



Perception of Patient and Visitor Aggression (PERoPA)

Kurzbericht Ergebnisse Interview- und Fokusgruppenstudie

Ergebnisse einer Studie mit Managementpersonen in der Pflege zu Patienten- und Besuchendenaggression in Akutspitälern der deutschsprachigen Schweiz

Bern, im November 2016

Berner Fachhochschule
Fachbereich Gesundheit
Angewandte Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege



Impressum

Titel	Patienten und Besuchendenaggression in Schweizer Spitälern: Die Perspektive von Managementpersonen in der Pflege
Jahr	2016
Autorinnen und Autoren	Birgit Heckemann Sabine Hahn
Projektteam BFH	Birgit Heckemann, Wiss. Mitarbeiterin, PhD Studierende der Universität Maastricht Karin Peter, Wiss. Mitarbeiterin, PhD Studierende der Universität Maastricht Friederike Thilo, Wiss. Mitarbeiterin, PhD Studierende der Universität Maastricht Sabine Hahn, Leiterin angewandte Forschung und Entwicklung/Dienstleistung Pflege
Copyright	Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit Abteilung angewandte Forschung & Entwicklung, Dienstleistung Pflege Murtenstrasse 10, 3008 Bern +41 (0)31 848 37 60 forschung.gesundheit@bfh.ch

Schnellüberblick

Hintergrund und Zielsetzung

Die stete Zunahme von Patienten- und Besuchendenaggression (PBA) im Gesundheitswesen ist ein komplexes Problem, das menschliches Leid und hohe Folgekosten verursacht. Die Schaffung aggressionsarmer Umgebungen erfordert eine gesamtorganisatorische Zusammenarbeit, in der Managementpersonen eine entscheidende Rolle spielen. Jedoch ist unklar, wie Managementpersonen handeln und welche Einstellungen und Auffassungen sie zu PBA haben.

Methode

In diesem Projekt erforschen wir die Einstellungen, Auffassungen und Handlungsweisen von Managementpersonen in der Pflege als Interview- und Fokusgruppenstudie mit Schweizer Managementpersonen in der Pflege. Die Datenerhebung fand zwischen Oktober 2015 und Januar 2016 statt. Die Daten wurden einer inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen.

Ergebnisse

Diese Studie zeigt, dass PBA gemäss Kaderstufe aus unterschiedlichen Blickwinkeln entweder eher situativ oder eher organisatorisch wahrgenommen wird. Alle Teilnehmenden betonten, dass es wichtig sei, sich für Pflegefachkräfte und die Reduzierung von PBA aktiv einzusetzen und beschrieben existierende Kommunikationsstrukturen innerhalb der Pflege als förderlichen Faktor. Als grosse Barrieren wurden jedoch der Mangel an Ressourcen, wenig agile Bürokratie und mangelndes Problembewusstsein innerhalb der Organisation identifiziert. Managementpersonen in der Pflege müssen daher ein ausdauerndes Engagement und grosses Durchsetzungsvermögen in der Bekämpfung der PBA zeigen.

Schlussfolgerung

PBA ist situativ sowie organisatorisch eine schwierige Herausforderung für Managementpersonen in der Pflege. Der Ausbau von Kommunikationskanälen und die Schaffung von Gefässen zum besseren Austausch zwischen den Kaderebenen erscheinen wichtig um PBA im Spital zu reduzieren. Verbesserte Kommunikation kann zudem der weit verbreiteten Haltung entgegenwirken, die PBA als unvermeidbaren Teil des Berufs der Pflegefachperson auffasst.

Inhaltsverzeichnis

1. Patienten und Besuchendenaggression im Gesundheitswesen	5
2. Was wird derzeit getan, um mehr Spitäler sicherer zu machen?	5
3. Die PERoPA Studie	6
4. Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Schweizer Managementpersonen der Pflege im Spital.	6
5. Analyse der Interviews	6
6. Studienergebnisse	7
6.1. Teilnehmer	7
6.2. Hintergrundfaktoren	7
6.3. Überzeugungen, Einstellungen und Wahrnehmung, Intentionen:	9
6.4. Handlungsweisen	10
7. Schlussfolgerungen: Was bedeuten die Erkenntnisse?	11
8. Fazit und Empfehlungen	12
9. Weiterführende Informationen	12
10. Danksagung	12
11. Referenzen	13

Kurzbericht

1. Patienten und Besuchendenaggression im Gesundheitswesen

Gesundheitsfachpersonen sind weltweit und in allen klinischen Bereichen Patienten- und Besuchendenaggression (PBA) ausgesetzt. Als PBA werden Ereignisse definiert, die von Patienten oder Besuchenden ausgehen und durch welche Fachpersonen im Gesundheitswesen verletzt, bedroht, eingeschüchtert oder erniedrigt werden. PBA zeigt sich in Form verbaler Aggression oder physischer Gewalt (European Agency for Safety and Health at Work 2002). Vor allem Pflegefachpersonen sind in hohem Masse der PBA ausgesetzt. Die Erfahrung von PBA stellt eine psychosoziale Belastung dar, die Pflegefachpersonen veranlassen kann, den Arbeitgeber zu wechseln oder sogar vorzeitig aus dem Beruf auszusteigen (Estryn-Behar et al. 2008). Zudem beeinflusst PBA negativ die Pflegequalität und Sicherheit (Arnetz and Arnetz 2001).

