



DBA thesis

**Aggressionsmanagement im Universitären Notfallzentrum
Inselspital Bern
Fuchs, P.**

Full bibliographic citation: Fuchs, P. 2021. Aggressionsmanagement im Universitären Notfallzentrum Inselspital Bern. DBA thesis Middlesex University / KMU Akademie & Management AG

Year: 2021

Publisher: Middlesex University Research Repository

Available online: <https://repository.mdx.ac.uk/item/8q43v>

Middlesex University Research Repository makes the University's research available electronically.

Copyright and moral rights to this work are retained by the author and/or other copyright owners unless otherwise stated. The work is supplied on the understanding that any use for commercial gain is strictly forbidden. A copy may be downloaded for personal, non-commercial, research or study without prior permission and without charge.

Works, including theses and research projects, may not be reproduced in any format or medium, or extensive quotations taken from them, or their content changed in any way, without first obtaining permission in writing from the copyright holder(s). They may not be sold or exploited commercially in any format or medium without the prior written permission of the copyright holder(s).

Full bibliographic details must be given when referring to, or quoting from full items including the author's name, the title of the work, publication details where relevant

(place, publisher, date), pagination, and for theses or dissertations the awarding institution, the degree type awarded, and the date of the award.

If you believe that any material held in the repository infringes copyright law, please contact the Repository Team at Middlesex University via the following email address: repository@mdx.ac.uk

The item will be removed from the repository while any claim is being investigated.

See also repository copyright: re-use policy: <https://libguides.mdx.ac.uk/repository>

DISSERTATION

Aggressionsmanagement im Universitären Notfallzentrum Inselspital Bern

NAME:	Petra Fuchs
MATRIKELNUMMER:	MUDR0369
STUDIUM:	DBA
ADVISOR/IN:	Prof. Dr. Wolfgang Schnell
ANZAHL DER WÖRTER:	54'771
EINGEREICHT AM:	28.12.21

EIDESSTÄTTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass die vorliegende, an diese Erklärung angefügte Dissertation selbstständig und ohne jede unerlaubte Hilfe angefertigt wurde, dass sie noch keiner anderen Stelle zur Prüfung vorgelegen hat und dass sie weder ganz noch im Auszug veröffentlicht worden ist. Die Stellen der Arbeit einschließlich Tabellen, Abbildungen etc., die anderen Werken und Quellen (auch Internetquellen) dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, **habe ich in jedem einzelnen Fall als Entlehnung mit exakter Quellenangabe kenntlich gemacht**. Hiermit erkläre ich, dass die übermittelte Datei ident mit der geprüften Datei und dem daraus resultierenden und übermittelten Plagiatsbericht ist und die Angabe der Wortanzahl diesem entspricht. **Mir ist bewusst, dass Plagiate gegen grundlegende Regeln des wissenschaftlichen Arbeitens verstoßen und nicht toleriert werden. Es ist mir bekannt, dass der Plagiatsbericht allein keine Garantie für die Eigenständigkeit der Arbeit darstellt und dass bei Vorliegen eines Plagiats Sanktionen verhängt werden**. Diese können neben einer Bearbeitungsgebühr je nach Schwere zur Exmatrikulation und zu Geldbußen durch die Middlesex University führen. Die Middlesex University führt das Plagiatsverfahren und entscheidet über die Sanktionen. **Dabei ist es unerheblich, ob ein Plagiat absichtlich oder unabsichtlich, wie beispielsweise durch mangelhaftes Zitieren, entstanden ist, es fällt in jedem Fall unter den Tatbestand der Täuschung.**

Muhen, am 5.8.2021

P. Fuchs

Muhen, am 28.12.2021

P. Fuchs

(Ort, Datum)

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

I EINLEITUNGSTEIL	1
1 Ausgangslage	1
1.1 Zahlen, Daten und Fakten zum Aggressionsmanagement aus dem UNZ.....	3
1.2 Bereits umgesetzte Sicherheitsmassnahmen.....	8
2 Problemstellung	10
2.1 Strategische Ziele der Inselgruppe	11
2.2 Das Setting des UNZ	12
2.3 Partnerorganisationen	14
2.4 Aggressionsfälle.....	16
2.5 Zusammenfassung der Ausgangslage.....	19
3 Erkenntnisinteresse und Relevanz der Arbeit	20
3.1 Themenfelder	21
3.2 Forschungsrelevanz	25
3.3 Praxisrelevanz.....	26
3.4 Praktischer Mehrwert	27
4 Zielstellung der Dissertation	28
4.1 Theoriegeleitete Zielstellungen.....	28
4.2 Empiriegeleitete Zielstellungen.....	35
4.3 Gestaltungsgeleitete Zielstellungen	37
4.4 Zusammenfassung der Haupt- und Teilzielstellungen	38
4.5 Erwartete neue Ergebnisse und Erkenntnisse.....	41
4.5.1 Erwartete neue Ergebnisse und Erkenntnisse der Dissertation insgesamt	41
4.5.2 Erwartete neue Ergebnisse und Erkenntnisse des theoretischen Teils.....	41
4.5.3 Erwartete neue Ergebnisse und Erkenntnisse des empirischen Teils	41
4.5.4 Erwartete neue Ergebnisse und Erkenntnisse des Gestaltungsteils.....	42
4.6 Inhaltliche Abgrenzung.....	42
5 Aufbau der Dissertation	43
II THEORETISCHER TEIL	44
1 Theoretischer Rahmen	45
1.1 Begriffsdefinitionen: Aggression, Gewalt und Management	45
1.2 Sicherheit.....	46
1.2.1 Bedürfnispyramide/Motivationsstufen	46
1.2.2 Sicherheitsforschung	49

1.2.3	Arbeitssicherheit in der Notfallstation	49
1.3	Gesetzlicher Auftrag	51
1.4	Patientenzufriedenheit	52
2	Stand der Forschung	53
2.1	Der Einfluss von Führungspersonen auf das Sicherheitsempfinden von Pflegepersonen	54
2.2	Einfluss von evidenzbasiertem <i>Healthcare-Design</i> auf das Sicherheitsempfinden.....	56
2.3	Sicherheit und Sicherheitsempfinden bei der Fünf-Punkte-Fixation	60
2.4	Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen von Notfallstationen	63
3	Theoretische Ausführungen	64
4	Konklusion des theoretischen Teils und Zusammenfassung der Forschungslücken	66
III	EMPIRISCHER TEIL	68
1	Forschungsfragen und Forschungsdesign	68
2	Methodisches Vorgehen	73
2.1	Beschreibung der verschiedenen Phasen der Empirie	74
3	Inhaltsanalyse drei ausgewählter Aggressionsmeldungen	76
3.1	Erhebungs- und Auswertungsmethode der Aggressionsmeldungen	76
3.2	Auswahlverfahren Aggressionsmeldungen	77
3.3	Operationalisierung: Inhaltsanalyse von drei Aggressionsmeldungen	77
3.4	Abgrenzung	78
4	Zwei Interventionsstudien.....	79
4.1	Begründung für die Wahl der Methode	79
4.2	Erhebungs- und Auswertungsmethode.....	84
4.3	Vorgehen bei der Datenerhebung.....	85
4.4	Einschlusskriterien.....	87
4.5	Ausschlusskriterien.....	87
4.6	Erfassung der Daten	87
5	Befragung der Stationsleitungen von Notfallstationen der Schweiz	88
5.1	Erhebungs- und Auswertungsmethode.....	88
5.2	Operationalisierung der Sicherheitsmassnahmen in Notfallstationen der Schweiz	88
6	Quantitative Studie zu intoxikierten und aggressiven PP	89
6.1	Begründung für diese Studie	89
6.2	Erhebungs- und Auswertungsmethode.....	89
7	Qualitative Studie (sieben Experteninterviews)	90
7.1	Begründung der Methodenwahl	90
7.2	Praktische Umsetzung der Experteninterviews	92

7.3	Datenauswertung.....	93
8	Ergebnisse	95
8.1	Inhaltsanalyse von drei Aggressionsmeldungen (Mehrfallstudie mit mehreren Analyseeinheiten)	95
8.2	Interventionsstudien (2018 und 2019).....	101
8.2.1	Ergebnisse der Patientenbefragung	101
8.2.2	Ergebnisse der Befragung des Pflegepersonals.....	124
8.2.3	Ergebnisse der Befragung der Mitarbeitenden Patientenmanagement	147
8.3	Resultate der quantitativen Multi-Center-Studie in anderen Notfallstationen der Schweiz	158
8.4	Quantitative Studie zu intoxikierten und aggressiven Patienten und Patientinnen	168
8.5	Qualitative Studie: Sieben Experteninterviews	171
8.6	Erkenntnis.....	181
8.7	Darlegung der Ergebnisse.....	183
8.7.1	Drei ausgewählte Aggressionsmeldungen.....	183
8.7.2	Zwei Interventionsstudien.....	184
8.7.3	Stationsleitungen Notfallstationen der Schweiz n=33	204
8.7.4	Intoxikationsbefragung.....	206
8.7.5	Experteninterviews.....	210
8.8	Triangulation der Ergebnisse.....	215
9	Diskussion, Interpretation und Konklusion der Ergebnisse	222
10	Gütekriterien	241
IV	GESTALTUNGSTEIL.....	245
1	Handlungsempfehlung: Aggressionsmanagement-Modell für Führungspersonen	245
2	Handlungsempfehlung Praxis: Massnahmenplan mit zehn Handlungsempfehlungen	246
3	Konklusion.....	252
4	Erkenntnisse des Gestaltungsteils.....	254
V	SCHLUSSTEIL	255
1	Zusammenfassung der relevantesten Ergebnisse	255
2	Zusammenfassung der relevantesten Erkenntnisse	258
2.1	Relevante Erkenntnisse für die Forschung	258
2.2	Relevante Ergebnisse/Erkenntnisse für die Praxis	262
2.3	Methodenkritik.....	264
2.4	Relevanz	267
3	Ausblick.....	268
3.1	Praxisausblick	269
3.2	Forschungsausblick.....	269

4	Schlusswort	272
5	Verzeichnisse	273
5.1	Literaturverzeichnis	273
5.2	Abbildungsverzeichnis	294
5.3	Tabellenverzeichnis	296
5.4	Abkürzungsverzeichnis	297
6	Persönliche Daten	299
6.1	Lebenslauf	299
6.2	Danksagung	301
VI	ANLAGEN I	302
1	Altersstruktur Pflegepersonal UNZ 2018	302
2	Fluktuation Pflegepersonal UNZ	303
3	Erklärung der vier Triage-Stufen	304
4	Patientinnen und Patienten aus 147 Ländern	305
5	Gesetzesgrundlagen	306
6	Mögliche Massnahmen bei aggressiven PP	308
7	Ergebnisse aus der Literaturrecherche	311
8	Bilder von Warteraum vor, während und nach dem Umbau	326
9	Fragebogen	330
10	Vorinformation Partnerorganisationen	353
11	Transkriptionsregeln	356
12	Kategoriensystem (Hauptkategorien und Subkategorien)	357
13	Anlage II: Inhaltsverzeichnis Sammelmappe Forschungsunterlagen	359

I EINLEITUNGSTEIL

1 Ausgangslage

Das Universitäre Notfallzentrum (UNZ)¹ ist mit 50'000 Patienteneintritten pro Jahr für das Inselspital eine bedeutsame Eintrittspforte und wird deshalb auch als Visitenkarte des Inselspitals bezeichnet. Das UNZ übernimmt die Rolle einer organisatorischen Drehscheibe und verfügt über Schnittstellen zu sämtlichen Kliniken im Inselspital. Eintretende Patienten und Patientinnen (PP) befinden sich in einer Ausnahmesituation; sie empfinden Angst, Ungewissheit und/oder Schmerzen (vgl. von Eiff et al., 2016, S. 22). Diese Ausnahme- und Stresssituationen führen zu einem erhöhten Aggressionspotential (vgl. Walter et al., 2012, S. 294ff).

Die Medien berichten tagtäglich von aggressivem Verhalten im öffentlichen und privaten Leben (vgl. Rutishauser, 2018, S. 2). Auch im UNZ erlebt das Pflegepersonal regelmässig verbale und physische Attacken durch aggressive PP (vgl. Kaeser et al., 2018, S. 1423). Es ist wissenschaftlich belegt, dass verbale und physische Aggressionsfälle vor allem in Notfallstationen und Psychiatrien vorkommen (vgl. Pich, 2020, S. 268; vgl. Baydin; Erenler, 2014, S. 66; vgl. Hesketh et al., 2003, S. 318). Im Jahr 2018 musste der Sicherheitsdienst des Universitätsspitals Inselspital 37 Prozent mehr Einsätze im UNZ leisten als im Vorjahr (vgl. Tabelle 1, S. 4). Das bedeutet konkret, dass der Sicherheitsdienst bei 1'231 Patienten, Patientinnen und Angehörigen (PPA) hinzugerufen wurde.

80 Prozent aller Einsätze, die der Sicherheitsdienst im Universitätsspital Inselspital leistet, finden im UNZ statt. Weil das Pflegepersonal an verbale Beschimpfungen gewöhnt ist und der Meinung ist, dass diese zur Arbeit gehören, wird nicht jeder Vorfall gemeldet (vgl. Erickson; Williams-Evans, 2000, S. 210). Sowohl die Erfahrungen im UNZ als auch die Literatur zeigen, dass nur die Spitze des Eisbergs an Aggressionsfällen rapportiert wird (vgl. Taylor; Rew, 2011, S. 1072; vgl. Findorff et al., 2005, S. 399). Gates stellte fest, dass insbesondere Bedrohung an Leib und Leben, Schlagen, Kratzen, Spucken und Strangulation gemeldet werden (vgl. Gates et al., 2006, S. 332). In der Notfallstation ist vor allem das Pflegepersonal von physischer und

¹ Für das Inselspital gilt die Bezeichnung «Universitäres Notfallzentrum» (UNZ). Wenn es sich um Notaufnahmen anderer Spitätern handelt, wird die Bezeichnung «Notfallstation» verwendet.

psychischer Gewalt betroffen (vgl. Patridge; Affleck, 2017, S. 139; vgl. Gates et al., 2005, S. 331).

Aggressionen finden im UNZ im Eingangsbereich, in dem dazugehörigen Warteraum sowie in der Behandlungszone statt (vgl. Schweizer Radio und Fernsehen, 2017a). Eskalationen im Wartebereich sind für das Personal und die anderen wartenden Personen belastend sowie gleichzeitig rufschädigend für das Unternehmen Inselspital.

Weil im UNZ auch psychiatrische und geriatrische Notfälle versorgt werden, gilt es in mehrfacher Hinsicht als ein «Hotspot» für Aggressionspotential (vgl. U.S. Department of Labor, 2017, S. 3f). Als Gründe für aggressives Verhalten werden in der Literatur lange Wartezeiten, Alkohol, Drogen und nicht erfüllte Erwartungen aus Sicht der PP angegeben (vgl. Stirling et al., 2001, S. 78; vgl. Jenkins, 1998, S. 262). Zu Aggressionen neigende Personen stellen nicht nur für das Personal, sondern auch für PPA im Warteraum eine Gefahr dar. Der Arbeitgeber ist für die Sicherheit seiner Mitarbeitenden verantwortlich (vgl. Schweizerischer Bundesrat, 2015). Krankheitsbedingte Ausfälle bedeuten für ihn immer Mehrkosten und -aufwand (vgl. Walter et al., 2012, S. 50ff). Deshalb sollte er zum Schutz der Mitarbeitenden präventive sowie unterstützende Massnahmen während und nach Aggressionen etablieren, um Personalausfälle möglichst zu vermeiden (vgl. Saines, 1999, S. 8).

Das Arbeitsgesetz sagt: «Der Arbeitgeber muss alle Anordnungen erteilen und alle Massnahmen treffen, die nötig sind, um den Schutz der physischen und psychischen Gesundheit zu wahren und zu verbessern.» (ArGV 3, 2015). Die WHO definiert Gesundheit als «[...] ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen» (<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/202007060000/0.810.1.pdf> [abgefragt am: 23.12.21]). Ein entscheidender Faktor, damit die Mitarbeitenden gesund bleiben, ist die Sicherheit bzw. das Sicherheitsempfinden. Hier gilt es herauszufinden, wie die Mitarbeitenden diese im UNZ einschätzen und welche Massnahmen sie unterstützen.

1.1 Zahlen, Daten und Fakten zum Aggressionsmanagement aus dem UNZ

Als Führungsinstrument dient die Erfassung von Zahlen, Daten und Fakten. Die verschiedenen Erhebungen geben Auskunft über das Ausmass an Aggressionen im UNZ sowie über die Veränderungen über die Jahre. Weigl et al. (2015, S. 662) sind der Meinung, dass die Gefährdungsbeurteilung von psychischen Belastungen ein Prozess aus Erfassung, Analyse und Massnahmen ist. Im UNZ liefern die folgenden Erfassungen wertvolle Auskünfte über das Aggressionspotential und die Veränderungen über die Jahre:

- Anzahl Interventionen des Sicherheitsdienstes vom Jahr 2016 bis 2019
- Lohnkosten Sicherheitsdienst
- Anzahl Fünf-Punkte-Fixationen
- Zunahme von PP mit Intoxikationen und aggressivem Verhalten
- Aggressionsmeldungen

- **Anzahl Interventionen des Sicherheitsdienstes vom Jahr 2016 bis 2019**

Die Anzahl der Interventionen des Sicherheitsdienstes im UNZ zeigt auf, dass das Aggressionspotential bzw. die Anzahl der Interventionen des Sicherheitsdienstes überdimensional zu den PP-Eintritten ansteigen. Wie bereits erwähnt wurde, ist bekannt, dass nur die Spitze des Eisbergs schriftlich gemeldet wird. Der Überblick über das Aggressions- bzw. Gefahrenpotential kann anhand der Anzahl der Interventionen des Sicherheitsdienstes abgeschätzt werden. Ein Austausch zwischen dem Chef des Sicherheitsdienstes und der Pflegedienstleitung ist deshalb notwendig, weil die Anzahl der Aggressionsmeldungen alleine nicht aussagekräftig genug ist.

Jahr	Interventionen Sicherheitsdienst	Steigerung in Prozent gegenüber Vorjahr	Anzahl PP im UNZ	Steigerung in Prozent	Aggressionsmeldungen
2016	642		45851		24
2017	897	+40 %	45533	-0.7 %	26
2018	1231	+37 %	48499	+6.5 %	44
2019	1316	+ 7 %	49957	+3.0 %	38
2020	1583	+20 %	44943	-10 %	29

Tabelle 1: Steigerung PP-Aufkommen im Vergleich zu Interventionen Sicherheitsdienst (Quelle: Eigene Darstellung der internen Jahresauswertungen E.care², nicht veröffentlicht)

Im Durchschnitt wird der Sicherheitsdienst innerhalb 24 Stunden viermal zu aggressiven PP hinzugerufen.

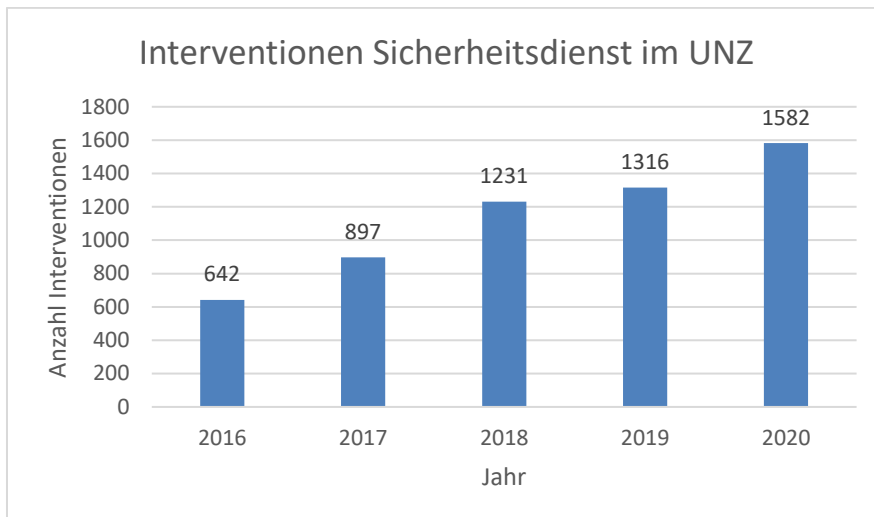


Abbildung 1: Interventionen des Sicherheitsdienstes im UNZ von 2016 bis 2020 (Quelle: Lanz, 2020, nicht veröffentlicht)

² E.care: Papierlose Dokumentation mit dem klinikinternen Informationssystem

- **Lohnkosten Sicherheitsdienst**

Die Kosten für den Einsatz von Sicherheitsdienstpersonal sind im Jahr 2019 im Vergleich zum Vorjahr um 53.3 Prozent gestiegen. Die Lohnkosten für den Sicherheitsdienst betrugen im Jahr 2019 insgesamt 1'074'826 Schweizer Franken. Wenn mehrere aggressive PP gleichzeitig im UNZ sind, muss der Pikettdienst aufgeboten werden. Das bedeutet, dass mehrere Personen des Sicherheitsdienstes im UNZ tätig sind.

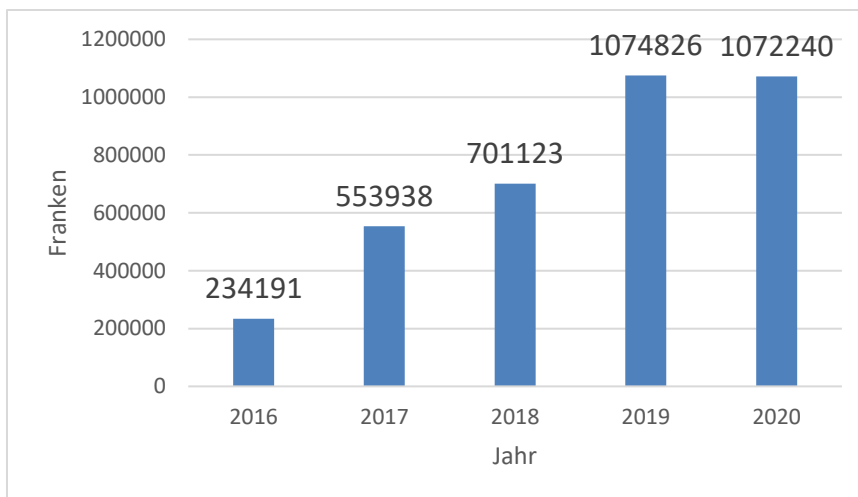


Abbildung 2: Personalkosten Sicherheitsdienst (Quelle: Lanz, 2020, nicht veröffentlicht)

- **Anzahl Fünf-Punkte-Fixationen**

Die zunehmende Zahl an intoxikierten und aggressiven PP zieht eine Zunahme an Fünf-Punkte-Fixationen nach sich.

