Lamberti JS. Violence prevention and safety training for case management services. *Community Ment Health J* 2002; 38: 339–348
- 13 Jambunathan J, Bellaire K. Evaluating staff use of Crisis Prevention Intervention techniques: A pilot study. *Issues Ment Health Nurs* 1996; 17: 541–558
- 14 Lee S-S, Gerberich SG, Waller LA, Anderson A, McGovern P. Work-related assault injuries among nurses. *Epidemiology* 1999; 10: 685–691
- 15 Allen D. Training carers in physical intervention: Research towards evidence-based practice. Kidderminster: British Institute for Learning Disabilities, 2001
- 16 Ogilvie D, Hamilton V, Egan M, Petticrew M. Systematic reviews of health effects of social interventions: 1. Finding the evidence: how far should you go? *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 804–808
- 17 UKCC. The Recognition, Prevention and therapeutic management of violence in mental health care. o.O.: United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, 2001
- 18 NICE. *Clinical Practice Guidelines for Violence. The Short-Term Management of Disturbed/Violent Behaviour in Psychiatric In-patient and Emergency Departments Guideline.* o.O.: National Institute for Clinical Excellence, 2005
- 19 Robson LS, Shannon HS, Goldenhar LM, Hale AR. Guide to Evaluating the Effectiveness of Strategies for Preventing Work Injuries: How to Show Whether a Safety Intervention Really Works. Cincinnati: National Institute for Occupational Safety and Health, 2001
- 20 Philips D, Rudestam KE. Effect of nonviolent self-defense training on male psychiatric staff members' aggression and fear. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 164–168
- 21 Poster EC. A multinational study of psychiatric nursing staff's beliefs and concerns about work safety and patient assaults. *Arch Psychiatr Nurs* 1996; 10: 365–373
- 22 Fitzwater EL, Gates DM. Testing an intervention to reduce assaults on nursing assistants in nursing homes: a pilot study. *Geriatr Nurs* 2002; 23: 18–23
- 23 Feldt KS, Ryden MB. Aggressive behavior: Educating nursing assistants. *J Gerontol Nurs* 1992; 18: 3–12
- 24 Hagan BF, Sayers D. When caring leaves bruises: The effects of staff education on resident aggression. *J Gerontol Nurs* 1995; 21: 7–16
- 25 Perkins J, Leadbetter D. An evaluation of aggression management training in a special educational setting. *Emot Behav Difficult* 2002; 7: 19–34
- 26 Needham I, Abderhalden C, Halfens RJ, Dassen T, Haug HJ, Fischer JE. The effect of a training course in aggression management on mental health nurses' perceptions of aggression: a cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2005; 42: 649–655
- 27 Whittington R, Wykes T. An evaluation of staff training in psychological techniques for the management of patient aggression. *J Clin Nurs* 1996; 5: 257–261
- 28 Nijman HLI, Merckelbach HLGJ, Allertz WFF, à Campo JMLG. Prevention of aggressive incidents on a closed ward. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 694–698
- 29 Smooth SL, Gonzales JL. Cost-effective communication skills training for state hospital employees. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 819–822
- 30 Infantino JA, Musingo S-Y. Assaults and injuries among staff with and without training in aggression control techniques. *Hosp Community Psychiatry* 1985; 36: 1312–1314
- 31 Ore T. Workplace assault management training: An outcome evaluation. *J Healthc Prot Manage* 2005; 18: 61–93
- 32 Rice MF, Helzel MF, Varney GW, Quinsey VI. Crisis prevention and intervention training for psychiatric hospital staff. *Am J Community Psychol* 1985; 13: 289–304
- 33 Carmel H, Hunter M. Compliance with training in managing assaultive behavior and injuries from inpatient violence. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 558–560
- 34 Rixtel AMJ van, Nijman HLI, Jansen A. Aggressie en psychiatrie: Heeft training effect? *Verpleegkunde* 1997; 12: 111–119
- 35 McGowan S, Wynaden D, Harding N, Yassine A, Parker J. Staff confidence in dealing with aggressive patients: A benchmark exercise. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 1999; 8: 104–108
- 36 Hurlebaus AE, Link S. The effects of an aggressive behavior management program on nurses' levels of knowledge, confidence and safety. *J Nurs Staff Develop* 1997; 13: 260–265
- 37 Allen D, Tynan H. Responding to aggressive behavior: Impact of training on staff members' knowledge and confidence. *Ment Retard* 2000; 38: 97–104