Forschungsergebnisse zeigen, dass vielfältige Faktoren und Ursachen die Entstehung von PBA beeinflussen. Hierzu zählen

- die persönlichen Interaktionen zwischen Patienten, Besuchenden und Pflegefachpersonen, insbesondere die körperliche Nähe bei Untersuchungen, Therapiemaßnahmen oder pflegerischen Verrichtungen,
- Umgebungs- und Organisationsfaktoren, wie beispielsweise Wartezeiten und Lärmpegel,
- für den Patienten psychisch belastende Situationen, beispielsweise wenn ihnen eine ungünstige Prognose mitgeteilt wird, aber auch Frustration, Angst- oder Stressgefühle,
- personenbezogene Faktoren, beispielsweise Patientenalter über 65 Jahre, kognitive Einschränkungen, Drogenabusus oder Alkoholabhängigkeit

(Hahn 2012).

Besonders das Delir als akutes organisches Psychosyndrom oder symptomatische Psychose ist ein typisches Ereignis, das sich häufig durch aggressives Handeln ausdrückt. Das Nichtentzugsdelir beim älteren Patienten aufgrund medizinischer Krankheitsfaktoren ist daher mit Blick auf die gesellschaftlichen demographischen Veränderungen und der Zunahme an älteren und multimorbiden Patienten ein Thema, dessen Relevanz in den kommenden Jahren für Akutspitäler zunehmen wird.

Aufgrund der Komplexität von PBA ist es aber wichtig, die verschiedenen Problembereiche gezielt zu identifizieren und anzugehen, um so eine aggressionsarme Umgebung für Patienten, Besuchende und Pflegefachpersonen zu schaffen (Farrell et al. 2014, Morken et al. 2015). Obschon Empfehlungen und Richtlinien zur Bekämpfung von PBA im Gesundheitswesen existieren, scheitert deren effektive Umsetzung in der Praxis leider oftmals (Blando et al. 2015).

2. Was wird derzeit getan, um mehr Spitäler sicherer zu machen?

Managementpersonen spielen bei der Schaffung einer sicheren Arbeitsumgebung eine Schlüsselrolle, da sie Betriebsklima und Arbeitsumgebung massgeblich beeinflussen (Farrell et al. 2014, Feather et al. 2015). Gesundheitsfachpersonen beklagen sich dennoch über mangelnde Unterstützung durch Managementpersonen in der Bekämpfung von PBA und deren Ursachen (Morken et al. 2015) Es ist daher fraglich, ob Managementpersonen ausreichende Ressourcen, Wissen zu PBA und deren auslösenden Faktoren haben um Massnahmen zu ergreifen, die PBA dauerhaft reduzieren. Bisher gibt es keinerlei Studien dazu, wie Managementpersonen PBA wahrnehmen und was sie motiviert oder hindert, sich für die Vorbeugung von und den besseren Umgang mit PBA einzusetzen.

3. Die PERoPA Studie

Die Abteilung angewandte Forschung & Entwicklung/Dienstleistung Pflege der Berner Fachhochschule hat nun unter der Gesamtleitung von Frau Professor Dr. Sabine Hahn das Thema Umgang und Auffassung von PBA bei Managementpersonen in der Pflege beforscht. Als erste Teilstudie des PERoPA Projekts (*Perception of Patient and Visitor Aggression*) wurden in der vorliegenden Studie Hintergrundfaktoren, Überzeugungen, Einstellungen und Handlungsweisen von Managementpersonen im Spital im Hinblick auf die Vorbeugung und den Umgang mit PBA erfasst. Die folgenden Forschungsfragen wurden untersucht:

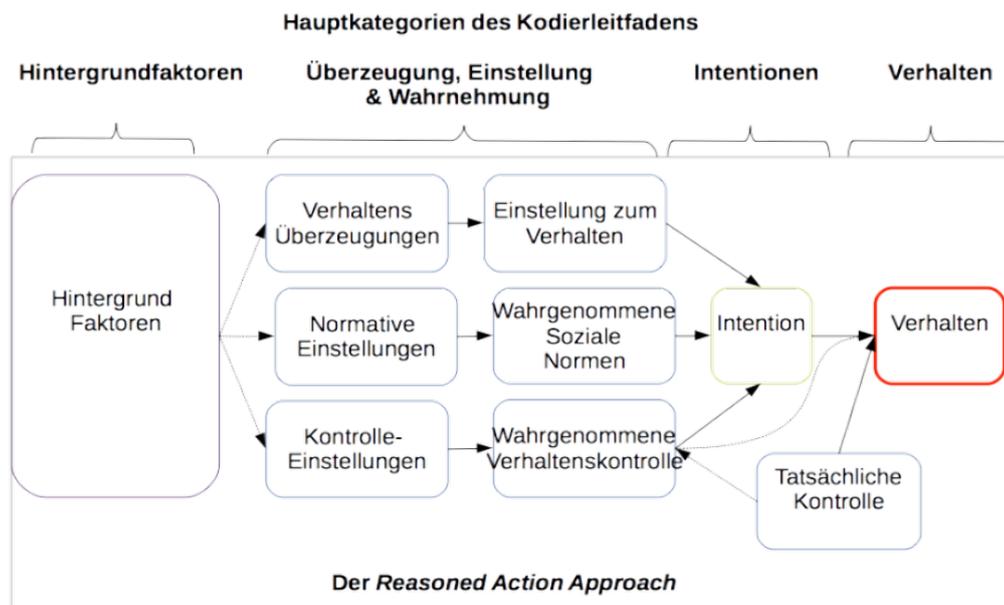
1. Welche Einstellungen, subjektive Normen und wahrgenommene Verhaltenskontrolle beeinflussen die Handlungsabsichten von Managementpersonen der Pflege in Spitälern und Rehabilitationskliniken?
2. Welche Verhaltensweisen zeigen Managementpersonen der Pflege in Spitälern und Rehabilitationskliniken zur Vorbeugung und im Umgang mit PBA?

4. Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Schweizer Managementpersonen der Pflege im Spital.

Um diese Forschungsfragen zu beantworten, fanden zwischen Oktober 2015 und Januar 2016 15 Einzelinterviews und 5 Fokusgruppeninterviews zum Thema PBA mit Managementpersonen im Bereich Pflege statt. Die Teilnehmenden wurden in einer Gelegenheitsstichprobe aus 7 Akutspitälern und einem Rehabilitationszentrum in der deutschsprachigen Schweiz rekrutiert. Managementpersonen aus den Ebenen Pflegedirektion, Bereichsleitung und Abteilungsleitung sowie deren Stellvertreter wurden in die Studie einbezogen. Um Einblick in die jeweils spitalspezifische Situation im Hinblick auf PBA zu erhalten wurden Fokusgruppen mit Managementpersonen des unteren Kaders organisiert. Im Vergleich zum unteren Kader war die Population von Managementpersonen im mittleren und hohen Kaderstufen deutlich kleiner. Daher wurden diese Teilnehmer in Einzelinterviews befragt. Alle Gespräche wurden leitfadengestützt geführt. Ein Interviewleitfaden ist ein strukturierter und das Interview strukturierender Fragen- oder Themenkatalog, der Studienteilnehmende stimulieren soll, Antworten und Themen anzubringen, die ihnen besonders wichtig erscheinen. Die Interviews wurden akustisch aufgezeichnet.

5. Analyse der Interviews

Die digitalen Aufzeichnungen der Interviews und Fokusgruppen wurden verschriftlicht und in das Software Programm MAXQDA® (VERBI GmbH, Berlin, Deutschland) importiert. MAXQDA ist ein Softwareprogramm, das die Verwaltung und Analyse von verschriftlichten Daten unterstützt. Das Textmaterial wurde anschliessend einer inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Schreier 2014, Schreier 2012) unterzogen. In einer Inhaltsanalyse wird das Forschungsmaterial systematisch klassifiziert, analysiert und interpretiert, um Antworten auf die jeweilige Forschungsfrage zu erhalten (Schreier 2012, Krippendorff 1980). Die vorliegende Analyse erfolgte theoriegeleitet. Als Hintergrundtheorie wurde der "Reasoned Action Approach" (RAA) (Fishbein and Ajzen 2010) zugrunde gelegt. Der RAA geht davon aus, dass menschliches Verhalten von einer Anzahl von Determinanten und Faktoren beeinflusst wird (Figur 1). Diese Determinanten wurden als Hauptkategorien in einen Kodierleitfaden übernommen, anhand dessen die Interviews analysiert wurden.



Figur 1: Theoriegeleitete Analyse basierend auf dem "Reasoned Action Approach" nach Fishbein und Ajzen (2010) (adaptiert)

Die Datenanalyse erfolgte in fünf Zyklen

1. Erstellen und Testen eines ersten theoriegeleiteten Kodierleitfadens (Fishbein and Ajzen 2010),
2. Testen des Leitfadens an einer Auswahl von fünf Interviews und zwei Fokusgruppen (Schreier 2014),
3. Kodierung des gesamten Materials (deduktiv) (Schreier 2014, MacQueen et al. 2008),
4. erneute Kodierung des Materials (induktiv) (Dey 1993),
5. Interpretation und Verknüpfung der Codes zu *Themenbereichen* (themes) (Dey 1993). Unter einem *Themenbereich* wird die Interpretation in einem prägnanten Satz zusammengefasst.