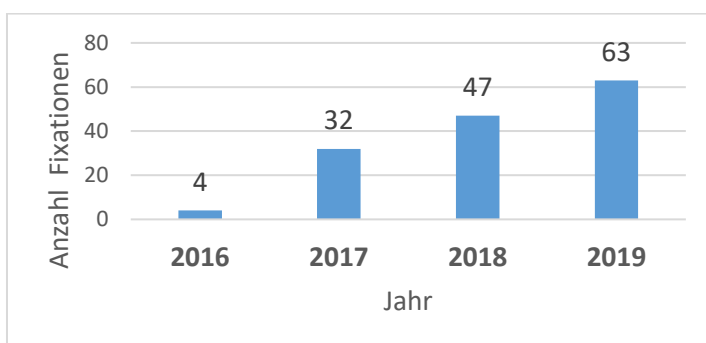


Abbildung 3: Anzahl Fünf-Punkte-Fixationen (Quelle: Utiger, 2020, nicht veröffentlicht)

- **Zunahme von PP mit Intoxikationen und aggressivem Verhalten**

Durchschnittlich treten täglich vier (an Spitzentagen bis zu 14) PP mit einer Alkohol- und/oder Tabletten- und/oder Drogenintoxikation in das UNZ ein. Das bedeutet, dass in einer Arbeitsschicht mehrere intoxikierte und potentiell aggressive PP betreut werden müssen. Die Zunahme an intoxikierten und aggressiven Personen bedeutet eine Belastung für das Pflegepersonal. Zur Ruhigstellung dieser PP braucht es mehrere Pflegepersonen, welche dann für die Betreuung bei anderen akuten Notfällen fehlen. Dies führt wiederum zu Stress beim Pflegepersonal, da sie ihre Aufgaben nicht in dem Ausmass wahrnehmen können, wie es nötig wäre. Das Pflegepersonal im UNZ hat für aggressive, intoxikierte, psychiatrische Fälle nicht die entsprechende Ausbildung. Diese Fälle gehören in die Hände psychiatrisch ausgebildeter Pflegepersonen. Eine Häufung dieser Fälle pro Schicht führt zu emotionaler Frustrierung (vgl. Kansagra et al., 2008, S. 1268).

- **Aggressionsmeldungen**

Vom Personal des UNZ wurden im Jahr 2019 nur 2.9 Prozent der Vorfälle gemeldet. Das sind 38 Aggressionsmeldungen bei 1316 Interventionen des Sicherheitsdienstes.

Erickson; Williams-Evans (2000, S. 210) haben Pflegepersonen in zwei Notfallstationen in den USA befragt, ob sie Gewalt melden. Dabei haben 71 Prozent der Befragten die Frage bejaht. Ob dies in der Praxis so gelebt wird, kann nicht überprüft werden. Dieser Wert unterscheidet sich jedoch massiv von der im UNZ gelebten Praxis. Durch den Mangel an Aggressionsmeldungen ist es für Führungspersonen im UNZ schwierig zu erkennen, ob es zu einer Zunahme an Aggressionen kommt und wie gross die Belastung ist. Auch Gates et al. (2006, S. 331) haben herausgefunden, dass der grösste Teil der Vorkommnisse im Dunkeln bleibt.

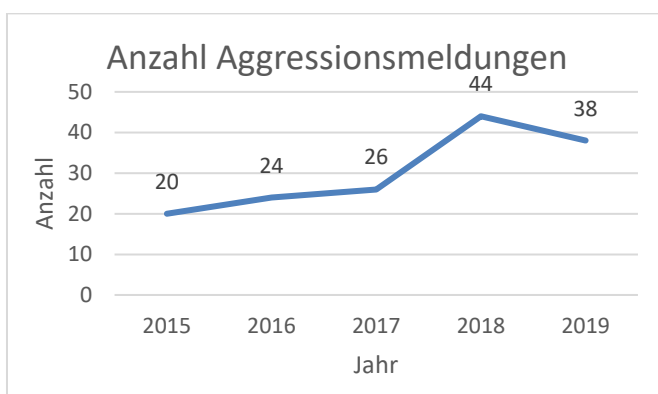


Abbildung 4: Anzahl Aggressionsmeldungen von 2015 bis 2019 (Quelle: Lanz, 2020, nicht veröffentlicht)

Die Aggressionsmeldungen werden vom Chef Sicherheit und von der Pflegeleitung erfasst. Im Jahr 2019 kam es zu 38 Meldungen. Dabei wurden 79 Prozent vom Pflegepersonal eingereicht. Die meisten gab es im Januar mit acht, gefolgt vom Dezember mit fünf Meldungen. Im Nachtdienst (ND) und im Spätdienst (SD) gab es je 14 Aggressionsmeldungen. Meldungen über Alkoholintoxikationen kommen zu jeder Tages- und Nachtzeit vor. Elfmal war das Aggressionspotential so hoch, dass nebst dem Sicherheitspersonal auch noch die Polizei aufgeboten wurde. In sechs Fällen, in denen eine Aggressionsmeldung geschrieben wurde, musste eine Fünf-Punkte-Fixation durchgeführt werden. Im Jahr 2019 musste 63 Mal eine Fünf-Punkte-Fixationen durchgeführt werden. Das bedeutet, dass nur bei 9.5 Prozent der Fixationen eine Aggressionsmeldung geschrieben wurde. Zwölf aggressive PP hatten eine Alkoholintoxikation (C2). Das Durchschnittsalter der PP lag bei 39 Jahren. 82 Prozent der Aggressoren waren Männer.

Alter	Jahr 2019	Uhrzeit	Männl	Weibl	Sonstige	Massn.	Melder	verbal	phys.	sex.	Materia	Art der Aggr.
46	Januar	ND	1				Brief	Pflege	1	1	1	C2 Intox, kommt mit Sano, randaliert, droht die Fresse einzuschlagen
60	Januar	ND	1				Arzt	1				verbal aggressiv, Untersuchung verunmöglicht
21	Januar	ND	1		5-Punkte Fixation, Alarmknopf für Polizei ausge	Hausve	Pflege	1	1		1	C2 Intox, verbale Bedrohung, schlägt, wirft Material in der Koje umher, verblutet ganze Koje
32	Januar	SD		1			Pflege	1	1			C2 Intox, kommt mit Sano, hat Securitas getreten und war verbal aggressiv
48	Januar	SD	1				Securitas	1				aggressiv, unkooperativ, Morddrohungen
19	Januar	SD	1				Brief	Pflege	1	1		verbal aggressiv, zeigt den Stinkefinger, schlägt mit der Faust auf den Tresen
31	Januar	ND		1	Begleitung war auch aggressiv und wurde har	Strafamt	Pflege	1	1			kommt mit Sano, Intox, C2, schlägt und tritt Pflege, verweigert Versorgung
21	Januar	FD	1				Arzt	1				kommt mit Ambulanz, verbal aggressiv, schreit Arzt an
86	Februar	SD	1				Brief	Pflege	1		1	verbal aggressive, pinkelt extra auf den Boden und sagt, das wegzuputzen ist Aufgabe der Pflege
39	März	SD	1				Brief	Pflege	1			verbal aggressiv und unfreundlich, bereits im Warteraum bis in die Koje
16	März	ND		1			keine	Pflege	1	1		bekannter Fall, Selbst- und Fremdgefährdung
57	April	SD	1				Brief wa	Pflege	1	1		Patient schreit Pflege an und kickt in die Luft, Pflege hatte genügend Abstand
54	April	ND		1			Arzt	1	1			C2; suicidal, greift aus dem nichts an, kratzt, tritt mit den Füßen und beschimpft Personal
87	April	ND	1				keine	Pflege	1	1		Demenz und Delirium, Fremdaggressiv, verletzt Pflegende am Kopf -> blutet, Patient wird sediert
52	April	FD	1				Pflege	1				Pat. raslet verbal an der Trage aus. Möchte nicht warten. Geht im Warteraum umher.
52	Mai	ND	1				Brief	Pflege	1			verbal aggressiv, zerreisst den Vorhang und reisst EKG-Kabel ab
47	Mai	ND	1		Polizei muss aufgeboten werden		Securitas	1	1		1	Polizei aufgeboten, Handschellen, wird abgeführt
52	Mai	FD	1				Brief	Pflege	1			beschimpft Pflege, schreit, reisst sich Letungen weg und verlässt den Notfall
49	Mai	ND	1		Polizei hinzugezogen, ist in Zürich mit FU ausge		Brief	Pflege	1		1	beleidigt Pflegepersonal, hämmert gegen Tür, wirft Gegenstände durchs Zimmer
25	Juni	SD	1		Polizei aufgeboten - 5-Punkte-Fixation installiert		Brief	Pflege	1	1		C2 und THC; verbal aggressiv, schlägt 2x den Arzt, Pflege konnte ausweichen, 5-Punkte Fixation
46	Juni	SD	1		Polizei aufgeboten - FU		Brief ->	Pflege	1	1	1	C2 Intox, wird mit Sano gebracht, verb. und phys. Gewalt, Psychiater hinzugerufen für FU
17	Juni	FD	1		Polizei aufgeboten - 5-Punkte-Fixation installiert		Securitas	1	1		1	aggressiv, bedroht verbal und körperlich MA, schlägt mit Stühlen gegen Köjenwand, möchte kämpfen
39	Juli	ND	1				Pflege	1				Angehöriger und Pat. unter C2; verwahrlobt und aggressiv, 7-jähriges Kind dabei.
74	August	SD	1				Brief	Pflege	1	1	1	Hohes Patientenaufkommen -> Pat. muss warten; droht dem Personal, dass etwas passieren wird
20	August	FD	1				Securitas	1	1			spuckte, schlägt auf MA und stösst Morddrohungen aus
21	September	ND	1				Brief	Pflege	1			Pat. verweigert BE und beleidigt MA, kommt aus PZM
16	September	SD		1			Pflege	1	1		1	Pflegende in Hand gebissen, Infusionsschlauch durchgebissen. Blut ins Auge von Securitas
18	Oktober	SD		1	5-Punkte Fixation,		Pflege	1	1			Boarderline, kommt mit Ambulanz und Polizei, hat Handschellen, Kratzspuren bei Pflegeperson
21	Oktober	SD	1				Administr	1			1	aggressiv im Warteraum, wirft Mobiliar umher -> drei Securitas verweisen den Pat. vom Areal
90	Oktober	ND	1				Pflege	1	1			dement, wurde kurz vor Verlegung aggressiv, hat mit Faust auf Rippe von PP geschlagen
39	Oktober	ND	1		Sano + Polizei und Handschellen		Brief	Pflege	1		1	beleidigt Personal, stösst Morddrohung aus, kommt mit Sano und Polizei mit Handschellen
20	November	SD	1		Sano + Polizei und Handschellen -- 5-Punkte-Fixation		Pflege	1	1			C2, stark agitert, kommt von der grossen Schanze, Spuckmaske, RS ins Gesicht geschlagen
34	November	SD	1				Pflege	1				verbale Beleidigung von PP und Arzt, "fick dich, Schlampe, soll mich nicht so anstellen.
21	Dezember	FD		1			Pflege	1	1		1	C2, hat FU, plötzlich aggressiv, spuckt, schreit laut umher, wollte Abfallerimer nach PP werfen
33	Dezember	ND	1		Polizei 3x im UNZ; Verlegung mit Handschellen	Strafamt	Pflege	1	1	1	1	C2 und Drogen Intox; Spuckmütze, droht, verletzt PP am Hals, Polizeiaufgebot, Verlegung nach 12 h,
27	Dezember	FD	1				Brief	Pflege	1	1		spuckte gegen Personal, verbal aggressiv, sprach Drohungen aus, war unkooperativ
21	Dezember	FD	1				Pflege	1	1			verbal und tätlich aggressiv, C2 Intox
38	Dezember	FD	1		Securitas und Kapo überwältigen Patienten		Pflege	1	1			Word nach Aussprache der FU aggressiv, bekam von Kapo Handschellen und musste sediert werden.
Ø 39	8x Januar	10 TD	31	7	11x Polizei aufgeboten		30 Pflege	36	24	3	11	12 von 38 hatten eine Alkoholvergiftung
	5x Dezember	14 SD					4 Securitas					
		14 ND					2 Arzt					
							1 Administration					

Tabelle 2: Aggressionsmeldungen 2019 (Quelle: Lanz, 2020, nicht veröffentlicht)

1.2 Bereits umgesetzte Sicherheitsmassnahmen

Die Gefahren, die von aggressiven PP ausgehen, sind im UNZ bekannt und es wurden bereits diverse Sicherheitsmassnahmen umgesetzt:

- **24-Stunden-/7-Tage-Präsenz des Sicherheitsdienstes im UNZ**
- **Videoüberwachung in sämtlichen Kojen³**
- **Schulungen in verbaler Deeskalation**
- **Standardisiertes Vorgehen für Aggressionsmeldungen**
- **Alarmbuttons:** Alarmknöpfe zum Aufbieten des Sicherheitsdienstes und/oder der Kantonspolizei



Abbildung 5: Alarmknöpfe (Quelle: Eigenes Foto)

- **Sicherheitskojen:** Im UNZ gibt es zwei Sicherheitskojen. Alle Materialien, durch welche sich die PP selbst- oder fremdverletzen können, wurden entfernt oder durch andere Materialien ersetzt. Der Spiegel oder das Waschbecken bestehen aus bruchsicherem Aluminium. Nicht entfernbarer Gegenstände können mit einem automatisch schliessbaren Rollo geschützt werden. Die Kojen-Tür besteht aus Panzerglas und kann von aussen verschlossen werden, sodass ein aggressiver Patient/eine aggressive Patientin eingeschlossen werden kann, bis die Polizei kommt.

³ Im UNZ werden die Patientenzimmer als Kojen bezeichnet.

«Normale» Koje



Abbildung 6: Normale Koje (Quelle: Eigenes Foto)

Sicherheitskoje

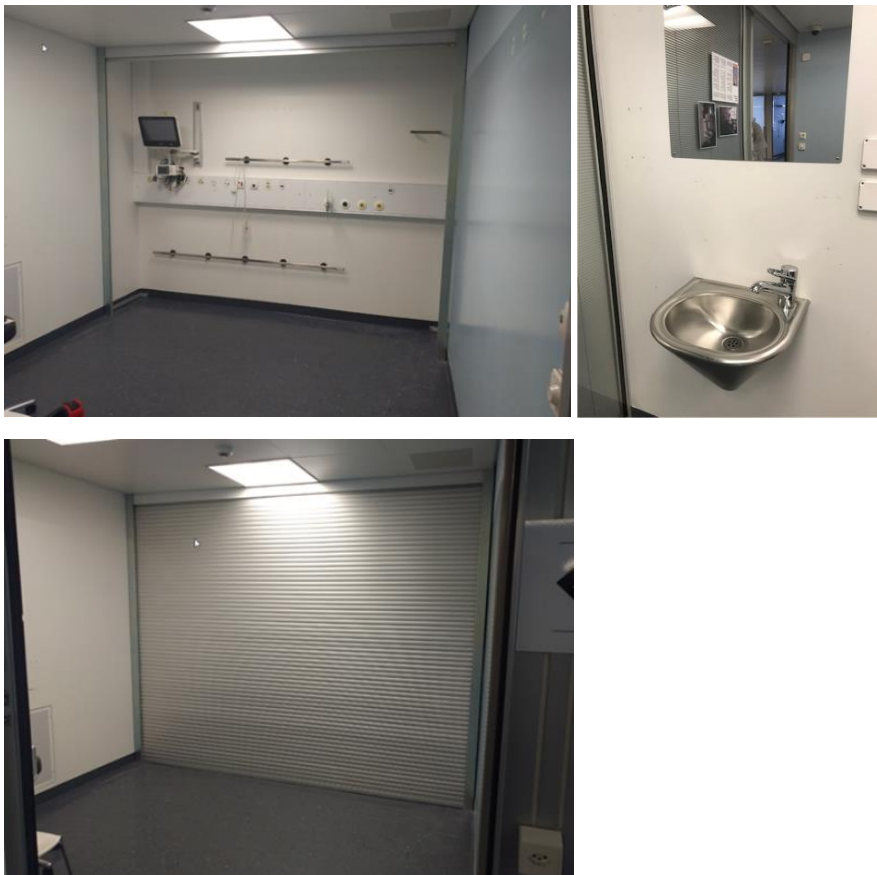


Abbildung 7: Sicherheitskoje (Quelle: Eigenes Foto)

2 Problemstellung

Ryan und Maguire (2006, S. 119) fanden in einer Erhebungsperiode von einem Monat heraus, dass 89 Prozent des Pflegepersonals verbale und 26 Prozent physische Aggressionen erfahren haben. Dies ist besorgniserregend, da Aggressionen einen Einfluss auf die Gesundheit des Pflegepersonals haben (vgl. Hassankhani et al., 2018, S. 22; vgl. Kowalenko et al., 2012, S. 525).

Im Insepsital besteht das Risikomanagement im medizinischen Bereich hauptsächlich im Aufdecken von Schwachstellen bei der Patientenversorgung, welche Haftpflichtansprüche auslösen könnten (vgl. Pippig, 2005, S. 4), sowie in der Katastrophenorganisation (vgl. Utiger; Burkhardt, 2018). Obwohl die Spitäler in den letzten Jahren das Risiko durch aggressive PPA erkannt und verschiedene Massnahmen wie die Installation von Überwachungskameras umgesetzt haben, fehlt die nötige Beachtung für diese Problematik von Seiten der Führungsebene (vgl. Hahn et al., 2018, S. 26). In Deutschland gelten Krankenhäuser, Flughäfen und Justizeinrichtungen seit 2009 als «kritische Infrastruktur» (Gaede, 2016, S. 32). Gaede schreibt, dass den Spitälern im Gegensatz zu Flughäfen ein Gesamtkonzept fehle.

Notfallstationen und Psychiatrien sind am häufigsten von Aggressionen betroffen (vgl. Kowalenko et al., 2012, S. 523f; vgl. Kansagra et al., 2008, S. 1268). Führungskräfte dieser Abteilungen sollten wissen, wie es um die Sicherheit und das Sicherheitsempfinden ihres Personals bestellt ist. Aggressionen können schnell eskalieren und das Personal gefährden. Sanitätspersonal, Polizei und Private bringen Verletzte von gewalttätigen Auseinandersetzungen zur Behandlung ins Spital. Dadurch kann sich das Gewaltpotential vom öffentlichen Raum auch in die Notfallstation verlagern.

Das *U.S. Bureau of Labor Statistics* zeigt auf, dass Aggressionen der Hauptgrund für Personalausfälle in grossen öffentlichen Spitälern sind (vgl. U.S. Bureau of Labor Statistics, 2017, S. 7). In einer Studie von 2002 bis 2013 zeigt es die Personalausfälle infolge von Aggressionen auf und schlussfolgert, dass Mitarbeitende im Gesundheitswesen viermal häufiger von Aggressionen betroffen sind als Arbeitnehmende in der Privatindustrie (vgl. Occupational Safety and Health Administration, 2015, S. 1).

Die personellen krankheits-/unfallbedingten Ausfälle führen zu Kosten für den Arbeitgeber (vgl. Speroni et al., 2014, S. 218). Auch Fluktuationen sind mit Kosten verbunden. Für die Neubesetzung einer Stelle werden Kosten von 27'000 bis zu 103'000 US-Dollar geschätzt (vgl. Li; Jones, 2013, S. 413f). Gewalt am Arbeitsplatz führt zudem zu Stress und in der Folge zu Fehlern

bei der Patientenbehandlung. Bei den Mitarbeitenden führen solche Bedingungen im schlimmsten Fall zu einem Burnout (vgl. Estryn-Behar et al., 2008, S. 107). Ausgeglichenes Pflegepersonal wirkt sich positiv auf die Patientenzufriedenheit aus (vgl. McHugh et al., 2011, S. 202).

Sieben Aspekte werden im Folgenden vertieft beschrieben:

- Strategische Ziele der Inselgruppe
- Das Setting im Notfallzentrum
- Partnerorganisationen
- Aggressionsfälle
- Zusammenfassung der Ausgangslage

2.1 Strategische Ziele der Inselgruppe

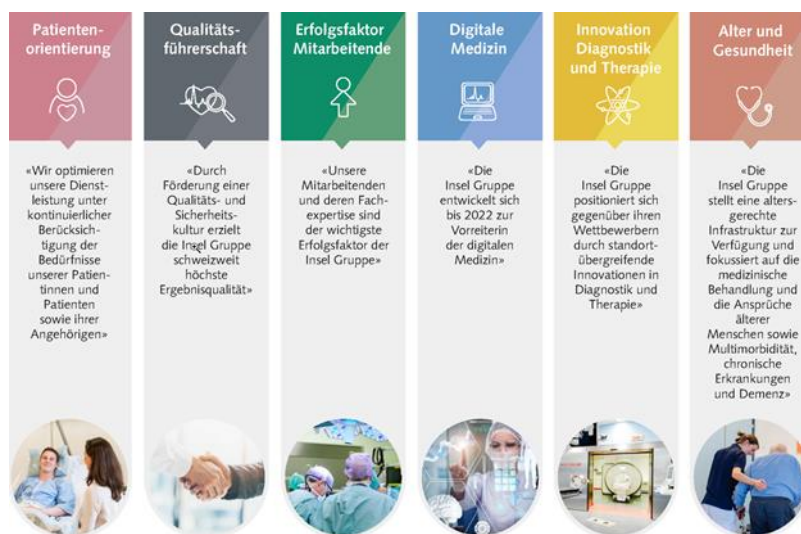


Abbildung 8: Strategische Ziele der Inselgruppe (Quelle: <file:///C:/Users/i0303449/Downloads/Kurzportraet-Insel-Gruppe-deutsch-19.pdf>, [abgefragt am: 14.11.20])

Unter den sechs strategischen Zielen stechen drei hervor, welche bei der Versorgung von aggressiven PP näher betrachtet werden müssen: «Patientenorientierung», «Qualitätsführerschaft» (Sicherheit) und «Erfolgsfaktor Mitarbeitende».