- 38 Thackrey M. Clinician confidence in coping with patient aggression: Assessment and enhancement. *Prof Psychol Res Pr* 1987; 18: 57–60
- 39 St. Thomas Psychiatric Hospital. A program for the prevention and management of disturbed behavior. *Hosp Community Psychiatry* 1976; 27: 724–727
- 40 Mortimer A. Reducing violence on a secure ward. *Psychiatr Bull* 1995; 19: 605–608
- 41 Colenda CC, Hamer RM. Antecedents and interventions for aggressive behavior of patients at a geropsychiatric state hospital. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42: 287–292
- 42 Hoeffler B, Rader J, McKenzie D, Lavelle M, Stewart B. Reducing aggressive behavior during bathing cognitively impaired nursing home residents. *J Gerontol Nurs* 1997; 25: 16–23
- 43 Maxfield MC, Lewis RE, Cannon S. Training staff to prevent aggressive behavior of cognitively impaired elderly patients during bathing and grooming. *J Gerontol Nurs* 1996; 22: 37–43
- 44 Shah A, De T. The effect of an educational intervention package about aggressive behaviour directed at the nursing staff on a continuing care psychogeriatric ward. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13: 35–40
- 45 Parkes J. Control and restraint training: A study of its effectiveness in a medium secure psychiatric unit. *J Forensic Psychiatry* 1996; 7: 525–534
- 46 Forster PL, Cavness C, Phelps MA. Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric setting. *Arch Psychiatr Nurs* 1999; 13: 269–271
- 47 Wilkinson CL. An evaluation of an educational program on the management of assaultive behaviours. *J Gerontol Nurs* 1999; 25: 6–11
- 48 Gertz B. Training for prevention of assaultive behavior in a psychiatric setting. *Hosp Community Psychiatry* 1980; 31: 628–630
- 49 Allen D, McDonald L, Dunn C, Doyle T. Changing care staff approaches to the prevention and management of aggressive behaviour in a residential treatment unit for persons with mental retardation and challenging behaviour. *Res Dev Disabil* 1997; 18: 101–112
- 50 Calabro K, Mackey TA, Williams S. Evaluation of training designed to prevent and manage patient violence. *Issues Ment Health Nurs* 2002; 23: 3–15
- 51 Martin KH. Improving staff safety through and aggression management program. *Arch Psychiatr Nurs* 1995; 11: 211–215
- 52 Lehmann LS, Padilla M, Clark S, Loucks S. Training personnel on the prevention and management of violent behavior. *Hosp Community Psychiatry* 1983; 34: 40–43
- 53 Sjöström N, Eder DN, Malm U, Beskow J. Violence and its prediction at a psychiatric hospital. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 459–465
- 54 Baker PA, Bissmire D. A pilot study of the use of physical intervention in the crisis management of people with intellectual disabilities who present challenging behaviour. *J Appl Res Intellect Disabil* 2000; 13: 38–45
- 55 Needham I, Abderhalden C, Meer R, Dassen T, Haug HJ, Halfens RJG, Fischer JE. The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11: 595–601
- 56 Paterson B, Turnbull J, Aitken I. An evaluation of a training course in the short-term management of violence. *Nurse Educ Today* 1992; 12: 368–375
- 57 McDonnell A. Training care staff to manage challenging behaviour: An evaluation of a three day training course. *Br J Dev Disabil* 1997; 43: 156–162
- 58 Ilkiw-Lavalle O, Grenyer BFS, Graham L. Does prior training and staff occupation influence knowledge acquisition from an aggression management training program? *Int J Ment Health Nurs* 2002; 11: 233–239
- 59 Ogilvie D, Egan M, Hamilton V, Petticrew M. Systematic reviews of health effects of social interventions: 2. Best available evidence: how low should you go? *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 886–892
- 60 Arnetz JE, Arnetz BB. Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. *J Adv Nurs* 2000; 31: 668–680
- 61 Petticrew M. Why certain systematic reviews reach uncertain conclusions. *BMJ* 2003; 326: 756–758
- 62 *Grades of Recommendation Assessment Development and Evaluation (GRADE) Working Group.* Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004; 328: 1490–1494
- 63 Alderson P. Absence of evidence is not evidence of absence. *BMJ* 2004; 328: 476–477
- 64 Alderson P, Roberts I. Should journals publish systematic reviews that find no evidence to guide practice? Examples from injury research. *BMJ* 2000; 320: 376–377