6. Studienergebnisse

6.1. Teilnehmer

Sieben Spitäler und eine Rehabilitationsklinik aus der Deutschsprachigen Schweiz nahmen an der Studie teil. Sechs Pflegedienstleitungen und neun Bereichsleitungen wurden in Einzelinterviews befragt. In fünf Fokusgruppen diskutierten 27 Abteilungsleitungen und stellvertretende Abteilungsleitungen PBA.

In den Interviews und Fokusgruppen wurden Hintergrundfaktoren, Überzeugung, Einstellung, Wahrnehmung und Handlungsweisen von Managementpersonen im Spital im Hinblick auf die Vorbeugung und den Umgang mit PBA exploriert.

6.2. Hintergrundfaktoren

"PBA wird gemäss Kaderstufe aus unterschiedlichen Blickwinkeln wahrgenommen"

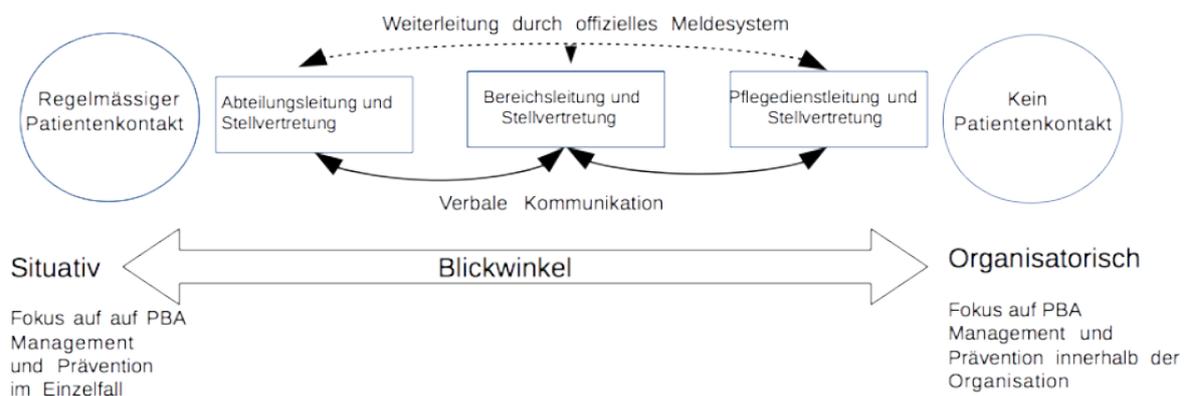
Managementpersonen aus drei Kaderebenen waren in die Studie eingeschlossen. Alle Teilnehmenden hatten innerhalb ihrer klinischen Tätigkeit direkt PBA erlebt. Diese Erfahrung war jedoch für Personen aus dem unteren Kader häufig aktueller, denn als Abteilungsleitungen hatten sie in der Regel direkten Patientenkontakt und damit auch Erfahrung mit PBA im klinischen Alltag. Unter den Teilnehmenden

aus dem unteren Kader hatten einige Managementpersonen wenig Erfahrung mit PBA im klinischen Alltag, während andere, besonders Pflegepersonen, im Bereich Notfall- und Intensivstation, aber auch Medizin, fast täglich exponiert waren "[...] bei uns sind es auch eigentlich Angehörige und Patienten [...] ganz viel auch verbal.... körperlich natürlich haben wir auch, aber was [...] täglich vorkommt, das sind verbale Attacken gegen uns" (FG3, B2).

Für Teilnehmende, die sich regelmässig mit PBA auseinandersetzen mussten, war der Blickwinkel eher situativ. Bei diesen Teilnehmenden standen die Prävention und der Umgang mit PBA bei individuellen Patienten oder Besuchenden im klinischen Alltag im Vordergrund. Im Gegensatz dazu hatten Managementpersonen aus dem mittleren (Bereichsleitungen) und oberen Kader (Pflegedienstleitungen) auf Grund ihrer professionellen Rolle häufig weniger bis keinen direkten Patientenkontakt oder aktuelle persönliche Erfahrung mit PBA. Diese Managementpersonen berichteten, dass sie in der Regel nur im Zuge einer Eskalation von PBA eingeschaltet wurden, denn *"die Abteilungsleitungen jetzt in der Pflege [...] viele Situationen können sie ja selber erledigen, also von denen erfahre ich zum Teil nicht einmal und wenn es wirklich schwerwiegender ist, dann werde ich oder meine Kollegin mit einbezogen [...]"* (EZ10).

Dementsprechend war der Blickwinkel dieser Teilnehmenden tendenziell eher ein organisatorischer, das heisst, sie fokussierten darauf, die organisatorischen Bedingungen zu verbessern, denn es ist *"eben [meine] Rolle [als Führungsperson], Dinge zu erkennen und Instrumente zu entwickeln. Ich bin überzeugt, dass wir in äh... 5 - 10 Jahren, wenn der Anteil an... noch älteren Menschen noch höher wird, noch stärker mit [...] Phänomenen, Verwirrung etc. konfrontiert sein [werden]"* (EZ 11).