Patientenorientierung

Die Bedürfnisse der PP sollen berücksichtigt werden. Aggressive, schreiende, tobende PP verängstigen andere PPA und stören die Behandlung. Ausserdem binden sie grosse personelle Ressourcen, sodass das Personal nicht genügend Zeit für andere Notfälle hat. Das kann in der Folge bedeuten, dass beispielsweise ein Patient/eine Patientin mit einem Herzinfarkt warten muss, weil mehrere Mitarbeitende damit beschäftigt sind, eine aggressive Person zu fixieren. Eine Verzögerung der Behandlung eines Herzinfarktes oder eines Hirnschlags bedeutet nachweislich ein schlechterer Outcome des/der Betroffenen (vgl. Jeffrey; Saver, 2006, S. 263).

Qualitätsführerschaft

Die Spitalleitung legt grossen Wert auf eine hohe Qualitäts- und Sicherheitskultur. Sicherheit ist ein Wert, der nicht nur für die Versorgung der PP, sondern auch für die Mitarbeitenden gilt. Denn nur in einem sicheren Umfeld können sie ihren Auftrag erfüllen.

Erfolgsfaktor Mitarbeitende

Ein weiterer relevanter Erfolgsfaktor sind die Mitarbeitenden selbst. Für die Versorgung der PP braucht es kompetente, leistungsfähige und gesunde Mitarbeitende. Wenn diese durch aggressive PP verletzt werden, krankheitsbedingt ausfallen, demotiviert werden oder sogar kündigen, bedeutet dies einen finanziellen Verlust für den Betrieb. Es ist schwierig, kompetente Mitarbeitende in der Pflege zu finden. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass die Mitarbeitenden genügend geschützt und bei der Behandlung von aggressiven PP unterstützt werden.

2.2 Das Setting des UNZ

Im UNZ sind 50 Ärzte und Ärztinnen sowie 101 Pflegepersonen⁴ angestellt. Zudem arbeiten beim Empfang 18 Mitarbeitende des Patientenmanagements (MP). Sie nehmen die Personalien auf und erstellen das elektronische Patientendossier. Die MP sind bei der Direktion Management Services angestellt.

⁴ Der Begriff «Pflegeperson» wird in dieser Arbeit als Überbegriff verwendet. Unter Pflegeperson werden diplomierte Expert/innen Notfallpflege NDS HF, diplomierte Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit und Pflegeassistent/innen zusammengefasst.

Der Pflegekader setzt sich aus fünf Stationsleitungen, einem Ausbildungsverantwortlichen und einer Pflegeexpertin zusammen. Das Pflorgeteam ist den Stationsleitungen unterstellt. Geführt wird der Bereich Pflege durch die Pflegedienstleitung. Das Pflorgeteam besteht aus 76 diplomierten Pflegefachpersonen (also Mitarbeitenden mit einer Pflegeausbildung an einer Höheren Fachschule), 13 Fachangestellten Gesundheit und 12 Pflegeassistent/innen; davon sind 86 Prozent weiblichen Geschlechts. 70 Prozent des diplomierten Pflegefachpersonals haben eine zweijährige Zusatzausbildung in Notfallpflege. Das Durchschnittsalter des Pflegepersonals liegt bei 35 Jahren (vgl. Stalder, 2019a, Anlage VI/1). Die Fluktuation lag 2018 bei 18,5 Prozent (vgl. Stalder, 2019b, Anlage VI/2).

Die Klinikleitung des UNZ ist für die Sicherheit aller Personen verantwortlich, die sich im UNZ des Inselspitals aufhalten. Die Klinikleitung besteht aus dem Chefarzt, dem stellvertretenden Chefarzt, einer leitenden Ärztin, der Pflegedienstleitung und ihrer Stellvertreterin sowie dem Klinikmanager.

Das UNZ ist an sieben Tagen die Woche 24 Stunden geöffnet; die Zugangsschwelle für PP ist niedrig (vgl. David et al., 2006, S. 673). Das Patientenaufkommen in den Notfallstationen steigt weltweit kontinuierlich. Durchschnittlich kommt es zu einer jährlichen Steigerung von drei bis sechs Prozent (vgl. Fleischmann, 2009, S. 26). Infolge des variierenden Patientenaufkommens sowie aufgrund der Schwere der Verletzungen und Erkrankungen der PP wird vom Personal eine hohe Flexibilität und Fachkompetenz verlangt.

Um die dringlichen von den nicht dringlichen Fällen unterscheiden zu können, werden die PP im Eingangsbereich triagiert. Unter «Triage» ist eine medizinische Einschätzung der Dringlichkeit und die Zuweisung in eine von vier Dringlichkeitsstufen zu verstehen (vgl. Inselspital, 2014; Anlage VI/3).

Dringliche Fälle werden mit Vorzug behandelt, was für nicht dringliche Fälle, insbesondere bei voll besetztem Notfallzentrum, Wartezeiten verursacht. Bei Nicht- oder nicht sofortiger Erfüllung der Erwartungen der PPA kann es zu Konflikten und zu aggressivem Verhalten von Seiten der PPA gegenüber dem Pflegepersonal kommen (vgl. Baydin; Erenler, 2014, S. 66).

Murphy erläutert, dass PPA und das Personal einer Notfallstation eine Notfallsituation unterschiedlich einschätzen (vgl. Murphy, 1998, S. 23). Diese unterschiedliche Wahrnehmung und Beurteilung der Situation kann auf beiden Seiten zu Frustration und in der Folge sogar zu aggressivem Verhalten führen. Jenkins (1998, S. 264) nennt als weitere Gründe für aggressives

Verhalten Alkohol und Drogen. Kaeser et al. (2018, S. 4) schliessen aus der Analyse der Aggressionsmeldungen des UNZ von 2013 bis 2016, dass insbesondere zu Nachtzeiten ein erhöhtes PPA-Aggressionspotential besteht.

Im UNZ werden alle Personen unabhängig von Geschlecht, Alter, Herkunft und sozialem Status behandelt. Die Literatur zeigt, dass grösstenteils sozial benachteiligte sowie PP mit Migrationshintergrund Notfallstationen in öffentlichen Spitälern aufsuchen (vgl. David et al., 2006, S. 673). Im Wartezimmer einer Notfallstation treffen verschiedene Kulturen aufeinander. 2018 wurden im UNZ Patienten und Patientinnen aus 147 Ländern behandelt (Utiger, 2019, Anlage VI/4). Eine Literaturreview aus Kanada, USA und Australien zeigt, dass die Herkunft der PP einen Einfluss auf die Wartezeiten haben kann (vgl. Owens et al., 2020, S. 245). Diese Erfahrung prägt Menschen aus anderen Kulturen. Im UNZ werden PP gemäss ihrer Dringlichkeit behandelt. Es kann sein, dass wartende PP im Warteraum das Gefühl bekommen, dass ihnen, auf Grund einer Zweiklassen Behandlung, jemand vorgezogen wird. Dann kommt es zu verbaler Aggression gegenüber dem Triage Personal.

2.3 Partnerorganisationen

Bei der Behandlung von aggressiven PP kommt es im UNZ zur Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen. Die PP kommen entweder selbständig als sogenannte ‹Walk-ins› und melden sich beim Patientenmanagement am Schalter an oder sie werden vom Rettungsdienst und/oder der Polizei gebracht. Bereits bei einem vermuteten Aggressionspotential von PPA bietet das Pflegepersonal den Sicherheitsdienst auf; im Extremfall wird gleichzeitig auch die Polizei aufgeboden. Nebst Alkohol und Drogen gehören psychiatrische Probleme mit zu den Hauptgründen für aggressives Verhalten (vgl. Gates et al., 2006, S. 331). Bei diesen Fällen wird zusätzlich ein Psychiater aufgeboden. Das UNZ ist ebenfalls für die medizinische Versorgung von Häftlingen zuständig. Für die Bewachung dieser PP ist die Polizei oder das Personal der Bewachungsstation zuständig.

Eine externe Verlegung in eine psychiatrische Klinik oder in die Bewachungsstation wird mit dem Rettungsdienst und in Polizeibegleitung durchgeführt. Fünf-Punkte-fixierte PP werden im Inselspital ausnahmslos auf die Intensivstation verlegt.

Die folgende Abbildung zeigt die Partnerorganisationen des UNZ auf:

Partnerorganisationen des UNZ bei der Behandlung aggressiver PP

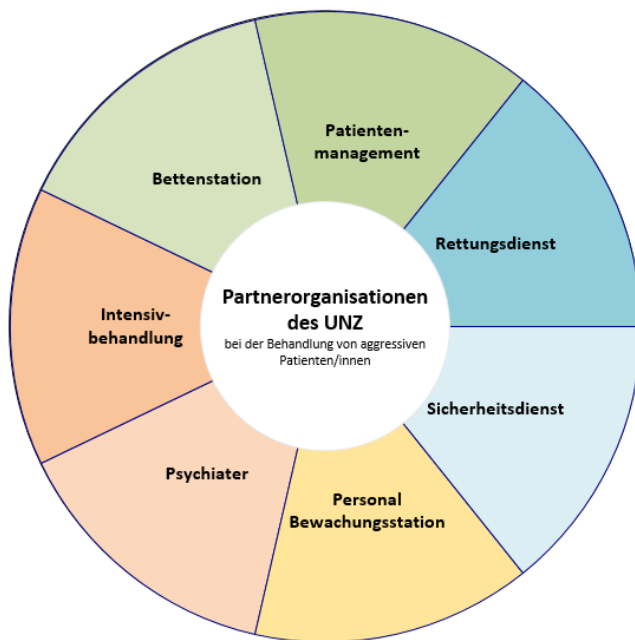


Abbildung 9: Partnerorganisationen des UNZ bei der Behandlung aggressiver PP (Quelle: Eigene Darstellung)

Rettungsdienst

Oft werden aggressive PP vom Rettungsdienst (RD) aufgegriffen und in das UNZ gebracht, zum Beispiel, wenn dieser bei Ausschreitungen und Schlägereien dazu gerufen wird. Weil das UNZ gleichzeitig den psychiatrischen Notfalldienst für den Kanton Bern leistet, werden auch aggressive psychiatrische PP im UNZ untersucht und abgeklärt. Je nach Behandlungsplan werden sie für die weitere Therapie oder zur fürsorglichen Unterbringung mit dem RD in eine psychiatrische Klinik weiterverlegt.

Sicherheitsdienst

Bei aggressiven PP wird immer der Sicherheitsdienst aufgeboten. Er hat den Auftrag, diese PP zu bewachen und die Mitarbeitenden zu schützen. Mit dem Aufbieten des Sicherheitsdienstes wird nicht automatisch eine Aggressionsmeldung ausgelöst.

Personal der Bewachungsstation

Inhaftierte PP kommen zur medizinischen Abklärung in das UNZ. Sobald die Diagnose und der Behandlungsplan feststehen, die Therapie eingeleitet wurde und die PP soweit stabil sind, können sie auf die Bewachungsstation (Bewa) verlegt werden. Diese zum Teil hochgefährlichen Personen müssen von der Polizei oder dem Bewachungspersonal der Bewachungsstation

überwacht werden. Das Pflegepersonal des UNZ ist jedoch für die Durchführung der diagnostischen und pflegerischen Massnahmen verantwortlich.

Patientenmanagement

Das Patientenmanagement ist beim Eingang neben der Triage-Pflege des UNZ stationiert. Die hier arbeitenden Personen nehmen die Personalien der PP im elektronischen Dokumentationssystem auf und eröffnen einen Behandlungsfall.

Intensivbehandlung

Sobald die Diagnose geklärt und die Erstversorgung durchgeführt ist, werden selbst- oder fremdgefährdende PP mit einer Fünf-Punkte-Fixation auf die Intensivbehandlung (IB) verlegt. Diese Personen müssen medikamentös ruhiggestellt werden und benötigen eine kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter.

Psychiater/in

Nebst Alkohol- und Drogenintoxikationen haben 34.9 Prozent der aggressiven PP ein psychiatrisches Problem (vgl. Kaeser et al., 2018, S. 3). Alle diese PP erhalten deshalb im UNZ zusätzlich ein psychiatrisches Konsilium. Die Selbst- und/oder Fremdgefährdung muss für die weitere Behandlung unterbunden werden. Für die Behandlung dieser PP ist das Pflegepersonal des UNZ zuständig.

2.4 Aggressionsfälle

Die Statistik des Sicherheitsdienstes zeigt eine Steigerung ihrer Einsätze im UNZ auf. Infolge der Zunahme der Aggressionsfälle wurde im September 2018 ein 24-Stunden/7-Tage-Sicherheitsdienst im UNZ eingeführt. Dieser wird vor allem bei selbst- oder fremdgefährdenden PPA aufgeboten. In solchen Situationen arbeiten Ärzte und Ärztinnen, Pflegepersonen, Polizei und Sicherheitsdienst eng zusammen.

Art der Aggression

Wie die Studie von Kaeser et al. (2018, S. 3) aus dem Notfallzentrum im Inselspital zeigt, kommt es im UNZ hauptsächlich zu verbalen Aggressionen.

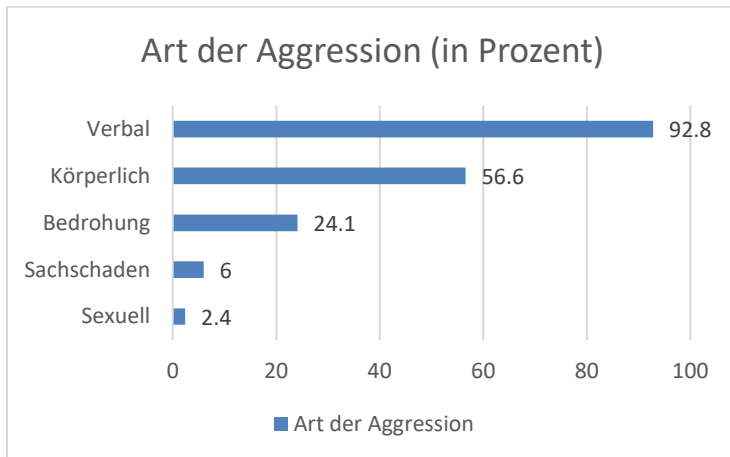


Abbildung 10: Art der Aggression (Quelle: Kaeser et al., 2018, S. 3f)

Eintrittsdiagnosen bei aggressiven PP

Bei aggressiven PP handelt es sich hauptsächlich um alkoholisierte (50.6 Prozent) oder um psychiatrische Fälle (34.9 Prozent) (vgl. Kaeser et al., 2018, S. 3f). Oft handelt es sich jedoch um eine Kombination aus mehreren Diagnosen, beispielsweise Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenintoxikation und psychiatrische Probleme.

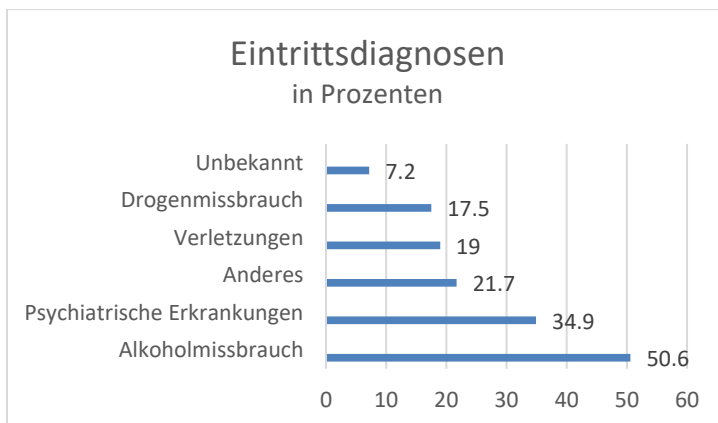


Abbildung 11: Eintrittsdiagnosen aggressiver PP (Quelle: Kaeser et al., 2018, S. 3f)

Eintrittsart aggressiver Personen in das Notfallzentrum

Kaeser et al. (2018, S. 3f) zeigen auf, dass 45.9 Prozent der PP mit einem Aggressionspotential mit der Ambulanz in das Notfallzentrum eingeliefert werden.

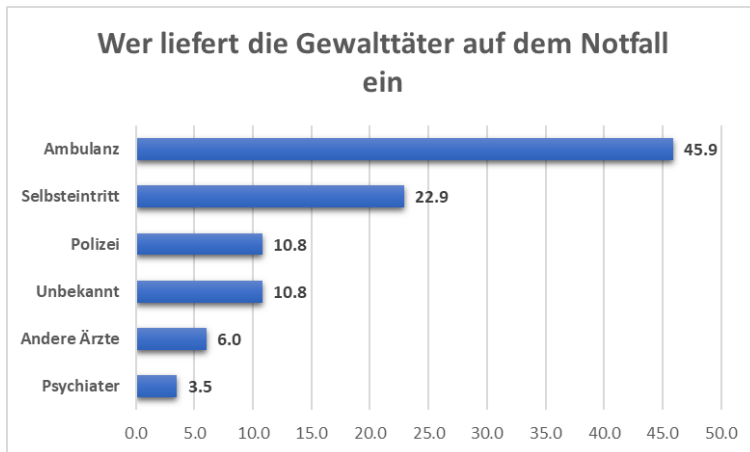


Abbildung 12: Eintrittsarten aggressiver Personen in das Notfallzentrum (Quelle: Kaeser et al., 2018, S. 3f)

Alter und Geschlecht der Aggressor/innen

Mehrheitlich handelt es sich um Männer im Alter zwischen 20 und 40 Jahren.

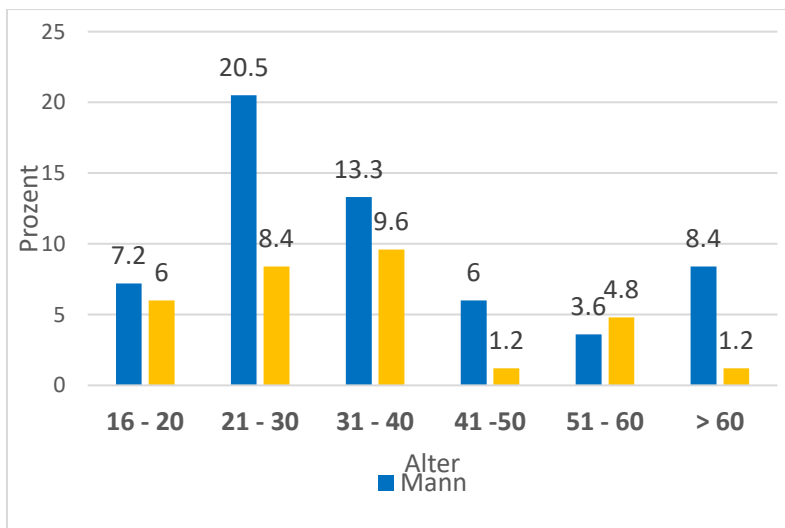


Abbildung 13: Statistik 2013–2015 über aggressive Personen im UNZ. (Quelle: Kaeser et al., 2018, S. 3)

2.5 Zusammenfassung der Ausgangslage

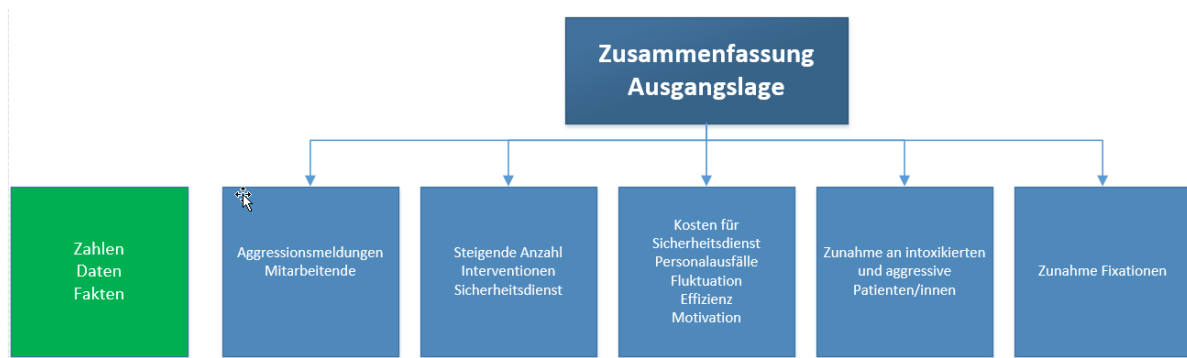


Abbildung 14: Zusammenfassung der Ausgangslage und der einhergehenden Probleme (Quelle: Eigene Darstellung)

Im UNZ erleben die Mitarbeitenden diverse Stressfaktoren und Belastungen, zum Beispiel das wechselnde PP-Aufkommen, die Schwere der Erkrankungen und Unfälle, die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie aggressive und gewalttätige PP. Magnavita und Heponiemi (2012, S. 1) haben herausgefunden, dass das Personal von Notfallstationen und psychiatrischen Kliniken am meisten Aggressionen bei der Arbeit erfährt. Da das Notfallzentrum Inselspital gleichzeitig für die psychiatrischen Notfälle zuständig ist, kommt es zu einer Häufung der genannten Risikofaktoren.

Die zunehmende Zahl an aggressiven Personen bildet einen ernstzunehmenden Stressfaktor. Die Betreuung dieser PP bedeutet eine Mehrbelastung für das Pflegepersonal: Einerseits fehlt ihnen dadurch die Zeit für die anderen Notfälle und andererseits sind Pflegepersonen einer Notfallstation nicht spezifisch für die Betreuung dieses Patientengutes ausgebildet. Diverse Massnahmen wurden bereits umgesetzt. Weitere Massnahmen, zum Beispiel ein Umbau des Eingangsbereichs zur Steigerung der Sicherheit, sind geplant.

Es stellt sich die Frage, wie die Mitarbeitenden des UNZ die Sicherheit einschätzen und wie ihr Sicherheitsempfinden ist. Fühlen sie sich genügend vom Arbeitgeber unterstützt und werden von den Führungspersonen die richtigen Massnahmen getroffen? Welche Auswirkungen haben zum Beispiel die geplanten baulichen Massnahmen im Eingangsbereich auf das Sicherheitsempfinden? Gibt es noch weitere Massnahmen, um die Sicherheit zu erhöhen? Mit dieser Forschungsarbeit sollen diese blinden Flecken aufgedeckt werden.

3 Erkenntnisinteresse und Relevanz der Arbeit

Bei einem Vergleich mit anderen Berufsgruppen tritt gemäss einer Erhebung durch das Staatssekretariat Wirtschaft (SECO) deutlich zu Tage, dass Gewalt am Arbeitsplatz vor allem in Gesundheitsberufen vorkommt.

«Das Gesundheits- und Sozialwesen zeigt überdurchschnittliche Häufigkeiten bezüglich sozialer Spannungen, Benachteiligungen und Gewalt: Soziale Spannungen im Umgang mit Patienten (12.3 Prozent), Einschüchterung, Belästigung, Mobbing (8.5 Prozent), verbale Gewalt (7.8 Prozent), Drohungen und Erniedrigungen (5.8 Prozent) und körperliche Gewalt (2.7 Prozent). Mit Ausnahme der sozialen Spannungen sind es die Häufigkeiten mit den höchsten Werten aller Branchen» (Krieger et al., 2012, S. 45).

Nur 7,8 Prozent der Befragten erleben gemäss Krieger et al. verbale Gewalt im Gesundheitswesen. Im Gegensatz dazu geben Schablon et al. (2018, S. 1) an, dass innerhalb des Jahres 2017 94.1 Prozent der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen verbale Gewalt erfahren haben. Die beiden Erhebungen zeigen eine grosse Differenz auf. Wie häufig Pflegepersonen im UNZ verbale und physische Gewalt erleben, muss demnach für die vorliegende Arbeit genauer erhoben werden.

Von verbaler oder physischer Aggression in Krankenhäusern sind gemäss Patridge und Affleck (2017, S. 139) vor allem Pflegepersonen betroffen. Als Gründe geben Kowalenko et al. (2013, S. 201) an, dass Pflegepersonen einerseits Erstkontakt mit PP haben und andererseits auch mehr Zeit bei und mit ihnen verbringen als ärztliches Personal. Mahony (1991, S. 282) fand heraus, dass ca. 15 Prozent der Pflegepersonen nach einer «Victimisation» daran dachten, die Abteilung zu wechseln; ca. 18 Prozent erwogen, den Pflegeberuf ganz zu quittieren. Es herrscht ein akuter Pflegepersonalmangel, so dass es schwierig ist, für austretende Fachkräfte Ersatz zu finden.

Im Notfallzentrum des Inselspitals benötigen neue Mitarbeitende ein Jahr, bis sie in alle Funktionen eingearbeitet sind und die Prozesse kennen. Während der sechswöchigen Einführungszeit werden die neuen Mitarbeitenden zusätzlich eingeplant und haben stets einen Mentor oder eine Mentorin an ihrer Seite. Wegen des Personalmangels und der Kosten, die die Fluktuation verursacht, ist es im Interesse des Arbeitgebers, Kündigungen (insbesondere wegen aggressiver PPA) zu verhindern.

Richardson et al. (2019, S. 271) haben im Rahmen einer Metastudie existierende Reviews über das Management von Aggression und Gewalt in der Akutpflege zusammengefasst. Dabei fanden sie heraus, dass es keine evidenzbasierten Interventionen und Strategien gibt; sie empfehlen deshalb die Erforschung von klinisch relevanten Methoden in der Praxis (vgl. Richardson et al., 2019, S. 288).

3.1 Themenfelder

Die UNZ-Statistik zeigt, dass es eine Zunahme an aggressiven PP, an Intoxikierten und an Fünf-Punkte-Fixationen gibt. Die folgenden vier Themenfelder sollen deshalb vertieft betrachtet werden:

- Auswirkungen der Aggressionen auf Mitarbeitende
- Bauliche Situation im Warteraum
- Fünf-Punkte-Fixation
- Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen

Auswirkungen der Aggressionen auf Mitarbeitende

Die Zunahme der Aggressionsfälle und der intoxikierten PP wirkt sich auf die Mitarbeitenden und den Arbeitgeber Inselspital aus. Durch Aggressionen gegenüber Mitarbeitenden kommt es zu krankheitsbedingten Ausfällen, Verletzungen, Infektionen sowie zu Fluktuation (vgl. Alameddine et al., 2011, S. 455). Diese Ausfälle sind für den Arbeitgeber mit Kosten verbunden.

Magnavita und Heponiemi (2012, S. 12) geben an, dass nach einer erlebten verbalen Aggression der psychische Stresslevel sowie der Stresslevel bei der Arbeit erhöht sind. Die Arbeitsleistung kann dadurch für mehrere Tage reduziert sein (vgl. Fernandez et al., 1999, S. 1247). Nach einem Aggressionsfall nehmen die Konzentrationsfähigkeit und die Effizienz der Mitarbeitenden ab (vgl. Kowalenko et al., 2012, S. 202). Auch die Qualität der Patientenversorgung verschlechtert sich (vgl. Roche et al., 2010, S. 13). Wiederkehrende Aggressionsfälle können zu einem Verlust an Empathie gegenüber PP führen. Fida et al. (2018, S. 3) haben die Auswirkungen von Aggression am Arbeitsplatz untersucht; die Ergebnisse ihrer Forschung sind in der folgenden Darstellung zusammengefasst:

Auswirkungen von Aggression am Arbeitsplatz:

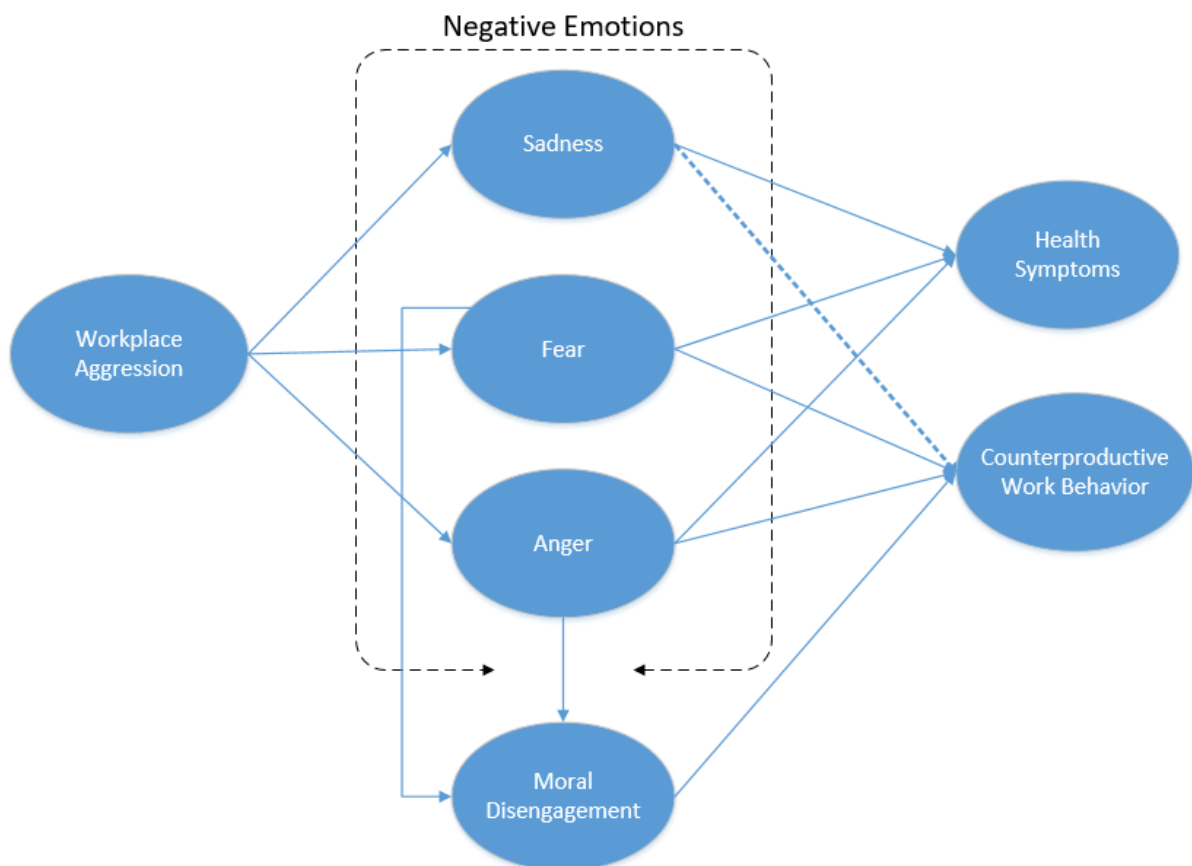


Abbildung 15: Auswirkungen von Aggression am Arbeitsplatz (Eigene Darstellung in Anlehnung an Fida et al., 2018, S. 3)

Aggressionen am Arbeitsplatz verursachen gemäss Fida et al. (2018, S. 1) negative Auswirkungen auf die Emotionen der Mitarbeitenden. Diese haben wiederum eine Auswirkung auf die Gesundheit der Mitarbeitenden und auf deren Produktivität.

Bauliche Situation im Warteraum

An Spitzentagen treten im Notfallzentrum Inselspital bis zu 180 PP ein. Besonders an Wochenenden und Feiertagen, wenn Polikliniken und Hausarztpraxen geschlossen haben, kommt es oft zu einer *Overflow-Situation*⁵ mit langen Wartezeiten. Dies führt regelmässig zu aggressivem Verhalten von PPA gegenüber dem Pflegepersonal an der Triage.

⁵ Overflow-Situation im UNZ: *Overflow* kommt aus dem Englischen und bedeutet *überquellen, überströmen, überfüllen*. Im Zusammenhang mit dem UNZ bedeutet dies, dass zahlreiche PP innert kürzester Zeit eintreten, welche das System nicht mehr bewältigen kann. Wenn in der Folge viel mehr PP eintreten als austreten, kommt es zu einer Overflow-Situation, zu einem «Überlaufen» im Notfallzentrum.

Der Empfangsbereich ist im UNZ offen und die PPA können jederzeit in den Arbeitsbereich des Pflegepersonals eindringen. Die ‹durchlässige› Gestaltung des Empfangsbereichs schützt das Pflegepersonal nicht vor Aggressor/innen, die sich zum Teil gewaltsam Zutritt verschaffen wollen. Lediglich ein Informationsschild weist darauf hin, dass Unberechtigte keinen Zutritt zum Arbeitsbereich haben.

Im Warteraum sitzen die PPA sehr dicht aneinander. Sie haben unterschiedliche Erkrankungen und Erwartungen. Es treffen alkoholisierte, psychiatrische, somatisch erkrankte und verletzte PP aus unterschiedlichen Kulturen und Lebenssituationen aufeinander. Die Wartezone wird zudem von den Mitarbeitenden des Inselspitals als Durchgangszone (Eingang/Ausgang) benutzt. Die PPA sind dadurch den Blicken unbeteiligter Personen ausgesetzt. Neben der Wartezone liegt im Sichtfeld der wartenden PPA die Transportzone zwischen Bettenstation⁶ und Ambulanzhalle. Ebenfalls im Sichtfeld befinden sich die Besucher- und Patiententoiletten. Der Warteraum strahlt für PPA also kein angenehmes Ambiente aus und bietet für das Pflegepersonal keine genügende Sicherheit.

Die Klinikleitung hat deshalb im Jahr 2017 die Berner Fachhochschule der Künste beauftragt, eine Ist-Analyse durchzuführen und Lösungsansätze zu entwickeln. Anhand der erhobenen Probleme kam die Klinikleitung des UNZ zum Schluss, dass dringend bauliche Massnahmen im Eingangsbereich nötig sind. Das Ziel der Umgestaltung des Warteraums ist in erster Linie die Verbesserung der Sicherheit für die Mitarbeitenden und die PPA. Weiter sollen die Privatsphäre für die PP und der Datenschutz optimiert werden. Geplant wurde der Einbezug der Prinzipien des ‹supportive design› (Ulrich's theory) (vgl. Andrade; Devlin, 2015, S. 125; vgl. Ulrich et al., 1991). Damit soll das Wohlbefinden der PPA im Warteraum positiv beeinflusst sowie Stress abgebaut werden (*enhanced coping*) und Aggressionen sollen verhindert werden (vgl. Ulrich et al., 1991, S. 201).

Fünf-Punkte-Fixation bei selbst- und/oder fremdgefährdenden PP

Die Entscheidung für eine freiheitsberaubende Zwangsmassnahme wird in einem hektischen, von Zeit- und Entscheidungsdruck geprägten Umfeld gefällt. Aus diesem Grund sind im UNZ

⁶ Bettenstation: Sämtliche PP, die mit der Ambulanz von einer Bettenstation des Inselspitals extern verlegt oder als Notfalleintritt von der Ambulanz direkt auf eine Bettenstation im Bettenhochhaus gebracht werden, müssen von der Ambulanzhalle durch die Transportzone des UNZ (oder umgekehrt) in das Bettenhochhaus transferiert werden.

stets drei Betten für eine Fünf-Punkte-Fixation mit den Gurtgrössen S/M/L⁷ vorbereitet. Mehrheitlich werden selbst- und/oder fremdgefährdende PP mit dem Rettungsdienst und/ oder der Polizei in das UNZ gebracht. Eine Fünf-Punkte-Fixation ist eine freiheitsberaubende Massnahme, die nur im äussersten Notfall eingesetzt werden darf. Die Zwangsmassnahme ist sowohl für PPA als auch für das Personal traumatisch (vgl. Sauter et al., 2006, S. 578). Eine interdisziplinäre Schulung zum Thema Fünf-Punkte-Fixation wurde bis jetzt nicht durchgeführt. Bislang wurde davon ausgegangen, dass die Mitarbeitenden diese Massnahme beherrschen. Die Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW, 2015) hat Richtlinien für freiheitsberaubende Massnahmen festgelegt, welche sowohl für ärztliches Personal als auch für Pflegepersonen verbindlich sind.

Ziaei et al. (2018, S. 1) untersuchten in einem Literaturreview an 200 Studien, wie Aggression und Gewalt in Notfallstationen gemanagt werden. Einen einheitlichen Standard (*bestpractice*) gibt es nicht. Thomann et al. haben im «*acute-care hospital setting*»⁸ geforscht und herausgefunden, dass es unterschiedliche Standards gibt (vgl. Thomann et al., 2020, S. 1). Weiter haben sie festgestellt, dass nur 64 Prozent aller Zwangsmassnahmen in der Bettenstation dokumentiert werden (vgl. Thomann et al., 2020, S. 1). Im Gegensatz zum *emergency-care setting*, bei dem es sich um eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung handelt, werden im *acute-care hospital setting* Zwangsmassnahmen zum Schutz vor Stürzen und bei deliranten PP eingesetzt.

Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen

Das UNZ arbeitet bei der Behandlung von aggressiven PP eng mit verschiedenen Partnerorganisationen zusammen. Diese Zusammenarbeit, die Weitergabe von Information und Kommunikation sind für die Patientenversorgung von grosser Bedeutung. Die Mitarbeitenden des UNZ tragen die Probleme bei der Zusammenarbeit mit den Partnerorganisationen nicht an ihre vorgesetzte Person weiter. Welche Schwierigkeiten die Partnerorganisationen in der Zusammenarbeit mit dem Notfallzentrum haben, ist nicht bekannt. Die Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen des Notfallzentrums wurde in Bezug auf aggressive PP bislang nicht beforscht.

⁷ S/M/L: Fixationsgurte mit den Grössen small/medium/large

⁸ Acute-care hospital setting: Akutmedizin in der Bettenstation

3.2 Forschungsrelevanz

Diese Forschungsarbeit hat zum Ziel, einen Überblick über das Aggressionsmanagement zu erstellen, um mit den neuen Erkenntnissen einen Mehrwert für den theoretischen und den praktischen Bereich zu schaffen.

Das steigende Aggressionspotential im UNZ ist ein akutes Problem. Es betrifft jedoch nicht nur das Notfallzentrum Inselspital Bern, sondern ist weltweit vorhanden (vgl. Kansagra et al., 2006, S. 1268). In den letzten Jahren wurde diese Thematik auch in der Schweiz vermehrt von den Medien aufgegriffen (vgl. Nau et al., 2019, S. 266). Wehler et al. (2011, S. 369) äussern sich dazu wie folgt: «Während Ursachenkonstellationen und patientenbezogene Risikofaktoren für Gewaltphänomene in aussereuropäischen Notaufnahmen bereits charakterisiert wurden, steht die Evaluation der Wirksamkeit von strukturellen Massnahmen der Gewaltverhinderung sowie von individuellen Präventions- und Deeskalationsprogrammen auch im Ausland noch aus.» Unter strukturellen Massnahmen verstehen Wehler et al. (2011, S. 367) räumliche Bedingungen, Personalqualifikation, Stellenetat und Prozesse. Zur Erforschung der Wirksamkeit von strukturellen Massnahmen empfehlen sie eine Erhebung darüber, wie Mitarbeitende Gewalt erleben und welche Bedeutung diese für sie hat (vgl. Wehler et al., 2011, S. 370).

«Im Hinblick auf die bisherigen Forschungsergebnisse besteht hinsichtlich der Untersuchung von Gewaltphänomenen in der klinischen Notaufnahme eine grosse Diskrepanz zwischen internationalem und nationalem Forschungsstand» (Nau et al., 2019, S. 267). Es existieren keine Studien, im Rahmen welcher Stationsleitungen von Notfallstationen in der Schweiz zu ihren Standards im Aggressionsmanagement befragt wurden. Weiter existieren keine Studien, welche die Zusammenarbeit zwischen Notfallstationen und Partnerorganisationen erforscht haben.

Mit dieser Arbeit soll ein Überblick über die Massnahmen in verschiedenen Notfallstationen der Schweiz geschaffen und es sollen die Massnahmen von Partnerorganisationen und deren Sicht auf die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden des UNZ erhoben werden, um neue Erkenntnisse und eine Wissenserweiterung zu den bestehenden Sicherheitsmassnahmen zu gewinnen.

3.3 Praxisrelevanz

Vor allem Pflegepersonen in Notfallstationen sind von Aggressionen betroffen (vgl. Kowalenko et al., 2012, S. 523). Aggressive PP verursachen Kosten, indem grosse Personalressourcen für die Betreuung und Ruhigstellung in Anspruch genommen werden. Diese fehlen dann bei der Versorgung von akuten Notfällen. Die Qualität und Sicherheit bei der Versorgung kann nicht sichergestellt werden. Fehlende Motivation, krankheitsbedingte Ausfälle und Fluktuation beim Pflegepersonal infolge des steigenden aggressiven Verhaltens von PP erhöhen ebenfalls die Kosten (vgl. Hämmig, 2018, S. 63; vgl. Adriaenssens et al., 2015, S. 649; vgl. Roche et al., 2010, S. 13; vgl. Mahoney, 1991, S. 282). Angesichts des bestehenden Pflegeengpasses und der Personallücken können Fluktuationen nicht ohne Weiteres aufgefangen werden, was zu einer weiteren Belastung des Pflgeteams führt.

Bei der Versorgung von Notfällen sind Kosten, Qualität und Sicherheit wesentliche Faktoren für die Führungsebene. Art der Aggression, Gründe für aggressives Verhalten, Eintrittszeit, Alter der Aggressoren etc. wurden bereits in verschiedenen Studien erforscht (vgl. Kaeser et al., 2018; vgl. Walter et al., 2012; vgl. Saines, 1999; vgl. Jenkins et al., 1998). Verschiedene Organisationen, zum Beispiel die «Occupational Safety and Health Administration» (OSHA) oder die SAMW, haben Guidelines und Empfehlungen erstellt.

Im Englischen wird zwischen *Patient-Safety* und *Security* unterschieden. Unter *Patient-Safety* wird eine Patient/innen-Sicherheitskultur verstanden, die dazu beiträgt, dass gleiche Behandlungsfehler zukünftig vermieden werden können. In der Schweiz wurde dafür ein Meldesystem für Beinahe-Zwischenfälle etabliert (*Critical Incidence Reporting System [CIRS]*). Für die Sicherheit (*Security*) von Mitarbeitenden und PPA sollte ebenfalls eine **Security-Kultur** etabliert und standardisiert werden.

Um eine Kultur der Mitarbeitenden- und PPA-Sicherheit entwickeln zu können, gilt es zunächst die Ist-Situation zu analysieren, bevor die Erkenntnisse der Literatur erhoben und ausgewählte Massnahmen erforscht werden. In der vorliegenden Arbeit gilt es sich auch einen Überblick über Sicherheitsmassnahmen in anderen Notfallstationen der Schweiz zu verschaffen und sie miteinander vergleichen. Schliesslich soll die Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen erforscht werden, um deren Anliegen für eine Verbesserung der Zusammenarbeit bei der Behandlung von aggressiven PP zu erfahren.

3.4 Praktischer Mehrwert

Aus unterschiedlichen Blickwinkeln soll ein Überblick über das Aggressionsmanagement und die Auswirkungen auf die Sicherheit und das Sicherheitsempfinden gewonnen werden. Mit der Empirie sollen neue Einflussfaktoren erkannt werden, um daraus wiederum Massnahmen ableiten zu können, welche einen Einfluss auf die Sicherheit und das Sicherheitsempfinden haben.

Empirie

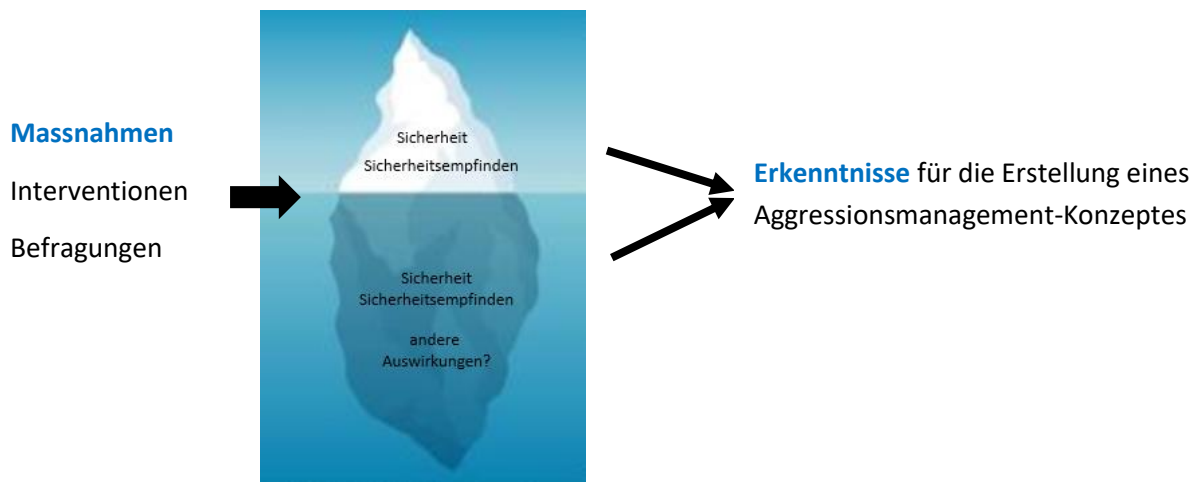


Abbildung 16: Massnahmen – Empirie – Erkenntnisse (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an <https://www.gograph.com/de/clip-art-vektografiken/iceberg.html> [abgefragt am: 23.12.2021])

Mit dem erworbenen Wissen sollen ein Konzept für das Aggressionsmanagement im UNZ sowie Empfehlungen zu sicherheitsfördernden und aggressionsmindernden Massnahmen für Notfallstationen in der Schweiz formuliert werden (Berner Aggressionsstandards [BAS]). Diese Empfehlungen sollen Führungspersonen beim **Aufbau einer Security-Kultur** unterstützen. Dadurch sollen sich die Sicherheit und das Sicherheitsempfinden der Mitarbeitenden verbessern.