Dennoch fand aufgrund der Kommunikationsstruktur ein Austausch zwischen den verschiedenen Kaderebenen statt. Wichtig ist für den unteren Kader der *"sehr enge Kontakt zur Pflegedienstleitung. Die sehen wir mindestens einmal bis zweimal pro Tag. Und wenn wir so problematische Patienten haben, dann deponieren wir das dort mal. Ich meine, das geht dann im ganzen System weiter"*(FG4, B3). (vergleiche Figur 2)



Figur 2: PBA wird aus verschiedenen Blickwinkeln wahrgenommen

Die verbale Kommunikation wurde in den meisten teilnehmenden Spitälern durch offizielle Meldesysteme für PBA-Ereignisse ergänzt. In Kombination mit dem verbalen Austausch gab dieses den Managementpersonen dem mittleren und oberen Kader das Gefühl, *"[...] informiert [zu werden] wenn ein Vorfall ist [...]"* (EZ6).

Im Gegensatz dazu äusserten die Managementpersonen aus dem unteren Kader, dass offizielle Meldungen in "geringe[n] Zahl[en erfolgen]. Also ich merke selber, ich dieses Formular oder, gibst du eigentlich wirklich in denen Fällen, wo [...] jetzt körperlich, sogar vielleicht noch Verletzungen nach sich zieht, wie jetzt bei dieser Mitarbeiterin, die gebissen worden ist, oder jemand ist auch mal total ausgerastet und hat das Zeug herumgeschmissen im Gang, so dass es gefährlich worden ist. Da, [an PBA Meldungen] geht nicht viel eigentlich weiter [...] das sind eher ja... wenige Fälle" (FG3, B5). Zudem bestanden Zweifel daran, dass die Meldungen Konsequenzen nach sich ziehen, denn "ich tue meine Mitarbeiter ermuntern, dass sie so ein Protokoll ausfüllen und gebe das dann weiter. Und... In welcher Schublade das verschwindet, das weiss ich nicht." (FG3, B3)

6.3. Überzeugungen, Einstellungen und Wahrnehmung, Intentionen:

"Gute Absichten in Konkurrenz mit harter organisatorischer Realität"

Die Studienteilnehmer betonten die Notwendigkeit einer fürsorglichen Haltung den Pflegefachpersonen gegenüber. Es war den Studienteilnehmenden wichtig, Pflegefachpersonen

- ... in der Prävention und dem Umgang mit PBA Unterstützung zu bieten,
- ... eine sichere Arbeitsumgebung zu schaffen
- ... Wertschätzung, sowohl seitens der Führung als auch innerhalb des Teams entgegenzubringen,
- ... für das Wohlergehen der Pflegefachpersonen zu sorgen.

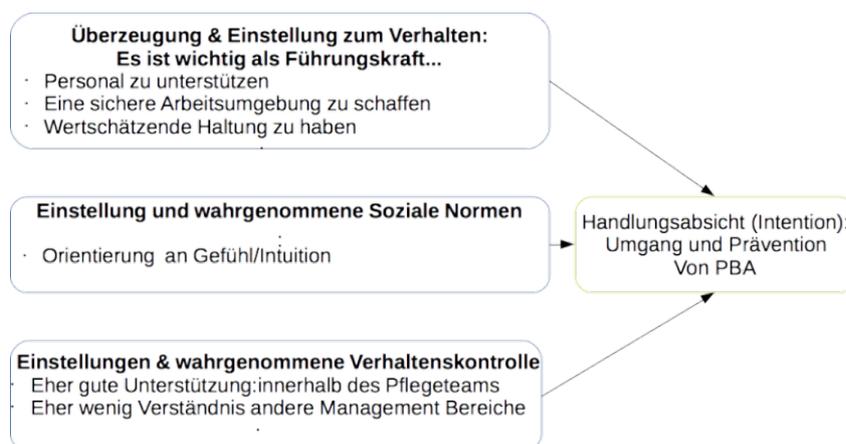
Für die Sicherheit und das Wohlergehen der Pflegefachpersonen zu sorgen war notwendig, um potenzielle negative Folgen von PBA, z.B. Burnout, vorzubeugen. "Deswegen ist es mir wichtig, dass man mit dem [Thema PBA] offen umgeht, weil... ich glaube, dass... das auch Gründe sind, wo... dann Pflegende... die an einer Klinik arbeiten einfach irgendwann vielleicht ausgebrannt sind und es leid sind (EZ2)."

Die Managementpersonen machten jedoch wenige Aussagen dazu, inwieweit ihr tatsächliches Verhalten den sozialen Normen und Erwartungen der Pflegeteams gerecht wurde. "[Es] gibt wenig Rückmeldungen dazu [wie Pflegefachpersonen sich unterstützt fühlen]. Aber auch wenig in die andere Seite. Also ich höre auch nie, dass sie sich nicht unterstützt fühlen (EZ1)."

Die Studienteilnehmer richteten daher ihr Verhalten an ihrer Intuition aus "[...] ich habe manchmal das Gefühl, es tut auch gut, wenn sie [Pflegefachpersonen] einfach mal [über PBA] erzählen können (FG3 B2)."