4 Zielstellung der Dissertation

In diesem Kapitel werden theoriegeleitete, empiriegeleitete und gestaltungsgeleitete Zielstellungen erarbeitet.

4.1 Theoriegeleitete Zielstellungen

Die folgenden vier Modelle zeigen Faktoren auf, welche Gewalt auslösen können und für die Mitarbeitenden eine psychische Belastung bedeuten.

Modell Treier, 2019	Modell Steck-Egli, 2005	Modell Levin et al., 1998	Walter et al., 2012
Gründe für psych. Belastungen	Auslösende Faktoren für Gewalt	Auslösende Faktoren für Gewalt	Situatives Modell zur Entstehung und Verlauf im Gesundheitswesen
<ul style="list-style-type: none"> Arbeitsplatz-Belastung Psychosoziale Belastung Arbeitsqualität Arbeitsintensität 	<ul style="list-style-type: none"> Aggressor Situation Mitarbeiter/in 	<ul style="list-style-type: none"> Personale Faktoren Arbeitsplatz-Faktoren Umgebungsfaktoren 	<ul style="list-style-type: none"> Personale Faktoren Patient/in Personale Faktoren Mitarbeiter/in Umgebungsfaktoren

Tabelle 3: Vier Modelle der Gewaltentstehung (Quelle: Eigene Darstellung)

Modell nach Treier

Treier (2019, S. 3) erklärt in seinem Basis-Modell verschiedene Gründe, die zu einer psychischen Belastung führen. Die Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen bilden den Sockel. Unter den Anforderungen aus der Arbeitstätigkeit versteht Treier Arbeitsbelastung, psychosoziale Belastung, Arbeitsqualität und Arbeitsintensität. Belastungen können vermindert werden, indem der Arbeitgeber in den Sockel investiert. Treier zufolge sind diese Investitionen von hoher Nachhaltigkeit geprägt.

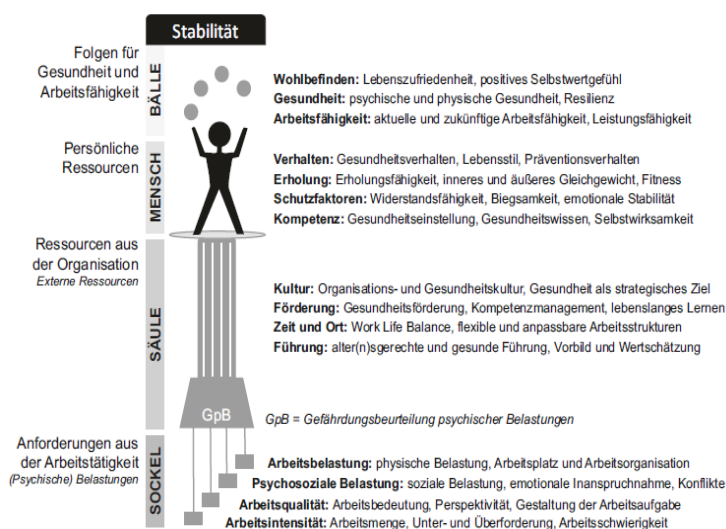


Abbildung 17: Modell Treier – psychische Belastungen (Quelle: Treier, 2019, S. 3)

Aggressive PP verursachen auf allen vier Ebenen des Sockels eine Belastung. Die Arbeitsbelastung und Arbeitsintensität steigen, wenn zum Beispiel bei einer Fünf-Punkte-Fixation mehrere Pflegepersonen mit einem aggressiven PP beschäftigt sind und es dadurch nicht mehr genügend personelle Ressourcen für andere Notfälle gibt. Dadurch sinkt die Qualität bei der Versorgung der anderen Notfälle. Eine Fixation bedeutet ausserdem eine grosse emotionale Belastung für das Pflegepersonal.

Gemäss Arbeitsschutzgesetz ist der Arbeitgeber verpflichtet, eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen und menschengerechte Arbeitsbedingungen herzustellen (vgl. Treier, 2019, S. 1). Das Arbeitsschutzgesetz (Arbeitsschutzverordnung, ArGV) stuft die Beurteilung der Gefährdungen am Arbeitsplatz als notwendige präventive Massnahme ein (vgl. ArGV 3, 2015). Dies wird im Artikel 2 wie folgt beschrieben: «Der Arbeitgeber muss alle Massnahmen treffen, die nötig sind, um den Gesundheitsschutz zu wahren und zu verbessern und die physische und psychische Gesundheit der Arbeitnehmer zu gewährleisten» (ArGV 3, Art. 2, 2015).

Modell nach Steck-Egli (2005, S. 13):

Steck-Egli (2005, S. 13) hat ein Modell zur Entstehung von Aggressionsereignissen in der Notfallstation erstellt. Darin unterscheidet sie drei Faktoren, die an der Entstehung von Gewalt mitwirken können: Aggressor/in, Mitarbeiter/in und situative Rahmenbedingungen.

Modell: Auslösende Faktoren für Gewalt nach Steck-Egli (Steck-Egli, 2005, S. 13)

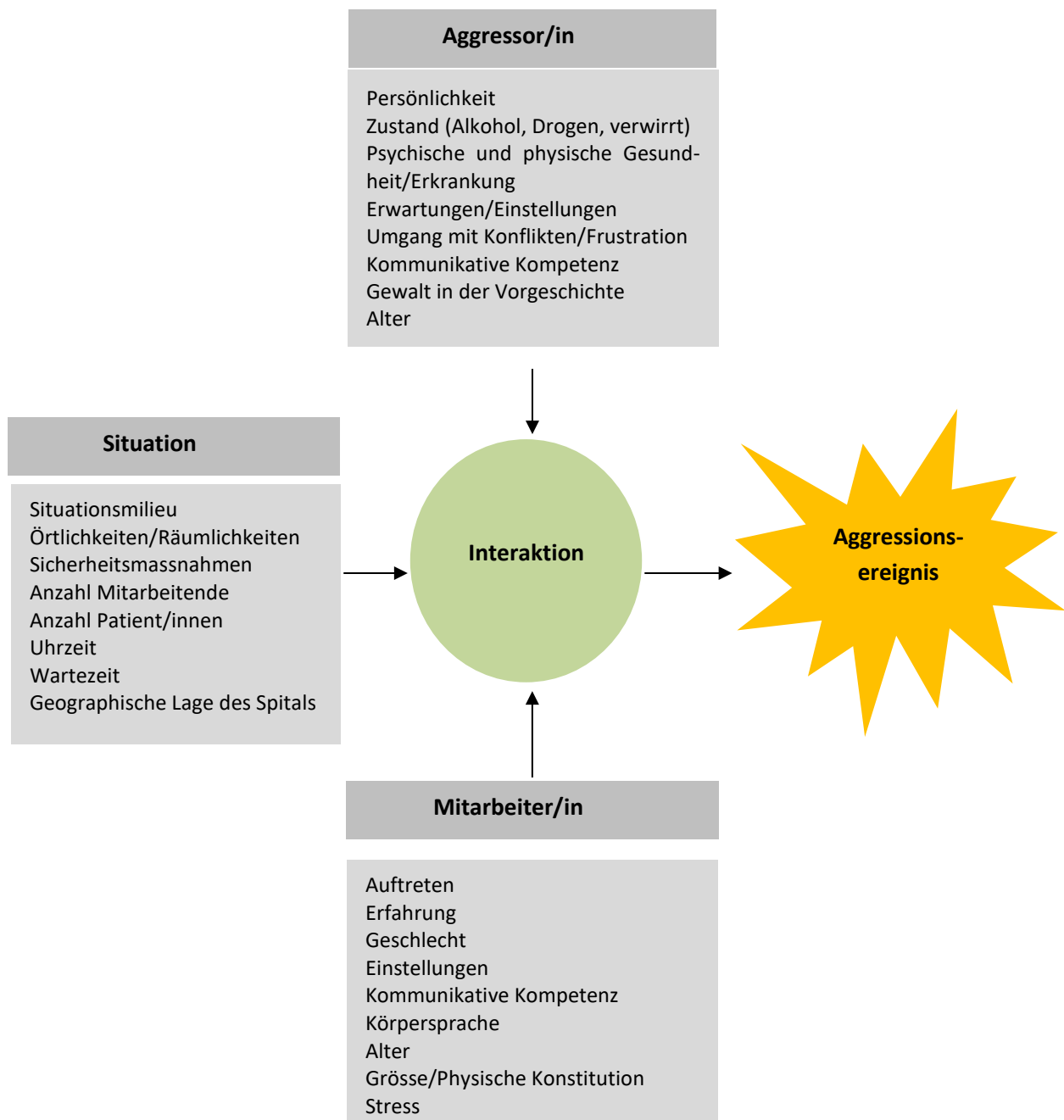


Abbildung 18: Faktoren zur Entstehung von Aggressionsereignissen (Quelle: Darstellung modifiziert in Anlehnung an Steck-Egli, 2005, S. 13)

Modell nach Levin et al. (1998, S. 251):

Hinsichtlich der Gründe für die Entstehung von Gewalt unterscheiden die Autoren zwischen personalen, Umgebungs- und Arbeitsplatz-Faktoren.

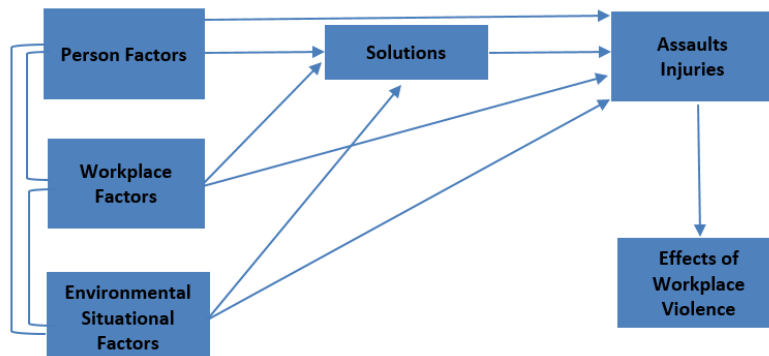


Abbildung 19: Faktoren, die zu Gewalt am Arbeitsplatz beitragen (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Levin et al., 1998, S. 251)

Unter personalen Faktoren verstehen Levin et al.:

- Physische Attribute wie Grösse, Alter
- Respektvoller Umgang

Arbeitsplatzfaktoren:

- Ausgebildetes Sicherheitspersonal
- Bewusstsein für präventive Massnahmen beim Spitalmanagement
- Wartezeiten
- Spezifische Weiterbildung in der Notfallstation
- Melden der Vorfälle

Umgebungsfaktoren:

- Soziale Veränderungen (Zunahme der Verärgerung in der Gesellschaft, fehlender Respekt)
- Typ von PP (Abusus von Substanzen, psychiatrisch, dement)
- Geographische Lage des Spitals
- Familienangehörige
- Gangs
- Waffen

Modell nach Walter et al. (2012, S. 91):

«Das NOW-Modell, ein integratives, interaktionistisches Situationsmodell zur Entstehung und zum Verlauf von Aggressionsereignissen im Gesundheitswesen» (Walter et al., 2012, S. 91).

Personale Faktoren Patient/in, Mitarbeiter/in

Die Autor/innen geben für Mitarbeitende und für PP die gleichen Faktoren an. Diese sind:

- Erkrankungen, Vergiftungen
- Medikamentöse Faktoren
- Erwartungshaltung
- Persönlichkeitsmerkmale
- Genetische Determinanten
- Physiologische Faktoren (Tageszeit, Hormonlage, Stress)

Umgebungsfaktoren

- Das Setting definiert das Verhalten
- Bauliche Umstände
- Team-Atmosphäre

Das NOW-Modell

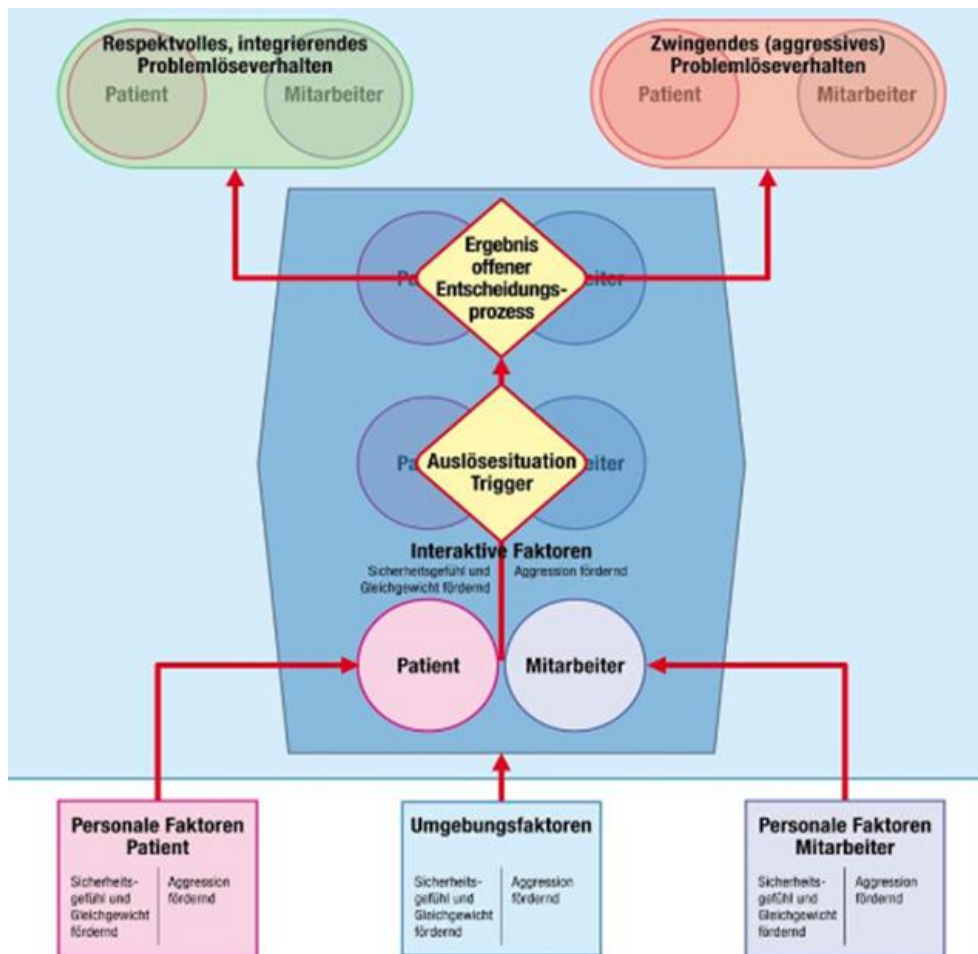


Abbildung 20: Das NOW-Modell (Quelle: modifiziert nach Walter et al., 2012, S. 91)

Nau et al. (2018, S. 51ff) machen Anpassungen bei den Faktoren, die für die Entstehung von Aggressionen und für das Sicherheitsgefühl verantwortlich sind. Sie erkennen personale Faktoren, bauliche Umgebungs-faktoren oder organisatorische Rahmenbedingungen. Ihre Empfehlungen zur Reduktion/Elimination von Gewalt bauen auf den folgenden drei Faktoren auf:

- Bei den **personalen Faktoren** fließen die Prägung und die Erfahrungen der Beteiligten (PP und Mitarbeitende) ein.
- Als **bauliche Umgebungs-faktoren** geben sie die Gestaltung des Warteraums, Beleuchtung, Fensterflächen, Belüftung, Geruch, Möblierung sowie die Schaffung von Rückzugs- und Fluchtmöglichkeiten an. (Levin et al. ordnen die baulichen Umgebungs-faktoren den Arbeitsplatzfaktoren zu.)
- Als **organisatorische Umgebungs-faktoren** benennen sie die Grundhaltungen in einem Team oder der Einrichtung. Beispielsweise gilt in Notfallstationen der Grundsatz, dass PP nach Behandlungsdringlichkeit (Triage-Stufe) behandelt werden. (Im Unterschied zu Nau

et al. betrachten Levin et al. die Grundhaltung des Teams als einen Arbeitsplatzfaktor und nicht als einen Umgebungsfaktor.)

Fazit: Die Modelle zeigen Faktoren, welche für die Entstehung von Gewalt verantwortlich sein können, sowie verschiedene Massnahmen, welche die Sicherheit fördern. In den Modellen zur Entstehung von Gewalt zeigt sich ein unterschiedliches Verständnis der Begriffe ‹Umgebungsfaktoren› und ‹Arbeitsplatzfaktoren›. Die *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) sind der Ansicht, dass es keine universelle Präventionsstrategie gibt, da die Risikofaktoren von Spital zu Spital und von Abteilung zu Abteilung variieren (vgl. CDC, 2002, S. 9).

Gerade deshalb sollte mit dem Wissen aus den genannten Modellen ein neues Modell erstellt werden, wo nebst personellen, Arbeitsplatz- und Umgebungsfaktoren auch der Faktor Management aufgenommen wird, um entsprechend der Empfehlung der CDC und den Forschungsergebnissen aus der vorliegenden Arbeit eine Präventionsstrategie für das UNZ erstellen zu können.

Zusammenfassung der theoriegeleiteten Zielstellung

- Das Setting des UNZ umfasst nebst den ‹normalen› Notfällen eine speziell aggressive, hochgefährliche Klientel, weshalb ein **entsprechendes Aggressionsmanagement-Modell für Führungspersonen des UNZ** erstellt werden muss.
- Es soll herausgefunden werden, wie die Mitarbeitenden den Einfluss des Managements auf die Sicherheit beurteilen.

4.2 Empiriegeleitete Zielstellungen

Gemäss Richardson et al. (2019, S. 271) bedarf es der evidenzbasierten Erforschung von Interventionen. Auswirkungen auf das Sicherheitsempfinden von Pflegepersonen nach baulichen Massnahmen sowie nach einer Schulung in der Fünf-Punkte-Fixation wurden bislang nicht erforscht (vgl. Burchill, 2015, S. 64). Ob und wie sich das Sicherheitsempfinden von Pflegepersonen durch die steigende Zahl an intoxikierten und aggressiven PP verändert, wurde in der Studie von Burchill nicht im Speziellen untersucht (vgl. Burchill, 2015, S. 62ff).

Es gibt keine Studie oder Übersicht, die aufzeigt, welche Massnahmen zur Förderung der Sicherheit des Pflegepersonals in Schweizer Notfallstationen umgesetzt wurden. Weiter fehlen Studien über die Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen. Deren Expertinnen und Experten könnten entscheidende Hinweise darauf liefern, ob es «blinde Flecken» bei den Sicherheitsmassnahmen gibt.

Forschungslücken

- Es soll ein Transfer der Erkenntnisse zum «Evidence-Based Design» durch die Erforschung von verschiedenen baulichen Massnahmen im Warteraum des UNZ durchgeführt werden (vgl. Hobbs, 2016; Iyendo et al., 2016; vgl. Ziesenitz, 2009; vgl. Ulrich et al., 2008; vgl. Gates et al., 2006; vgl. Douglas; Douglas, 2004; vgl. Hartig et al., 2003; vgl. Leather, 2003; vgl. Evans; McCoy, 1998).
- Fünf-Punkte-Fixationen wurden vor allem in psychiatrischen Kliniken und in Intensivstationen untersucht; das UNZ weist allerdings ein anderes Setting auf. Es gibt keine Studie, die aufzeigt, wie häufig Fünf-Punkte-Fixationen in Notfallstationen der Schweiz umgesetzt werden und welche Herausforderung diese Massnahme für die Mitarbeitenden bedeutet (vgl. Fröhlich et al., 2018; vgl. Freeman et al., 2016; vgl. Demir, 2007; vgl. Minnick et al., 2007; vgl. Lai, 2007; vgl. Nelstrop et al., 2006; vgl. Fish; Culshaw, 2005).
- In der Sicherheitsforschung stellte Heisz fest, dass die reale Sicherheit nicht mit dem subjektiven Sicherheitsempfinden übereinstimmt (vgl. Heisz, 2012, S. 17). Blando et al. (2013, S. 491) verglichen das Sicherheitsempfinden von Pflegepersonen in Notfallstationen mit jenem in psychiatrischen Kliniken. Obwohl es in psychiatrischen Kliniken zu mehr Aggressionen kam, fühlten sich die Pflegepersonen dort sicherer als jene in Notfallstationen.

Zusammenfassung der empiriegeleiteten Zielstellung

- Im Rahmen dieser Forschungsarbeit soll aufgezeigt werden, wie sicher sich Pflegepersonen im UNZ fühlen und welche Auswirkungen gezielte Massnahmen auf das Sicherheitsempfinden haben.
- Es soll ausserdem herausgefunden werden, wie Schweizer Stationsleitungen von Notfallstationen die Sicherheit in der Notfallstation einstufen und welche Standards sie besitzen.
- Die Aussensicht von Expertinnen und Experten aus Partnerorganisationen soll aufzeigen, mit welchen weiteren Massnahmen die Sicherheit im UNZ erhöht werden kann.

4.3 Gestaltungsgeleitete Zielstellungen

Im UNZ wurden bereits mehrere Massnahmen etabliert. Welchen Einfluss zwei neue Interventionen auf die Sicherheit und das Sicherheitsempfinden von Pflegepersonen haben, muss vor und nach den Interventionen erhoben werden, um den Effekt messen zu können. Weiter sollte erhoben werden, ob es ‹blinde Flecken› gibt und ob weitere Massnahmen nötig sind. Mit den erworbenen Erkenntnissen soll ein Massnahmenplan erstellt werden.

Bereits umgesetzte Massnahmen im UNZ	Beforschte Massnahmen	Suche nach ‹blinden Flecken›
<ul style="list-style-type: none"> • 24/7-Sicherheitsdienst • Sicherheitskoje, Alarmbutton • Standard: Aggressionsmeldung, Massnahmen Rechtsdienst • Schulung verbale Deeskalation 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleich vor und nach zwei Interventionen (bauliche Massnahmen und Schulung/Standard bei der Fünf-Punkte-Fixation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleich mit umgesetzten Massnahmen und Empfehlungen von Stationsleitungen der Notfallstationen der Schweiz • Empfehlungen/Anregungen Partnerorganisationen



Aus den erhobenen Ergebnissen sollen Empfehlungen und ein Massnahmenplan abgeleitet werden.
Massnahmenplan für das UNZ

Abbildung 21: Gestaltungsgeleitete Zielstellung (Quelle: Eigene Darstellung)

Gestaltungsgeleitete Zielstellung

Aus den erhobenen Resultaten sollen **Empfehlungen bzw. ein Massnahmenplan** abgeleitet werden, um die Sicherheit und das Sicherheitsempfinden beim Personal zu erhöhen.

4.4 Zusammenfassung der Haupt- und Teilzielstellungen

Unterschiedliche Faktoren führen dazu, dass PPA im UNZ ein aggressives Verhalten gegenüber dem Personal an den Tag legen. Das UNZ hat den Versorgungsauftrag, alle eintretenden PP zu behandeln, auch wenn es sich um fremdgefährdende Personen handelt. Der Arbeitgeber ist gleichzeitig aber auch für die Sicherheit der Mitarbeitenden verantwortlich (Gesetzesgrundlagen Anlage VI, 5). Es besteht somit ein Spannungsfeld zwischen dem Versorgungsauftrag gegenüber den PP und der Fürsorgepflicht gegenüber den Mitarbeitenden.

Verschiedene theoretische Modelle (Treier, 2019; Walter et al., 2012; Steck-Egli, 2005; Levin et al., 1998) sowie empirische Studien und Empfehlungen der OSHA oder der CDC wurden dargelegt und es musste festgestellt werden, dass die Auswirkungen von Massnahmen noch ungenügend erforscht sind (vgl. Richardson et al., 2019, S.287f; vgl. Taylor; Rew, 2011, S. 1083). Über die Zusammenarbeit von Notfallstationen und Partnerorganisationen gibt es bislang keine Studien. Ein umfassendes Aggressionsmanagement-Konzept speziell für das Setting der Notfallstation konnte nicht gefunden werden. Aus diesem Grund soll im Rahmen dieser Forschungsarbeit ein Konzept erstellt werden, welches auf den genannten Modellen, den empirischen Studien, den Empfehlungen der OSHA und CDC sowie den Ergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeit basiert.

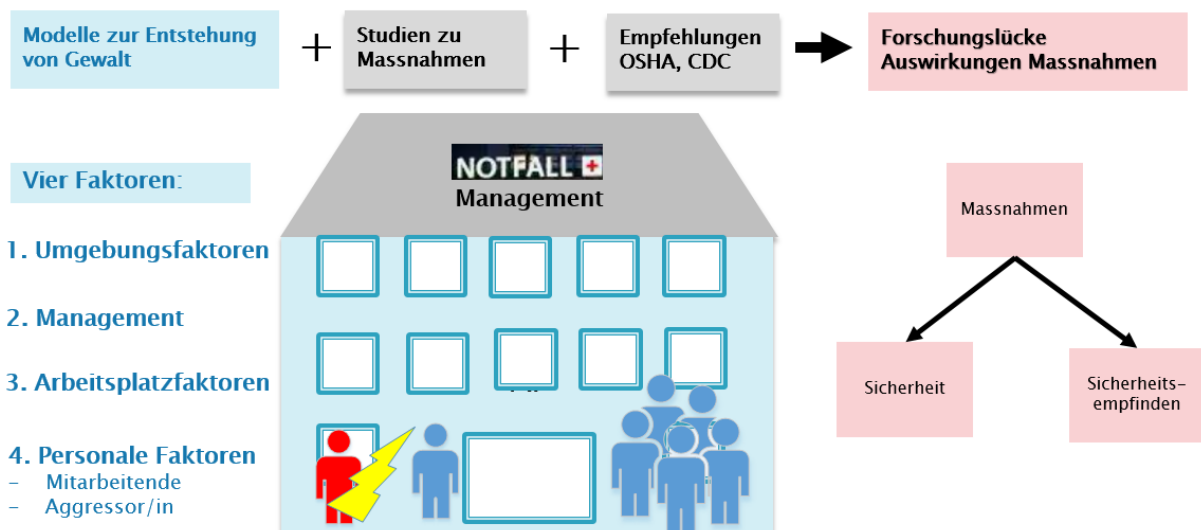


Abbildung 22: Modell Aggressionsmanagement (Quelle: Eigene Darstellung)

Da es sich um eine komplexe Problematik handelt, muss diese aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Mit gezielten Fragestellungen soll herausgefunden werden, wie Pflegepersonen des UNZ die Sicherheit und das Sicherheitsempfinden beurteilen. Im Vordergrund steht die Beurteilung, ob alle nötigen Massnahmen ergriffen wurden. Ein Vergleich mit den

Massnahmen anderer Notfallstationen der Schweiz und die Aussensicht von Partnerorganisationen sollen weitere Aufschlüsse liefern und eventuell blinde Flecken beim Aggressionsmanagement aufdecken. Schlussendlich sollen die verschiedenen Erkenntnisse ein Gesamtbild des Aggressionsmanagements liefern und damit Führungspersonen der Notfallstationen bei Entscheidungen helfen.

Nachfolgend werden die theoretischen, empirischen und gestaltungsgeleiteten Zielstellungen sowie die daraus abgeleiteten Fragestellungen zusammengefasst:

Zielstellungen	Haupt- und Teilfragestellungen
<p>Theoriegeleitete Zielstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aus den Erkenntnissen soll ein Aggressionsmanagement-Modell für das UNZ abgeleitet werden. • Zudem wird ein Modell mit Indikatoren für Führungspersonen benötigt. • Es soll untersucht werden, wie die Mitarbeitenden den Einfluss des Managements auf die Sicherheit beurteilen. 	<p>Teilfragestellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie soll ein Aggressionsmanagement-Modell für das UNZ aussehen? • Wie sieht ein Modell mit Indikatoren für Führungspersonen aus? • Wie nehmen die Mitarbeitenden den Einfluss des Managements auf die Sicherheit wahr?
<p>Empirigeleitete Zielstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diese Forschungsarbeit soll aufzeigen, wie sicher sich Pflegepersonen im UNZ fühlen. • Es soll ermittelt werden, welche Auswirkungen gezielte Massnahmen auf das Sicherheitsempfinden der Mitarbeitenden haben. (Das Ziel ist eine Zusammenstellung von baulichen Massnahmen, welche die Sicherheit im Warteraum des UNZ erhöhen. Es soll zudem ein Überblick darüber geschaffen werden, wie häufig Fünf-Punkte-Fixationen in Notfallstationen der Schweiz eingesetzt werden und welche Herausforderungen damit verbunden sind.) • Es soll ausserdem herausgefunden werden, wie Stationsleitungen von Notfallstationen der Schweiz die Sicherheit in der Notfallstation einstufen und welche Standards sie aufweisen. • Die Aussensicht von Experten und Expertinnen aus Partnerorganisationen soll aufzeigen, mit welchen weiteren Massnahmen die Sicherheit im UNZ erhöht werden kann. 	<p>Hauptfragestellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie sicher fühlen sich die Mitarbeitenden im UNZ und mit welchen Massnahmen kann die Sicherheit des Personals bei der Betreuung von aggressiven PP erhöht werden? • Wie beurteilen Stationsleitungen aus Notfallstationen der Schweiz ihren Sicherheitsstandard und welche Massnahmen haben sie implementiert? • Welche Sicherheitsstandards haben Partnerorganisationen und welche Empfehlungen geben sie der Leitung des UNZ? <p>Teilfragestellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie nehmen die Mitarbeitenden den Einfluss des Managements auf die Sicherheit wahr? • Welchen Impact haben zwei ausgewählte Interventionen (bauliche Massnahmen, Schulung Fünf-Punkte-Fixation) auf die Sicherheit?
<p>Gestaltungsgeleitete Zielstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aus den erhobenen Resultaten sollen Empfehlungen für einen Massnahmenplan abgeleitet werden, welche die Sicherheit und das Sicherheitsempfinden beim Personal erhöhen. 	<p>Teilfragestellung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Standards können für ein Aggressionsmanagement-Konzept empfohlen werden?

Zusammenfassung

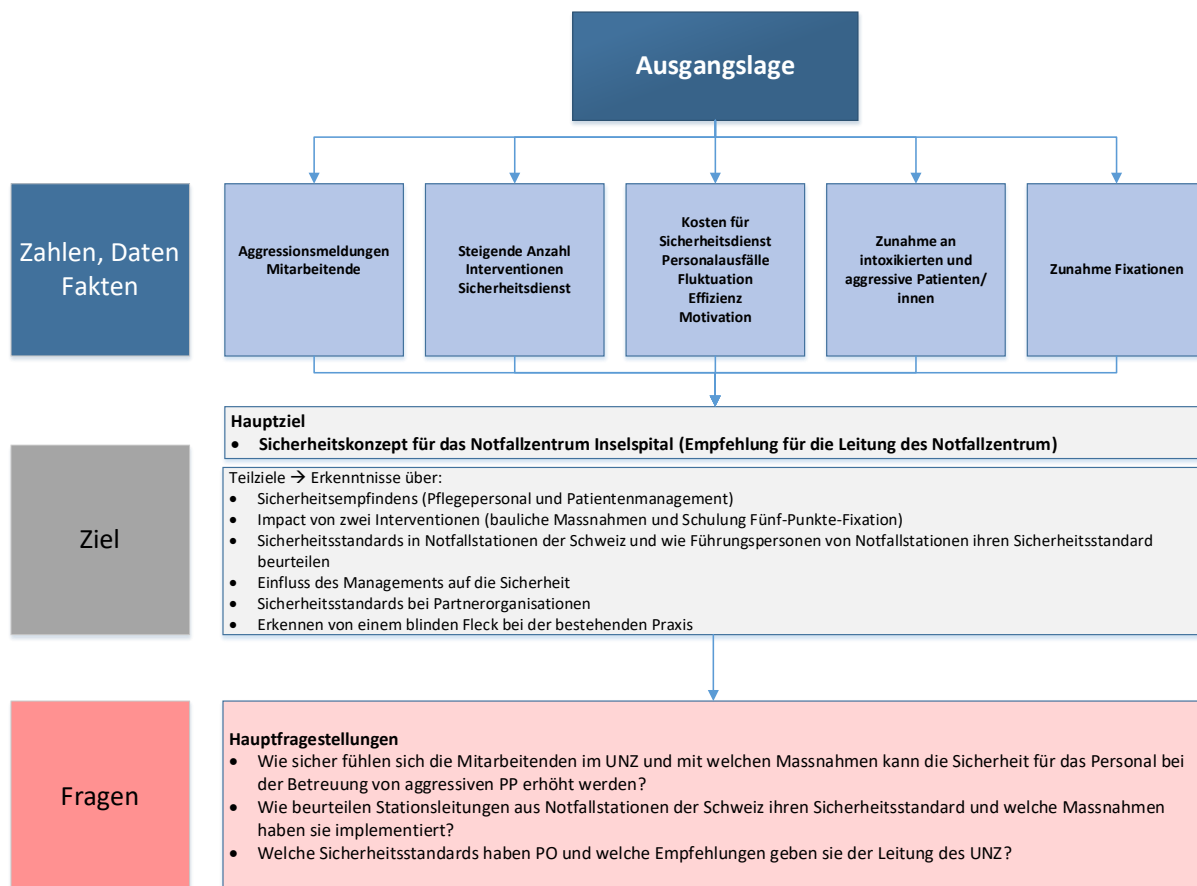


Abbildung 23: Ziel der Forschungsarbeit inkl. Forschungsfragen (Quelle: Eigene Darstellung)

4.5 Erwartete neue Ergebnisse und Erkenntnisse

4.5.1 Erwartete neue Ergebnisse und Erkenntnisse der Dissertation insgesamt

Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit sollen Führungspersonen von Notfallstationen bei der Etablierung von verschiedenen Massnahmen unterstützen. Dadurch sollen die Sicherheit und das Sicherheitsempfinden von Pflegepersonen gesteigert werden.

4.5.2 Erwartete neue Ergebnisse und Erkenntnisse des theoretischen Teils

Der theoretische Teil soll einen Überblick über bereits etablierte Sicherheitsmassnahmen und Standards vermitteln. Wissen aus Aggressionsmanagement im Gesundheitswesen und verschiedene Studien aus Notfallstationen zu einzelnen Massnahmen werden herausgefiltert und zusammengefasst. Dieses Wissen bildet die Grundlage für die Beforschung von verschiedenen Massnahmen im UNZ. Daraus soll ein ganzheitliches, umfassendes Bild (*Big Picture*) für ein Aggressionsmanagement im UNZ erstellt werden.

4.5.3 Erwartete neue Ergebnisse und Erkenntnisse des empirischen Teils

Die Studie soll aufzeigen, wie sicher sich das Pflegepersonal und die Mitarbeitenden Patientenmanagement (MP) im UNZ fühlen, welche Massnahmen sie als hilfreich erachten und welche weiteren Vorkehrungen sie sich wünschen würden. Es wird erwartet, dass die Veränderungen dazu beitragen, dass sich das Sicherheitsempfinden steigert. Die Befragung der Stationsleitungen der Schweiz soll Klarheit darüber verschaffen, wie sie ihre bestehenden Sicherheitsstandards beurteilen, welche Massnahmen bereits eingeführt wurden und ob es Unterschiede gibt. Es besteht ausserdem die Erwartung, dass die Experteninterviews mit Partnerorganisationen neue Erkenntnisse liefern. Die Aussensicht könnte aufzeigen, welche weiteren Schritte eingeführt werden müssten.

Der empirische Mehrwert dieser Arbeit liegt darin, dass das Aggressionsmanagement in Notfallstationen und speziell im UNZ mit verschiedenen Methoden und aus unterschiedlichen Blickwinkeln erforscht wird, um neue Erkenntnisse im Management von Aggression und Gewalt in der Notfallstation zu erhalten. Diese neuen Erkenntnisse ergänzen das bestehende Wissen und sollen die Forschungslücken im Aggressionsmanagement schliessen.

4.5.4 Erwartete neue Ergebnisse und Erkenntnisse des Gestaltungsteils

Im Gestaltungsteil werden die Ergebnisse miteinander verglichen. Es wird erwartet, dass sich herauskristallisiert, welche umgesetzten Vorkehrungen einen Effekt haben und welche weiteren Massnahmen notwendig sind.

4.6 Inhaltliche Abgrenzung

- Von den ausgewählten Massnahmen werden bauliche Veränderungen und die Schulung in der Fünf-Punkte-Fixation sowie der Einfluss der Haltung des Managements auf das Pflegepersonal erforscht. Prozesse zur Reduktion von Wartezeiten werden dagegen nicht berücksichtigt.
- Die Forschung beschränkt sich im Wesentlichen auf das Pflegepersonal, die MP sowie auf PP in der Wartezone des UNZ. Das Ärzteteam wird nicht befragt, da es nicht an der Triage arbeitet und seltener von Aggressionen betroffen ist.
- Es werden sieben Experteninterviews bei Partnerorganisationen durchgeführt. Eine Befragung der Kantonspolizei ist aufgrund ihrer Vorgaben nicht möglich, weshalb darauf verzichtet werden muss.

5 Aufbau der Dissertation

Die Arbeit gliedert sich in fünf Kapitel: Im Anschluss an die Einleitung folgen ein theoretischer, ein empirischer und ein Gestaltungsteil sowie ein Schlussteil.

- ❖ Im **theoretischen Teil** werden Begrifflichkeiten erklärt, es wird ein Überblick über die Literaturrecherche gegeben und bestehende Modelle werden abgebildet.

- ❖ Der **empirische Teil** gliedert sich in folgende Phasen:
 - ✓ Inhaltsanalyse von drei ausgewählten Aggressionsmeldungen
 - ✓ Interventionsstudie beim Pflegepersonal, beim Personal des Patientenmanagements und bei PP (Erhebungen vor und nach Interventionen)
 - ✓ Quantitative Studie zur Befragung von 30 Stationsleitungen von Notfallstationen der Schweiz zu deren umgesetzten Sicherheitsmassnahmen
 - ✓ Quantitative Studie zu den Auswirkungen von intoxikierten und aggressiven PP auf das Pflegepersonal
 - ✓ Experteninterviews mit sieben Expert/innen aus verschiedenen Partnerorganisationen

- ❖ Im **Gestaltungsteil** werden die Ergebnisse miteinander verglichen, Zusammenhänge aufgezeigt und daraus Empfehlungen abgeleitet.

- ❖ Im **Schlussenteil** kommt es zu einer Zusammenfassung der Ergebnisse und Erkenntnisse, zudem werden die Stärken und Limitationen beschrieben und die Relevanz bzw. der Mehrwert der Arbeit für die Praxis wird aufgezeigt. Im Ausblick werden Forschungsvorschläge aufgenommen, in denen noch weiter geforscht werden sollte.

II Theoretischer Teil

Der theoretische Teil gliedert sich in die folgenden vier Kapitel: theoretischer Rahmen, Stand der Forschung, theoretische Ausführungen und Konklusion des theoretischen Teils. Die vier Kapitel beinhalten folgende Unterkapitel:

- **Theoretischer Rahmen**

- Begriffsdefinitionen: Aggression, Gewalt und Management
- Sicherheit
- Gesetzlicher Auftrag
- Patientenzufriedenheit

- **Stand der Forschung**

- Der Einfluss von Führungspersonen auf das Sicherheitsempfinden von Pflegepersonen
- Der Einfluss von evidenzbasiertem *healthcare design* auf das Sicherheitsempfinden
- Sicherheit und Sicherheitsempfinden bei der Fünf-Punkte-Fixation
- Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen von Notfallstationen bei der Behandlung von aggressiven PP

- **Theoretische Ausführungen**

Der Einfluss verschiedener Faktoren beim Aggressionsmanagement wird aufgezeigt und die Zielstellungen der Forschungsarbeit werden vorgestellt.

- **Konklusion des theoretischen Teils und Zusammenfassung der Forschungslücken**

Die Forschungsempfehlungen aus der Literaturrecherche werden zusammengefasst und abgebildet.

1 Theoretischer Rahmen

1.1 Begriffsdefinitionen: Aggression, Gewalt und Management

Aggression: «*Aggression*» stammt vom lateinischen Verb *adgredi* bzw. *aggredi* ab, das soviel bedeutet wie «angreifen, überfallen, herangehen, sich zuwenden, etwas beginnen oder versuchen» (Walter et al., 2012, S. 37ff). Breakwell definiert Aggression wie folgt: «Jeder vorsätzliche Versuch, Schaden anzurichten, sei dies nun physisch oder psychisch, ist ein Akt der Aggression» (Breakwell, 1998, S. 11). Im Pschyrembel, dem Medizinischen Wörterbuch, wird Aggression wie folgt erklärt: «Gegen Personen oder Dinge gerichtetes Verhalten unter Zufügen physischer oder psychischer Gewalt, z. B. bei Angst oder drohendem Machtverlust, das sowohl genetisch angelegt als auch reaktiv auslösbar ist» (Margraf; Bengel, 2016). Gerrig und Zimbardo (2008, S. 687) beschreiben Aggression wie folgt: «Das Verhalten eines Menschen, das einem anderen Menschen psychischen oder körperlichen Schaden zufügt.»

Gewalt: Gewalt oder auch *Violentia* (mit der Bedeutung von Gewalttätigkeit, Ungestüm, Heftigkeit und Wildheit) kommt aus dem Lateinischen und hat eine negative Bewertung (vgl. Walter et al., 2012, S. 39f). Im Pschyrembel wird Gewalt wie folgt beschrieben: «Anwenden von physischem oder psychischem Druck oder Zwang mit strafrechtlichen Auswirkungen. Dazu gehören Gewaltdelikte wie Körperverletzung, Vergewaltigung, Totschlag ebenso wie Nötigung, Erpressung und Mobbing» (Hartdegen, 2018).

Walter et al. (2012, S. 41) geben an, dass sich die Begriffe *Aggression* und *Gewalt* nicht klar voneinander abgrenzen lassen. Sie empfehlen, zwischen *Aggression* als Gefühl und *Aggression* als aggressivem Verhalten zu unterscheiden. Gewalttätiges Verhalten beschreiben sie als eine intensiver erlebte Ausprägung einer aggressiven Situation. Trotzdem können beide Begriffe für einen gleichen Sachverhalt verwendet werden. Obwohl *Gewalt* ein höheres Ausmass als *Aggression* beinhaltet (vgl. Bierhoff; Wagner, 1998, S. 48f), wird in der vorliegenden Arbeit keine Unterscheidung der Begriffe vorgenommen.

Management: Der Begriff *Management* kommt aus dem Englischen und wird vor allem in der Betriebswirtschaft gebraucht (vgl. Haric, 2018 [abgefragt 08.05.2021]). Er bezeichnet sowohl die Tätigkeit der Unternehmensführung (funktionale Perspektive) als auch die Gruppe der leitenden Personen, die ein Unternehmen führen. Die Tätigkeit der Unternehmensführung hat Haric (2018) wie folgt zusammengefasst:

- Festlegen der Organisationsziele
- Entwicklung von Strategien zur Erreichung der Organisationsziele
- Organisation und Koordination des Betriebes
- Führung der Mitarbeitenden

Als Aufgaben der Führungskräfte nennt Haric die Analyse, Zielsetzung, Planung, Entscheidung, Organisation, Delegation, Koordination, Mitarbeiterführung und Kontrolle.

In grösseren Unternehmen gibt es drei Management-Ebenen: Das Top-Management trägt die Gesamtverantwortung, ist zuständig für die strategischen Ziele und stellt dafür die Ressourcen bereit. Das mittlere Management definiert in Interaktion mit dem Top-Management die Teilziele und ist für die Erreichung der Ziele verantwortlich. Das untere Management hat den Auftrag, die Aufgaben der Mitarbeitenden zu koordinieren, und trägt die Verantwortung für die Effizienz und Qualität der Umsetzung (vgl. Haric, 2018).

Im Inselspital besteht das Top-Management (die Direktion) aus den verschiedenen Direktoren. Ihnen sind die medizinischen Bereichsleiter unterstellt. Den Bereichsleitungen sind wiederum die Klinikleitungen (mittleres Kader) unterstellt. Die Fachbereichsleitung Pflege gehört zur Klinikleitung. Ihr sind die Stationsleitungen (unteres Kader) unterstellt. Strategische Ziele werden *top-down* umgesetzt.