Im Hinblick auf die Möglichkeit bereichsintern Vorschläge zur Reduktion von PBA einzubringen, hielten alle Studienteilnehmenden ihre direkten Vorgesetzten für wohlwollend und offen. Jedoch wurde der Handlungsspielraum insgesamt eher als eingeschränkt empfunden, denn "[...] [Am] Thema der Aggression [ist] irgendwie mehr das Schwierige in der Organisation selber, als im Kontext direkt mit dem Patienten, das würde ich sagen. Also das mit dem Patienten ist eher... irgendwie etwas, was wir im Alltag lösen können und gute Möglichkeiten haben, aber so innerhalb der Organisation im Sinne von guten Arbeitsbedingungen oder guter Arbeitsumgebung äh da hätte ich eigentlich wirklich die Fragezeichen [...]" (EZ12). Als Gründe wurden eine schwerfällige Bürokratie in der Spitalorganisation genannt, die Veränderungen zu langwierigen Prozessen werden liess. Zudem stünden zunehmend ökonomische Überlegungen im Vordergrund, und es bestand häufig wenig Verständnis für die Dringlichkeit des Themas PBA bei anderen Vertretern im Spitalmanagement, weil diese, im Gegensatz zur Pflege, von PBA nicht direkt betroffen waren. Auch die interdisziplinäre Arbeit war, besonders im direkten Umgang mit PBA-Ereignissen, häufig nicht unproblematisch, denn "[...] in der Nacht, ein Patient, man merkt, es spitzt sich zu, er rastet aus, der Arzt sitzt friedlich in seinem Büro, man hört den Patienten schreien und toben und der zuständige Arzt bewegt seinen Hintern keinen Millimeter in die Richtung und hilft der Pflege [...] Also... Man ist ein Team, und in der Nacht gehört er dann vor Ort und wüsste was machen, aber weil er überfordert ist und nicht weiss, was machen, bleibt er schön... in seinem Büröchen sitzen." (EZ15). Die Studienteilnehmer waren von der Notwendigkeit interdisziplinärer Arbeit zwar überzeugt, bemängelten aber, dass diese nicht in ausreichendem Umfang stattfand.

Die Einstellung zu und Auffassung von sozialen Normen und der Verhaltenskontrolle spiegeln sich in der Handlungsabsicht der Teilnehmer wider, sich aktiv für die Reduktion von PBA einzusetzen. Auf der einen Seite wirkte die fürsorgliche Haltung innerhalb des Pflegeteams verstärkend, während der Handlungsspielraum auf organisatorischer Ebene als stark eingeschränkt beschrieben wurde (Figur 3).



Figur 3: Gute Absichten in Konkurrenz mit harter organisatorischer Realität

Acht der 15 Teilnehmenden aus dem oberen Kader hatten konkrete Pläne und die starke Intention, das Problem PBA in ihrem Verantwortungsbereich anzugehen. Hierzu zählten unter anderem Umstrukturierung und Anpassung von Schulungsinhalten, Fokussierung auf das Thema Kommunikation und Sicherheit während des Jahres 2016 oder auch der Aufbau eines psychiatrischen pflegekonsiliarischen Dienstes.

Im Gegensatz dazu waren die Intentionen der anderen Teilnehmer besonders aus dem unteren Kader eher schwach und wurden teilweise im Konjunktiv formuliert: [...] *ich müsste das einfach nach oben bringen, was können wir vielleicht den Mitarbeitern noch bieten, [...] es gibt ja vielleicht andere... psychologische Beratungen wo man sagen muss, okay, das muss professioneller vielleicht angegangen werden, damit [der Belastung durch PBA] umzugehen. Da liegt es aber auch an mir, das zu beantragen* (FG3 B1).

6.4. Handlungsweisen

"Den Klinikalltag bewältigen und Hindernisse überwinden, um eine sicherere Arbeitsumgebung zu schaffen"