1.2 Sicherheit

1.2.1 Bedürfnispyramide/Motivationsstufen

Maslow (1943, S. 375) hat die Bedürfnisse des Menschen mittels einer hierarchischen Pyramide dargestellt. Physische Bedürfnisse wie Essen, Trinken, Schlafen etc. sieht er als Grundbedürfnisse an. Wenn diese Anliegen bis zu einem bestimmten Grad befriedigt sind, möchte der Mensch die nächsthöhere Stufe von Bedürfnissen stillen. Becker (2019, S. 31ff) widerspricht dieser Ansicht. Er ist der Auffassung, dass ein Bedürfnis nicht erfüllt sein muss, um eine höhere Motivationsstufe anzustreben.

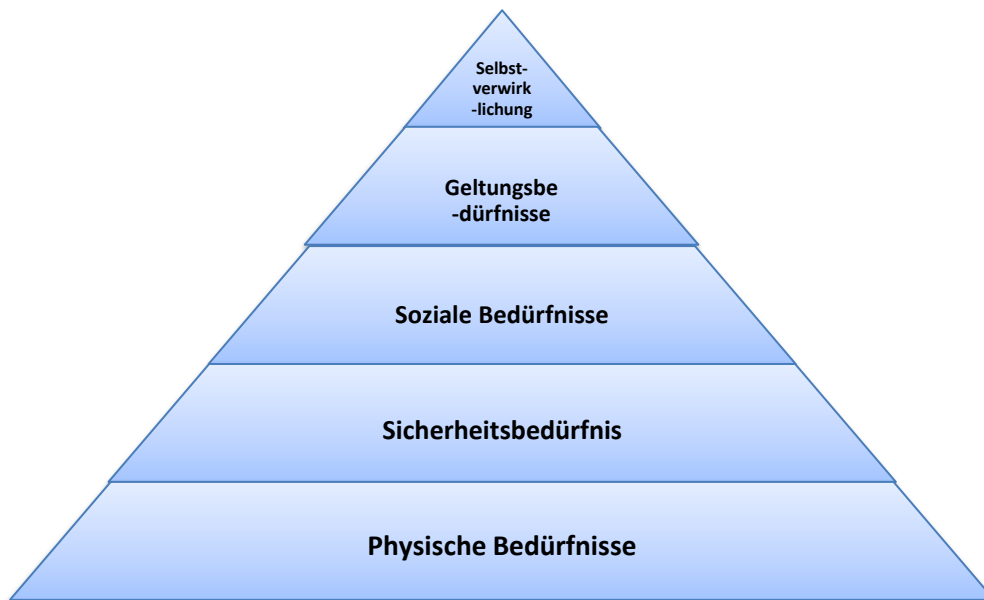


Abbildung 24: Bedürfnispyramide nach Maslow (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Maslow, 1943)

Becker (2019, S. 30) erklärt, dass bereits Alltagsbeobachtungen ausreichen, um Zweifel an Maslows Hierarchie der Motivation aufkommen zu lassen. Er nennt verschiedene Beispiele, in denen das Sicherheitsbedürfnis auf Kosten eines anderen Bedürfnisses aufs Spiel gesetzt wird. Beispielsweise können dies Mutproben (Extremsport) für einen bestimmten Status sein, Hungern für eine Schlanke Figur, riskante Operationen für ein gutes Aussehen und im Extremfall der Einsatz der eigenen Sicherheit für einen geliebten Menschen (vgl. Becker, 2019, S. 30). Becker (2019) erkennt, dass im Modell nach Maslow nur von positiven Motivationsgründen ausgegangen wird. Negative Motive wie Macht über andere Menschen zu haben, Gier, Menschen unterdrücken zu wollen etc. hat Maslow in seiner Bedürfnispyramide nicht berücksichtigt (vgl. Becker, 2019, S. 32).

Als positive Aspekte der Maslowschen Pyramide nennt Becker folgende Eigenschaften:

- Hinter der Motivation zu einem Verhalten stehen unterschiedliche Gründe.
- Geld allein ist nicht relevant für die Motivation.
- Die Pyramide eignet sich als Leitfaden, um in der Praxis Anreize zu entwickeln.

Becker ist der Ansicht, dass sich die Bedürfnispyramide nach Maslow (1943) für eine erste Identifizierung der Bedürfnisse eignet. Um konkrete Antworten zu erhalten, sollte sich die Führungskraft jedoch mit ihren Mitarbeitenden beschäftigen, um deren Motivationen kennenzulernen. «Man segmentiert verschiedene Mitarbeitergruppen und untersucht, ob diese

verschieden ausgeprägte Motive haben und was sie sonst noch antreibt – oder eben bremst» (Becker, 2019, S. 40). Als wesentliche extrinsische Einflüsse auf die Motivation der Mitarbeitenden nennt Becker das Arbeitsumfeld, die Führung, das Team, die Gestaltung der Arbeit, Mitarbeiterziele, Anreize sowie das Unternehmen selber (vgl. Becker, 2019, S. 43). Als intrinsische Einflüsse auf die Motivation nennt er Emotionen, Selbstwirksamkeit, Gewohnheiten, Motive, Persönlichkeit der Mitarbeitenden, Regenerationsfähigkeit, Optimismus sowie Selbstregulation (vgl. Becker, 2019, S. 43).

Genau an diesem Punkt setzt die vorliegende Forschungsarbeit an: Mit gezielten Massnahmen soll die Arbeit bzw. das Arbeitsumfeld positiv beeinflusst werden, um die Sicherheit (extrinsisch) und das Sicherheitsempfinden (intrinsisch) zu erhöhen. Ob und wie sehr die Sicherheit durch extrinsische Massnahmen beeinflusst werden kann, muss gemäss der Empfehlung von Becker untersucht werden.

Je bedeutungsvoller eine Aufgabe subjektiv wahrgenommen wird, umso grösser wird das Engagement, auch wenn es sich um eine eher niedrig qualifizierte Arbeitsaufgabe handelt (vgl. Becker, 2019, S. 102). Das bedeutet: Wenn die Betreuung von aggressiven PP einen Sinn macht, dann können Pflegepersonen aggressives Verhalten von PP besser ertragen.

Kritisch wird die Motivation beispielsweise, wenn die Anforderungen zu hoch sind, bei Zeitdruck oder geringer Autonomie (vgl. Becker, 2019, S. 163). Das Setting im UNZ beinhaltet verschiedene negative Faktoren, zum Beispiel Stress, Überlastung, Todesfälle, Schichtarbeit, personelle Unterbesetzung etc., welche die Motivation der Mitarbeitenden zusätzlich belasten. Hüther und Fischer (2010, S. 23) stellen fest, dass Stress, Sorgen, psychische Verletzungen und Angst das Wohlbefinden unterdrücken und dass dadurch die Leistungsfähigkeit, die Leistungsbereitschaft und die Kreativität abnehmen. Becker (2019, S. 170) weist darauf hin, dass die Rolle der Emotionen bei der Motivation nicht ausreichend erforscht wurde.

Empirische Studien haben gezeigt, dass aggressive PP einen Einfluss auf die Motivation der Mitarbeitenden, deren Gesundheit und die Fluktuation haben (vgl. Gates et al., 2006, S. 335; vgl. Erickson; Williams-Evens, 2000, S. 212).

Forschungslücke: Auswirkungen von aggressiven PP auf die Motivation und die Emotionen von Pflegepersonen im UNZ.

1.2.2 Sicherheitsforschung

Die Recherche zur Sicherheitsforschung wurde über Google Scholar mit den Schlüsselbegriffen «subjektives Sicherheitsempfinden», «Sicherheitsempfinden» und «*fear of crime*» vorgenommen.

Heisz (2012) untersuchte in ihrer Magisterarbeit die Kriminalitätsfurcht der Bevölkerung in Wien. Sie fand heraus, dass das subjektive Sicherheitsempfinden nicht immer mit der realen Sicherheit übereinstimmt (vgl. Heisz, 2012, S. 17). Ältere Menschen und Frauen haben beispielsweise mehr Angst als junge Männer, Opfer eines Delikts zu werden, obwohl die Kriminalstatistik das Gegenteil belegt (junge Männer werden häufiger Opfer eines Delikts). Weiter führt Heisz (2012) aus, dass das Sicherheitsempfinden ansteigt, wenn sich ein Polizeiposten in unmittelbarer Umgebung zur Wohnung befindet.

Unter der Leitung der Kantonspolizei Bern und des kriminologischen Instituts der Universität Zürich wurde im Jahr 2011 das subjektive Sicherheitsempfinden in der Stadt Bern erforscht (vgl. Gemeinderat der Stadt Bern, 2011). Dabei wurden 500 Personen zu ihrem subjektivem Sicherheitsempfinden im öffentlichen Raum befragt. Insgesamt gaben 13.9 Prozent der Befragten an, dass sie Angst hätten, Opfer eines Verbrechens zu werden. Diese Erhebung entspricht den Werten des Kantons Bern und der übrigen Schweiz. Von den Befragten sagten 22.3 Prozent aus, dass sie sich nachts alleine in den Strassen der Stadt Bern unsicher fühlten. Weiter zeigte die Erhebung auf, dass sich Frauen und ältere Menschen unsicherer fühlen als Männer und junge Befragte.

Das subjektive Sicherheitsempfinden wurde auch in anderen Städten der Schweiz untersucht. Die Fachhochschule St. Gallen hat im Auftrag der Stadt Wil das subjektive Sicherheitsempfinden telefonisch erfragt. Die Forschenden stellten fest, dass drei Faktoren das subjektive Sicherheitsempfinden beeinflussen: die Örtlichkeiten, die Tageszeit und das Vorhandensein von Gruppen (vgl. Reutlinger et al., 2015, S. 9).

1.2.3 Arbeitssicherheit in der Notfallstation

Bereits 1990 wurde in einer Studie in Pennsylvania (USA) aufgezeigt, dass 36 Prozent der Notfallpflegenden im Zeitraum eines Jahres physisch angegriffen wurden (vgl. ICN, 2007, S. 5). Das Internationale Büro für Arbeit in Genf hat die Gefahrenmeldungen verschiedener Berufsgruppen miteinander verglichen. Die gemeldeten Fälle aus dem Gesundheitswesen betragen 24

Prozent; im Gegenzug dazu gab es bei Einzelhandel, Polizei, Schule, Transport oder den Banken nur vier bis sieben Prozent Aggressionsmeldungen (vgl. ICN, 2007, S. 5). Das Gesundheitswesen und im Speziellen die Notfallstationen gelten somit als eine hochsensible Zone für Aggressionspotential und weisen die höchsten Fallzahlen auf. Damit Pflegepersonen eine gute Pflegequalität leisten können, benötigen sie ein sicheres Umfeld und einen respektvollen Umgang (vgl. ICN, 2007, S. 13).

Der *International Council of Nurses (ICN)* (2007, S. 22–25) hat in den «*Guidelines on coping with violence in the workplace*» sieben Strategien entworfen, mit denen Gewalt am Arbeitsplatz reduziert, konfrontiert und eliminiert werden kann:

1. Identifikation von Risikofaktoren und Umgebungstriggern

Unter Risikofaktoren und Umgebungstriggern versteht der ICN eine bekannte Vorgeschichte aggressiven Verhaltens, die Diagnose Demenz, Drogen- oder Alkoholintoxikation sowie Eigenschaften der Umgebung oder der Behandlung.

2. Präventive Massnahmen zur Reduktion/Elimination von Risikofaktoren

Strategien zur Reduktion/Elimination von Risikofaktoren müssen entwickelt, adoptiert und implementiert werden.

3. Implementierung eines Aggressionsstandards

Während der Grundausbildung und durch Weiterbildungen sollen die Mitarbeitenden für diese Problematik sensibilisiert werden. Techniken im Umgang mit Gewalt sollen gefördert werden.

4. Unterstützungsstrukturen für alle involvierten Personen

Ein Aggressionsfall kann bei Mitarbeitenden auch noch nach mehreren Tagen psychische Auswirkungen verursachen. Das Unternehmen soll deshalb einen «Service» zur psychischen Unterstützung der Mitarbeitenden anbieten. Im UNZ ist dies der psychiatrische Dienst. Je nach Vorfall muss auch der Rechtsdienst eingeschaltet werden, um die Pflegeperson zu beraten.

5. Verlässliche Aufzeichnungen

Eine statistische Unterstützung zur Identifizierung von Risikofaktoren, die Analyse von Trends, die Entwicklung effektiver Präventionsstrategien und die Bewertung dieser Massnahmen wird empfohlen.

6. Evaluation von Aggressionsfällen und deren Management

Mitarbeitende, Arbeitgeber und NNA müssen das Aggressionsmanagement bewerten und die Richtlinien müssen in der Praxis umsetzbar sein.

7. Geeignete Empfehlungen sollen auf der Grundlage der Erhebungen erstellt werden

Sobald die Relevanz und Anwendbarkeit von Richtlinien und Verfahren festgestellt wurden, sollen diese in einen Verhaltenscodex integriert werden.

1.3 Gesetzlicher Auftrag

Einerseits ist der Arbeitgeber von Gesetzes wegen verpflichtet (Art. 328 OR), für die Sicherheit der Mitarbeitenden zu sorgen, andererseits besteht eine Sorgfaltspflicht/Behandlungspflicht gegenüber PP (Art. 49 SpVG BE). Wenn es sich dabei um wiederkehrende PP mit einem bekannten Aggressionspotential handelt, ergibt sich für das UNZ die Herausforderung, wie der/die Aggressor/in bestmöglich medizinisch versorgt und gleichzeitig die Sicherheit der Mitarbeitenden gewährleistet wird.

Da ein Strafantrag nur durch die von Aggression betroffene Person (Pflegeperson) ausgelöst werden kann und sich die Mitarbeitenden vor Vergeltung durch den/die Aggressor/in fürchten, wird diese Massnahme höchst selten ausgelöst. Deshalb spricht bei physischer Gewalt oder Morddrohungen gegen Mitarbeitende im Inselspital der Rechtsdienst ein Hausverbot aus. Wenn bei einem bestehenden Hausverbot der/die Patient/in erneut für eine Behandlung in das UNZ kommt und wiederum durch aggressives Verhalten auffällt, kann das UNZ von Amtes wegen eine Strafanzeige wegen Hausfriedensbruchs erstatten und die Mitarbeitenden müssen keine Strafanzeige veranlassen.

Die gesetzlichen Grundlagen sind in Anlage VI/5 detailliert aufgeführt. In Anlage VI/6 werden die möglichen Massnahmen bei aggressiven PP beschrieben.

1.4 Patientenzufriedenheit

Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit soll untersucht werden, ob Massnahmen bei den Umgebungsfaktoren das Verhalten der PP im Warteraum positiv beeinflussen. Aus diesem Grund werden bauliche Massnahmen im Warteraum vorgenommen und nur die PP im Warteraum befragt. Es werden jedoch keine PP befragt, die bereits in einem aggressiven Zustand in das UNZ eintreten.

Im Setting des UNZ ist ein aggressives Verhalten von PP oft nicht vermeidbar, da diese bereits mit einer schweren Agitiertheit und einem aggressiv-gewalttätigen Verhalten durch den Rettungsdienst und/oder die Polizei eingeliefert werden. Nicht die Patientenzufriedenheit, sondern eine schnelle Risikobeurteilung in Bezug auf eine Fremd- und Selbstgefährdung steht im Vordergrund (vgl. Ohrmann; Schepers, 2021, S. 27).

Aggressive PP können nicht befragt werden, weil von ihnen eine grosse Gefahr ausgeht und davon ausgegangen werden kann, dass sie in ihrem Ausnahmezustand nicht an einer Befragung teilnehmen können. Die Zurechnungsfähigkeit kann in diesem Zustand nur erschwert ermittelt werden und eine Einverständniserklärung zu einer Befragung kann nicht vorgenommen werden. Im Vordergrund steht eine schnelle Risikobeurteilung in Bezug auf eine Fremd- und Selbstgefährdung, um die Mitarbeitenden und andere PP zu schützen (vgl. Ohrmann; Schepers, 2021, S. 27).

Nebst den «normalen» Notfällen wird folgendes Patientengut im UNZ behandelt, welches ein Risikopotential aufweisen kann:

- Psychiatrische PP mit einer fürsorglichen Unterbringung (FU)
- Psychiatrische PP mit einem Haftstatus (aus Hochsicherheitstrakt; der Grund für die Inhaftierung wird nicht bekannt gegeben)
- Psychiatrische Erkrankungen bei ehemaligen Soldaten aus Kriegsgebieten
- Inhaftierte (der Grund für eine Inhaftierung ist nie bekannt, weshalb auch keine Risikoeinschätzung möglich ist)
- Gewalttätige aus dem öffentlichen Bereich (Schlägereien, Messerstechereien, Schiesereien)
- Intoxikierte (Alkohol, Drogen)
- Opfer häuslicher Gewalt
- Opfer von Bandenkriegen
- Verletzte von Ausschreitungen bei Demonstrationen mit gewaltbereitem Verhalten

2 Stand der Forschung

Um die Forschungsfragen beantworten zu können, wurde eine systematische Literaturrecherche in der pflegerelevanten Datenbank von PubMed und in Google Scholar vorgenommen.

Für die Suche wurden die folgenden Schlüsselwörter verwendet:

	Schlüsselwörter Deutsch	Keywords English
Setting	Notaufnahme	emergency department
Phänomen	Aggression	aggression
	Gewalt	violence
	Führung	management, leadership
	Fixation	restraint
	Bauliche Massnahmen	architecture
	Massnahmen	measures
	Sicherheit	safety
Population	Pflegeperson	nurse
Ausschluss	Kinder	children
	Tiere	animals
	Angehörige	relative, family, visitor

Tabelle 4: Schlüsselwörter Deutsch/Englisch

Die Anzahl der Studien wurde durch *free fulltext*, *human* und *Englisch/Deutsch* eingegrenzt. Mit den Booleschen Operatoren *AND*, *OR* und *NOT* wurden Schlüsselwörter kombiniert.

Neben den Online-Datenbanken dienten das «Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe» von Nau et al. (2019) sowie die Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin» der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften als Grundlagendokumente (vgl. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2015).

Geeignete Quellen wurden auf Grund ihres Titels und Abstracts ausgewählt. Mithilfe der Literaturverzeichnisse in den ausgewählten Studien wurde unsystematisch nach weiterer Literatur gesucht und diese eingeschlossen.

Die Suchergebnisse zur Literaturrecherche sind in Anlage VI/7 abgebildet. Im folgenden Kapitel wird nach jeder Beschreibung des Forschungsstandes die Forschungslücke in einem blauen Feld aufgeführt.

2.1 Der Einfluss von Führungspersonen auf das Sicherheitsempfinden von Pflegepersonen

In einem systematischen Review haben Weiland et al. (2017) Studien von 1985 bis 2016 betreffend Massnahmen hinsichtlich *Acute Behavioural Disturbances* in Notfallstationen analysiert. Unter diesem Begriff werden Gewalt und Aggression zusammengefasst. Die erlebte Gewalt hat einen Effekt auf die Arbeitsqualität und die Befindlichkeit der Mitarbeitenden (vgl. Bonner; McLaughlin, 2007, S. 810; Fernandez et al., 1999, S. 1246). Weil sich die Zunahme der Aggressionsfälle auf die Sicherheit und Zufriedenheit der Mitarbeitenden sowie auf die Fluktuation auswirkt, empfehlen Weiland et al. (2017, S. 647), auf Leitungsebene effektive Strategien auszuarbeiten.

Walter et al. (2012, S. 465ff) verstehen die Unterstützung der Mitarbeitenden im Umgang mit Aggressionen als Führungsaufgabe. «Obwohl die Problematik bekannt ist, wird Aggression in Institutionen des Gesundheitswesens oft unterschätzt, so dass meist nur unzureichende Massnahmen zur Prävention ergriffen werden» (Koch et al., 2018, S. 20).

Forschungslücke: Es ist nicht bekannt, welche Strategien und Massnahmen in anderen Notfallstationen der Schweiz eingesetzt werden und wie Stationsleitungen ihr Aggressionsmanagement einschätzen.

Die Berner Fachhochschule hat im Rahmen des Forschungsprojektes «*Perception of Patient and Visitor Aggression*» (PERoPA) zwischen November 2016 und Februar 2017 eine Online-Befragung bei Führungspersonen im Pflegebereich zum Thema Patienten- und Besuchenden-Aggression (PBA) durchgeführt (vgl. Hahn et al., 2018, S. 27). Im Rahmen der Befragung wurde der Einfluss der Führung auf die Sicherheit von Mitarbeitenden im Umgang mit aggressiven PP sowie Besuchern und Besucherinnen untersucht (vgl. Heckemann et al., 2017, S. 3055). Gemäss Hahn trägt die Haltung des Managements wesentlich zur Sicherheit und zum Sicherheitsempfinden der Mitarbeitenden bei (vgl. Hahn et al., 2016, S. 227).

Die *Joint Commission*⁹ schreibt, dass Leadership eine wesentliche Rolle bei der Prävention von Gewalt am Arbeitsplatz spielt (vgl. DiBlasi Moorehead, 2019 [abgefragt am: 11.05.2020]). DiBlasi Moorehead (2019) schreibt: «*Health care leaders must work hand in hand with health care workers to prevent workplace violence, but it starts with leaders setting the priority for zero harm due to violence [...]*». Hahn (2016, S. 225) zufolge werden die Folgen von Aggressionsereignissen insgesamt unterschätzt und Vorgesetzte sowie Kaderpersonen verfügen über zu wenig Wissen zum Thema. Heckemann et al. (2018, S. 25) meinen: «Wenig ist jedoch derzeit über das Erleben, die Haltung, die Rolle und den Umgang von Führungskräften der Pflege mit Patienten- und Besuchenden Aggression bekannt». Heckemann et al. (2017, S. 3055f) erkennen im Umgang mit PBA auf Managementebene einen Mangel an Ressourcen, eine wenig agile Bürokratie und ein ungenügendes Problembewusstsein.

Forschungslücke: Es ist nicht bekannt, ob alle Notfallstationen von Aggressionen betroffen sind.

Für die Gewaltprävention stehen dem Arbeitgeber zwei Handlungsebenen zur Verfügung: das Verhalten der Mitarbeitenden und die Umgebungsfaktoren (vgl. Walter et al., 2012, S. 118). Die Führungspersonen haben die Aufgabe, ein professionelles Vorgehen durch schriftlich festgelegte Standards und Notfallprozedere, durch standardisierte interdisziplinäre Abläufe sowie durch betreute Nachsorge und Reflexion zu regeln und zu fördern. Ein wesentlicher Punkt ist dabei die Haltung der Führungsebene gegenüber Aggressoren und Aggressorinnen: Hier wird eine Nulltoleranz empfohlen (vgl. Kowalenko et al., 2012, S. 528). Führungspersonen im privaten und öffentlichen Sektor geben an, dass «*[a]n organisation will never be able to achieve the highest standards of health and safety management without the active involvement of directors. External stakeholders viewing the organization will observe the lack of direction*» (The Health and Safety Executive, 2013, S. 3).