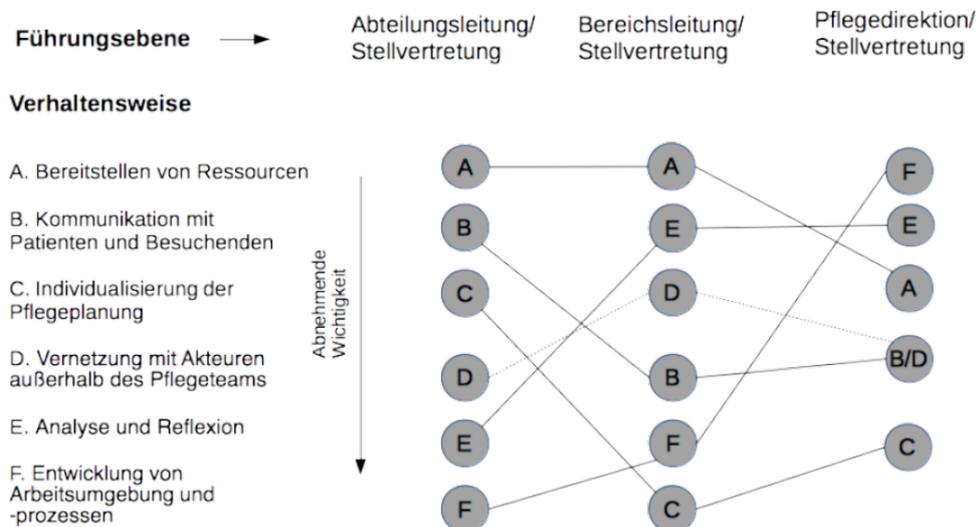
Besonders deutlich wurde, dass der Umgang mit und die Prävention von PBA in zweierlei Hinsicht eine Herausforderung waren. Einerseits berichteten Managementpersonen, dass PBA in gewissen klinischen Bereichen im Klinikalltag bewältigt werden musste, andererseits bedurfte es zudem des dauerhaften und unermüdlichen Engagements zum Thema PBA, besonders um bei der Geschäftsleitung, direkten Vorgesetzten, aber auch im interdisziplinären Team, das Bewusstsein für PBA zu stärken und gemeinsam Konzepte zu Prävention und Umgang mit PBA zu entwickeln.

Sechs Handlungsweisen der Managementpersonen wurden im Bezug auf die Prävention und den Umgang mit PBA deutlich. Diese waren:

- Bereitstellen von Ressourcen für Pflegefachpersonen
- Kommunikation mit Patienten und Besuchern
- Individualisierung der Pflegeplanung
- Analyse und Reflexion

- Vernetzung mit Akteuren außerhalb des Pflegeteams
- Entwicklung von Arbeitsumgebung und -prozessen

Je nach Kaderebene wurde die Wichtigkeit der jeweiligen Handlungsweisen jedoch unterschiedlich gewertet. Figur 4 illustriert die Priorisierung der Verhaltensweisen innerhalb der drei Managementebenen:



Figur 4: Managementebenen: Ranking der Verhaltensweisen nach Wichtigkeit

7. Schlussfolgerungen: Was bedeuten die Erkenntnisse?

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie wurden in drei Sätzen zusammengefasst:

1. "PBA wird gemäss Kaderstufe aus verschiedenen Blickwinkeln wahrgenommen"
2. "Gute Absichten in Konkurrenz mit harter organisatorischer Realität"
3. "Den Klinikalltag bewältigen und Hindernisse überwinden, um eine sicherere Arbeitsumgebung zu schaffen"

PBA wird aus zwei Blickwinkeln wahrgenommen, dem situativen und dem organisatorischen. Dabei nehmen Managementpersonen des unteren Kaders tendenziell einen situativen, Angehörige des oberen Kaders eher einen organisatorischen Blickwinkel ein (Figur 2). Dieser Blickwinkel spiegelt sich ebenfalls in den jeweiligen Handlungsweisen wider. Während beispielsweise Abteilungsleitungen eher situativ denken und das Bereitstellen von Ressourcen für Pflegefachpersonen, Kommunikation mit Patienten und Besuchern und Individualisierung der Pflegeplanung priorisieren, sind für Managementpersonen im hohen Kader organisatorische Handlungsweisen, z.B. Analyse und Reflexion sowie die Entwicklung von Arbeitsumgebung und -prozessen von grösster Bedeutung (Figur 4). Während diese Prioritäten fraglos mit den Rollen der jeweiligen Kaderfunktion einhergehen, weisen sie jedoch ebenfalls auf unerschlossenes Potenzial hin: Zwischen den Managementebenen bestehen informelle (direktes Gespräch) und formelle (z.B. Meldesysteme für PBA Ereignisse) Kommunikationskanäle, über die ein Austausch über Aggressionseignisse erfolgt (Figur 2). Die informellen Kanäle dienen unter anderem der Bearbeitung individueller PBA-Ereignisse. Formell (schriftlich) werden jedoch in der Regel nur schwere Vorfälle körperlicher Gewalt gemeldet. Auf diese Meldungen erfolgen laut Studienteilnehmern jedoch häufig keine adäquaten Rückmeldungen seitens des Managements. Daher erscheinen besonders die offiziellen Meldesysteme unzureichend genutzt, um das tatsächliche Ausmass an verbaler und körperlicher PBA zu erfassen und somit eine Evidenzbasis zu schaffen, um die Aufmerksamkeit für das Thema PBA innerhalb der Organisation zu erhöhen.

Des Weiteren erscheint auch die verbale Kommunikation innerhalb der Kaderebenen ausbaufähig. Die Studienteilnehmer konnten beispielsweise lediglich mutmassen, dass ihr eigenes Verhalten den sozialen Normen und Erwartungen der Pflgeteams entspricht, da generell wenig Rückmeldung durch Pflegefachpersonen an die Managementpersonen dazu erfolgt, wie hilfreich, sachgerecht und ausreichend deren Unterstützung empfunden wird. Zur Verbesserung des Umgangs und der Prävention von PBA sollten daher Kommunikationsschleifen ausgebaut und Gefässe zum strukturierten Austausch bezüglich kritischer Ereignisse und PBA zwischen den Kaderebenen bereitgestellt werden.

Alle Teilnehmer beschreiben eine positive Grundeinstellung, Pflegefachpersonen im Umgang von und der Prävention mit PBA zu unterstützen. Diese wirkt motivierend auf die Teilnehmer, sich gegen PBA einzusetzen. Dieser positiven Grundhaltung steht jedoch eine als stark eingeschränkt wahrgenommene Verhaltenskontrolle gegenüber. Besonders die organisatorischen Strukturen im Spital, die unzureichende interdisziplinäre Zusammenarbeit und fehlendes Verständnis für die Problematik PBA innerhalb der Geschäftsleitung verlangen von Managementpersonen in der Pflege ausdauerndes Engagement und grosses Durchsetzungsvermögen (Figur 3).

8. Fazit und Empfehlungen

PBA stellt situativ sowie organisatorisch eine grosse Herausforderung an Managementpersonen in der Pflege dar. Ein systematischer Aufbau der strukturierten Kommunikation zu PBA, ein Ausbau der Feedback Loops zwischen Pflegepersonal und Managementpersonen und die Schaffung von Gefässen zum besseren Austausch innerhalb der Kaderebenen kann notwendige Unterstützung und die Motivation erzeugen, ein PBA-armes Klima zu schaffen, zu wahren und zu stärken. Ein solches Vorgehen würde zudem der weit verbreiteten Haltung, dass „Patienten- und Angehörigenaggression zum Beruf der Pflegefachperson gehört und daher akzeptiert werden muss“ entgegen treten (Wolf et al. 2014)

9. Weiterführende Informationen

Weiterführende Informationen zur Studie sind unter folgendem Link abrufbar:

- https://www.gesundheit.bfh.ch/de/forschung/pflege/projekte/aggression_im_gesundheitswesen/peropa_the_nursing_managers_perspective/tabs/hintergrund.html

10. Danksagung

Das Forscherteam bedankt sich recht herzlich bei den Managementpersonen für ihre engagierte Teilnahme an den Gesprächen sowie für die Organisation und Koordination der Fokusgruppen und Einzelinterviews vor Ort. Wir sind sehr dankbar dafür, dass sich alle Teilnehmenden trotz ihres hohen Arbeitspensums die Zeit genommen haben, ihr wertvolles Praxiswissen und ihre Expertise in den für uns sehr spannenden Begegnungen zu teilen.

11. Referenzen

- Arnetz, J.E. & Arnetz, B.B. (2001) Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine*, 52(3), 417-27.
- Blando, J., Ridenour, M., Hartley, D., & Casteel, C. (2015). Barriers to Effective Implementation of Programs for the Prevention of Workplace Violence in Hospitals. *Online Journal of Issues in Nursing*, 20(1), 5.
- Dey, I. (1993) *Qualitative Data Analysis: A user-friendly guide for social scientists*. Routledge, London, UK.
- Estryn-Behar, M., van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P.M. & Hasselhorn, H.M. (2008) Violence risks in nursing--results from the European 'NEXT' Study. *Occupational Medicine*, 58(2), 107-14.
- European Agency for Safety and Health at Work (2002) Violence at work (fact sheet 24). European Agency for Safety and Health at Work. Retrieved from <https://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/24>.
- Farrell, G., Touran, S. & Siew-Pang, C. (2014) Patient and visitor assault on nurses and midwives: An exploratory study of employer 'protective' factors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(1), 88-96.
- Feather, R., Ebright, P. & Bakas, T. (2015) Nurse Manager Behaviors That RNs Perceive to Affect Their Job Satisfaction. *Nursing Forum*, 50(2), 125-36.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (2010) *Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach.*, Taylor & Francis., New York.
- Hahn, S. (2012) Patient and Visitor Violence in General Hospitals (Doctoral Dissertation). Retrieved from *CAPHRI School for Public Health and Primary Care*, Maastricht University, Maastricht, the Netherlands.
- Krippendorff, K. (1980) *Content Analysis: an introduction to its methodology*, SAGE Publications, Thousand Oaks, Ca, USA.
- MacQueen, K., McLellan-Lemal, E., Bartholow, K. & Milstein, B. (2008) Team-based code book development: Structure, process, and agreement. In *Handbook for team-based qualitative research* (Guest, G. and MacQueen, K. eds.) AltraMira Press, Lanham, MD, pp. 119-35.
- Morken, T., Johansen, I. & Alsaker, K. (2015) Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BMC Family Practice*, 16(51).
- Schreier, M. (2012) *Qualitative Content Analysis in Practice*, SAGE Publications Ltd., London, UK.
- Schreier, M. (2014) Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. In *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol. 15. Retrieved from <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1401185>.
- Wolf, L., Delao, A. & Perhats, C. (2014) Nothing changes, nobody cares: understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care. *Journal of Emergency Nursing*, 40(4), 305-10.