Forschungslücke: Die vorliegende Arbeit soll einen Überblick darüber verschaffen, wie viele Notfallstationen Weiterbildungen in Aggressionsmanagement anbieten und ob sie Standards festlegen.

⁹ *Joint Commission*: Grösste Zulassungsstelle für Gesundheitsorganisationen in den Vereinigten Staaten von Amerika.

Forschungslücke: Die bestehenden Modelle eignen sich nicht als Führungsinstrument. Deshalb soll mit dem neu gewonnenen Wissen Empfehlungen für Führungspersonen von Notfallstationen erstellt werden.

2.2 Einfluss von evidenzbasiertem *Healthcare-Design* auf das Sicherheitsempfinden

Walter et al. (2012, S. 91) sehen in den Umgebungsfaktoren einen Ansatzpunkt zur Reduktion von Gewalt. Für die Autor/innen ist die Schulung des Personals im Umgang mit Aggressionen eine weitere bedeutsame Aufgabe der Führungskräfte.

Evidence-based healthcare design ist ein theoretisches Konzept, das auch mit dem Begriff *healing environment* umschrieben wird (vgl. Huisman et al., 2012, S. 71). Bereits 1992 hat Bitner den Einfluss der physischen Umgebung auf Kund/innen und Personal festgestellt (vgl. Bitner, 1992, S. 57). Wahrgenommen werden die räumliche Anordnung und Funktionalität, Zeichen, Symbole, Artefakte sowie die Raumatmosphäre. Ulrich greift diese Faktoren auf, wobei für ihn Stressreduktion, Sicherheit und Qualität als Erfolgsparameter gelten (vgl. Ulrich et al., 2008, S. 63).

Forschungslücke: Es muss untersucht werden, ob der Einsatz von baulichen Elementen im Warteraum des UNZ ebenfalls eine stressreduzierende Wirkung auf PP hat und ob Wartezeiten dadurch als weniger störend empfunden werden.

Die Naturerholungsforschung (*Restoration Environment Research*) erforscht die erholsame Wirkung von Naturelementen mit dem Ziel, Stress abzubauen oder kognitive Ermüdung zu regenerieren (vgl. Ulrich et al., 1991, S. 201ff). Gemäss Ulrich et al. (1991, S. 206) präferieren Menschen Landschaftsbilder, die nicht zu stark, aber auch nicht zu wenig erregen (Aufregung/Langeweile). Ihre psychoevolutionäre Theorie zeigt die stressreduzierende Wirkung der Natur auf (emotionale, physiologische, kognitive sowie verhaltensbezogene Reaktionen). Obwohl in der Natur verschiedene Sinne angesprochen werden, messen Ulrich et al. dem visuellen Sinn die grösste Bedeutung bei. Von einer psychophysischen Entspannung ist die Rede, wenn es zu einer Verbesserung der Stimmung und des Wohlfühls kommt. Aus diesem Grund

empfehlen Ulrich et al. die Natur bzw. ein unspektakuläres Naturbild zur Steigerung der Erholung.

Forschungslücke: Es gilt zu überprüfen, ob ein Naturbild im Warteraum des UNZ Stress reduzieren kann.

Ziesenitz (2009, S. 2) warf die Frage auf, ob mit einem Naturbild der gleiche Erholungseffekt erzielt werden könne wie mit einem Spaziergang in der Natur. Im Rahmen einer experimentellen Studie konnte sie aufzeigen, dass ein Spaziergang in der Natur und Natursimulationen mit einem videogefilmten oder einem computergenerierten Spaziergang zu ähnlichen Erholungsreaktionen führen.

Forschungslücke: Der Einfluss eines Naturbildes auf die Warteraumatmosphäre im UNZ muss untersucht werden.

Sadler et al. (2008, S. 35) haben Empfehlungen für die Implementierung eines evidenzbasierten Spitaldesigns aufgestellt. Evidenzbasiertes Spitaldesign soll dazu dienen, die Sicherheit und das Wohlbefinden von PPA und Mitarbeitenden zu verbessern. Die Autoren/innen empfehlen zur Verbesserung der Sicherheit im Warteraum einer Notfallstation Lärmreduktion, ein Maximum an natürlichem Licht sowie passende Kunst und Musik. Ulrich et al. (2008, S. 108) haben ein Literaturreview über evidenzbasierte Designs erarbeitet und bestätigen die Aussage von Sadler et al. (2008), dass mit Naturelementen, natürlichem Licht, Lärmreduktion und entsprechender Musik Stress reduziert werden kann.

Lärm: Lärmreduktion wirkt bei PPA und Mitarbeitenden allgemein stressreduzierend. Weniger Stress führt zu einer erhöhten Zufriedenheit. Die Guidelines der *World Health Organization* (WHO) zur maximalen Lärmgrenze von kontinuierlichem Hintergrundlärm in Patientenzimmern beträgt 40 dBA am Tag und 30 dBA Spitzenwert in der Nacht (vgl. Berglund et al., 1999, S. 47). Slevin et al. (2000, S. 577) beschreiben in ihrer Untersuchung, dass sich durch Lärmreduktion der Blutdruck bei Frühgeborenen in der Intensivstation senkt. Oft werden die Obergrenzen überschritten (vgl. Filus et al., 2015, S. 399). Lärmquellen sind Stimmen, Pager/Piepser, Alarme von Überwachungsgeräten, Patientenglocken, Telefone, Betten, Trolleys etc. Meist sind allerdings weder Boden noch Decke oder Wände mit lärmabsorbierenden Materialien versehen.

Forschungslücke: Der Einfluss von lärmdämpfenden Massnahmen im Warteraum einer Notfallstation auf PP ist nicht bekannt.

Farbe: Schauss (1979) erforschte den Einsatz des Farbtons *Baker-Miller pink* in amerikanischen Gefängnissen. Er fand heraus, dass sich Insassen in pink gestrichenen Zellen weniger aggressiv verhalten als Insassen in weiss gestrichenen Zellen. Dieser Trend ist auch in der Schweiz angekommen: Circa 30 Gefängnisse und Polizeistationen besitzen pink gestrichene Zellen (vgl. Genschow, 2021). Allerdings haben Genschow et al. (2014) die Tests in Schweizer Gefängnissen wiederholt und konnten keine beruhigende Wirkung der Farbe Pink feststellen. In Notfallstationen wurden bislang keine Studien dazu gemacht.

Für das Forschungsprojekt im Warteraum des UNZ werden die Auswirkungen eines Naturbildes erforscht. Pink gestrichene Wände sind nicht vorgesehen. Die Erforschung des Effektes von pinken Wänden müsste in einem anderen Projekt erfolgen.

Licht: Es gilt als erwiesen, dass natürliches Licht signifikant bessere Eigenschaften hat als künstliches Licht (vgl. Schweitzer et al., 2004, S. 75). Natürliches Licht reduziert Ängstlichkeit, Besorgtheit und Depressionen. Licht wirkt über die Haut und die Augen. Natürliches Licht aktiviert über die Haut die Vitamin D-Produktion, ist verantwortlich für den Tag-Nacht-Rhythmus sowie für die Melatonin-Produktion und hat Einfluss auf das Gemüt. Die Schweizerische Patientensicherheit empfiehlt, Licht bei baulichen Massnahmen als einen bedeutenden Sicherheitsfaktor zu beachten (vgl. Kobler; Schwappach, 2017, S. 12).

Forschungslücke: Es soll herausgefunden werden, ob die Beleuchtung im Warteraum einer Notfallstation einen Einfluss auf die Zufriedenheit von PP hat.

Eine Studie von *PricewaterhouseCooper LLP* verdeutlicht, dass das Spitaldesign einen wesentlichen Einfluss auf die Zufriedenheit und Bindung der Mitarbeitenden hat (vgl. PricewaterhouseCooper et al., 2004, S. 18). Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass Kosten, welche durch Krankheit oder Fluktuation entstehen, durch ein evidenzbasiertes Design gesenkt werden können.

Studien in Büros haben ergeben, dass Umgebungsfaktoren wie Lärm oder viele Personen in einem Raum sowie schlechte Raumkonditionen (Licht, Luftqualität und Temperatur) massgeblich Stress verursachen.

Forschungslücke: Es muss bewiesen werden, ob bauliche Massnahmen einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Mitarbeitenden haben.

Im Gegensatz zu den stressmindernden Elementen sagt die *Broken Windows Theory* aus, dass es einen Zusammenhang zwischen vernachlässigten Wohngebieten und Gewalt gibt (vgl. Kelling; Wilson, 1982, S. 3). Kelling und Wilson (1982) haben die Behauptung aufgestellt, dass Mängel an Gebäuden zeitnah behoben werden müssen, um weiteren Verwüstungen vorzubeugen.

Forschungslücke: Der Einfluss eines gepflegten Warteraums einer Notfallstation auf das Verhalten von PPA muss ermittelt werden.

Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Zusammenfassung des Literaturreviews von Ulrich et al. (2008) zu den Einflussfaktoren der verschiedenen Design-Strategien. Da im Eingangsbereich und Warteraum des UNZ bauliche Massnahmen umgesetzt werden sollen, sind im Rahmen dieser Arbeit vor allem die Themen Licht und Lärm sowie der Blick auf ein Naturbild relevant.

Intervention/Design Healthcare-Outcome	Angepasstes Licht	Naturbild	Lärm Reduktion
Reduktion medizinischer Fehler	+		+
Reduktion von Schmerz	+	++	+
Verbesserte Schlafqualität	+		+
Reduktion von Depression	++	+	
Erhöhte Patientenzufriedenheit	+	+	+
Stressminderung beim Personal	+	+	+
Erhöhung der Effektivität des Personals	+		+
Erhöhung der Zufriedenheit des Personals	+	+	+

Tabelle 5: Zusammenstellung der Beziehung zwischen *Health-Design* und *Healthcare-Outcomes* (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Ulrich et al., 2008, S. 108)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Erholungstheorie ein positiv ästhetisch ansprechendes Naturbild empfiehlt, das jedoch unspektakulär sein soll (vgl. Ulrich et al., 1991, S. 209). Die Theorie bestätigt, dass die Natur hilft, Stress und kognitiver Ermüdung entgegenzuwirken. Ziesenitz konnte diesbezüglich aufzeigen, dass ein Naturbild ebenso gut hilft, Stress abzubauen, wie ein Spaziergang in der Natur (vgl. Ziesenitz, 2009, <https://kobra.uni-kassel.de/bitstream/handle/123456789/2010011131639/DissertationAnneKatrinZiesenitz.pdf;jsessionid=75AC5DA62492CAAE9E3E2CC937E54D99?sequence=5> [abgefragt am: 9.12.2018]).

In den Studien wurden allerdings nur urbane mit natürlichen Landschaften verglichen; es konnten keine Studien gefunden werden, die eine Empfehlung bezüglich des Wetters, der Jahreszeit, der Vegetation oder der Anteile Grün/Blau geben. Weitere evidenzbasierte Massnahmen für die Reduktion von Stress sind Tageslicht, Lärmreduktion, angemessene Kunst und Musik (vgl. Sadler et al., 2008, S. 28). Die Empfehlungen für evidenzbasierte Designs sind allgemein auf die Renovation bestehender sowie die Erstellung neuer Spitäler ausgerichtet.

Forschungslücke: Eine spezifische Empfehlung für den Warteraum einer Notfallstation oder eine Antwort auf die Frage, welche Auswirkungen diese Massnahmen auf das Sicherheitsempfinden des Pflegepersonals haben, wurde in den ausgewählten Studien nicht gefunden.

Bilder vom Warteraum vor, während und nach dem Umbau sind in Anlage VI/8 angeführt.

2.3 Sicherheit und Sicherheitsempfinden bei der Fünf-Punkte-Fixation

Die Sicherheit und Effektivität des Pflegepersonals bei der Behandlung von aggressiven psychiatrischen PP im UNZ ist von grosser Bedeutung. Cowman et al. (2017, S. 50) haben die *Best Practice* in Psychiatrien in 17 Ländern der Europäischen Union (EU) mit der Delphi-Methode erforscht. In den 2809 Rückantworten wurden Fixation, abschliessbares Zimmer und Sedation als allgemeingültige Massnahmen angegeben. Von den befragten Mitarbeitenden hatten 19.5 Prozent keine Schulung zur Fixation von PP erhalten. Die Autoren/innen schliessen daraus, dass es einen alarmierenden Mangel an Strategien, Massnahmen und Daten zum Umgang mit aggressiven PP gibt. In der EU variieren die Massnahmen von Land zu Land. Zu denken gibt den Autoren/innen in erster Linie die Handhabung von Menschen-, Freiheits- und Persönlichkeitsrecht. Durch die Sprachenvielfalt in Europa kommt es zum «Inseldenken» und es liegt

keine *Best Practice* vor. Die Autoren/innen empfehlen deshalb, die Effektivität von Massnahmen vertieft zu untersuchen.

Forschungslücke: Die Effektivität von Standards und Schulungen in der Fünf-Punkte-Fixation soll nach der Implementierung überprüft werden.

Gewalttätige fremd- oder selbstgefährdende PP, die nicht urteilsfähig sind und bei denen sämtliche beruhigende Massnahmen fehlschlagen, dürfen in der Schweiz als *ultima ratio* fixiert werden (vgl. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2015, S. 10; Walter et al., 2012, S. 208 ff). Hierbei gilt die Verhältnismässigkeit (vgl. Hoff, 2015, S. 15). Zuvor müssen verbale und nonverbale Deeskalationsstrategien angewendet werden, zum Beispiel das Anbieten von sedierenden Medikamenten, Essen, Gespräch etc. Eine Fixierung darf nicht zur Bestrafung eingesetzt werden, sondern gilt als Sicherheitsmassnahme für PPA, Mitarbeitende und Drittpersonen. Die Fixation muss verordnet und dokumentiert sein und sollte nicht länger als nötig eingesetzt werden. Bei urteilsfähigen fremd- oder selbstgefährdenden PP muss die Polizei hinzugezogen werden. Zwangsmassnahmen geschehen in einer Notfallstation in einem hektischen und von Zeitdruck geprägten Umfeld. Da unter diesem Zeitdruck oft nicht endgültig geklärt werden kann, ob ein Patient oder eine Patientin urteilsfähig ist (zum Beispiel bei alkoholisierten PP), besteht hier eine Grauzone. Die Sicherheitsmassnahmen zum Schutz des Personals stehen in solchen Situationen immer im Vordergrund.

Forschungslücke: Es muss erhoben werden, ob Fünf-Punkte-Fixationen im UNZ verordnet und dokumentiert werden.

Fixierte PP müssen kontinuierlich überwacht werden (vgl. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2015, S. 14f). Eine Fixation bedeutet für alle Beteiligten Stress. Nelstrop et al. (2006, S. 8) konnten in ihrem Literaturreview (36 Studien) keine Evidenz von Fixationen nachweisen. Es kann deshalb keine Aussage über die Sicherheit und Effektivität von Fixationen gemacht werden. Im Rahmen des EUNOMIA-Projekts wurden Empfehlungen ausgearbeitet, die von psychiatrischen Fachgesellschaften in verschiedenen Ländern in die Leitlinien aufgenommen wurden (vgl. Kallert et al., 2007, S. 233). Die Ratschläge entsprechen weitgehend den Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

(SAMW). Roche et al. (2010, S. 2) konnten aufzeigen, dass Gewalt einen Einfluss auf die Qualität und die Sicherheit bei der Patientenversorgung sowie auf das körperliche und seelische Wohlbefinden von Fachpersonen hat.

Forschungslücke: Empfinden Pflegepersonen im UNZ die Fünf-Punkte-Fixationen als indiziert?

Thomann et al. (2021, S. 5f) fanden heraus, dass es eine grosse Variation dahingehend gibt, wie häufig Fünf-Punkte-Fixationen im Akutspital eingesetzt wird. Mit Standards und Schulungen könnte die Anzahl an Fünf-Punkte-Fixationen reduziert werden. Notfallstationen wurden nicht befragt.

Forschungslücke: Kann mit einer Schulung und mit Standards die Häufigkeit der Fünf-Punkte-Fixationen im UNZ reduziert werden?



Abbildung 25: Fünf-Punkte-Fixation (Quelle: Fogel; Steinert, 2012, S. 32)



Abbildung 26: Vorbereitete Betten für Fixationen (Quelle: Eigene Foto)

2.4 Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen von Notfallstationen

Eine Literaturrecherche zur Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen von Notfallstationen bei der Behandlung von aggressiven PP erfolgte über Pubmed mit den Suchbegriffen ((collaboration+OR+interface+OR+hand+over+AND+(agressive+OR+incompliant+OR+detai-
ned+OR+violence))+AND+emergency+NOT+(partner+OR+intimate+OR+domestic))

Es wurden 193 Resultate gefunden, wobei keine Studie die Fragestellung beantwortete.

Forschungslücke: Über die Zusammenarbeit zwischen Notfallstationen und Partnerorganisationen bei der Behandlung von aggressiven PP gibt es keine Studien. Welche Herausforderung aggressive PP für Partnerorganisationen darstellen, welche Massnahmen sie implementiert haben und welche Massnahmen sie empfehlen, muss erforscht werden.

3 Theoretische Ausführungen

Notfallstationen sind die ersten, die Veränderungen in der Gesellschaft bemerken, dies zeigt sich zum Beispiel an der Zunahme von aggressiven Patient/innen. Professor Exadaktylos hat dies in einem Interview einmal wie folgt beschrieben:



Abbildung 27: Zeitungsinterview mit Prof. Exadaktylos

tal-ist-alarmiert-ueber-angriffe-aufs-personal-id15192371.html [Zugriff am: 9.4.21]

Veränderungen in der Sicherheit und im Sicherheitsempfinden des Personals müssen vom Management erkannt werden. Für die Behandlung dieser sicherheitsgefährdender PP braucht es dem Setting entsprechend ein passendes Sicherheitskonzept und Standards. Als Grundlage dienen bereits bestehende Modelle, Standards und Massnahmen. In Abschnitt 4.1 wurden die Modelle nach Treier (2019), Walter et al. (2012), Steck-Egli (2005) und Levin et al. (1998) für ein allfälliges Konzept für das UNZ geprüft. Da die Begriffe unterschiedlich verstanden werden und der Faktor Management fehlt, soll nach der Erhebung der Forschungsergebnisse im Gestaltungsteil ein eigenes Modell erarbeitet werden, das nebst den personellen, Arbeitsplatz- und Umgebungsfaktoren auch den Faktor Management beinhaltet.

Walter et al. (2012, S. 91) beschreiben interaktionelle Faktoren zwischen PP und Mitarbeitenden. Damit sind Erwartungen gemeint, zum Beispiel das Bestehen auf eine sofortige Behandlung durch den Arzt. Eine Nichterfüllung der Erwartung kann Emotionen und Aggression auslösen. Mitarbeitende und PPA haben die Möglichkeit, entweder durch ein respektvolles (integrierendes) oder durch ein zwingendes (aggressives) Verhalten eine Lösung auszuleben. Im

UNZ gibt es jedoch Fälle, in denen keine präventiven Massnahmen die PP und die Situation beruhigen können. Hier steht nur noch die Sicherheit des Personals im Vordergrund.

Aggressive PP haben auch indirekt Einfluss auf den Geschäftserfolg eines Unternehmens, wenn es infolge des aggressiven Verhaltens zu krankheitsbedingten Ausfällen oder zu Kündigungen kommt. Mit Massnahmen soll Einfluss auf die PP und auf die Mitarbeitenden genommen werden, sodass Stress und Aggression bei PP gesenkt werden und die Sicherheit der Mitarbeitenden erhöht wird.

Ein Vergleich mit anderen Notfallstationen der Schweiz und mit PO soll zusätzlich Aufschluss darüber geben, ob weitere Massnahmen notwendig sind und wie Externe mit ihrer Aussen-sicht die Sicherheitsmassnahmen im UNZ beurteilen. Mit den Ergebnissen aus den Studien soll im Gestaltungsteil ein Aggressionsmanagement-Modell für Führungspersonen erstellt werden, welches abbildet, wie das Unternehmen Einfluss nehmen kann.

4 Konklusion des theoretischen Teils und Zusammenfassung der Forschungslücken

Die Gründe, die zu Aggressionen in einer Notfallstation führen, sind bestens erforscht (vgl. Alameddine et al., 2011; vgl. Kansagra et al., 2008). Es existieren verschiedene Empfehlungen zur Prävention von Gewalt (vgl. Hahn et al., 2018; vgl. Lenaghan et al., 2018; vgl. Hobbs, 2016; vgl. Occupational Safety and Health Administration, 2015; vgl. Wilson et al., 2015; vgl. Huisman et al., 2012; vgl. Hahn, 2012; vgl. Fogel; Steinert, 2012; vgl. Walter et al., 2012; vgl. Kallert et al., 2007; vgl. Davison, 2005; vgl. Leather et al., 2003; vgl. Stirling et al., 2001; vgl. Saines, 1999). Dabei handelt es sich jedoch um allgemeine Empfehlungen für ein Spital.

Forschungslücke: Ein umfassendes Aggressionsmanagement-Konzept sowie ein Modell für Führungspersonen von Notfallstationen fehlen.

Im Rahmen eines Literaturreviews fanden Taylor und Rew (2011, S. 1072) heraus, dass Interventionen in Aggressions- oder Gewaltsituationen nicht erforscht wurden.

Forschungslücke: Taylor und Rew (2011) empfehlen die Erforschung von Interventionsstudien, um einen evidenzbasierten Massnahmenplan erstellen zu können.

Richardson et al. (2019, S. 273) hatten zum Ziel «[...] *to identify the range of suggested practices and determine the evidence base for currently recommended actions in relation to management of aggressive Emergency Department patient*».

Forschungslücke: Im Rahmen eines Literaturreviews konnten Richardson et al. (2019) aufzeigen, dass es einen Mangel an evidenzbasierten Interventionsstudien gibt.

Wolf et al. (2014, S. 309) haben die Gründe, die Häufigkeit und die Folgen von PPA-Aggression erforscht. Sie empfehlen, an Hochrisiko-Arbeitsplätzen (wie auf einer Notfallstation oder einer psychiatrischen Abteilung) Interventionen zur Erhöhung der Sicherheit zu etablieren. Die Auswirkungen von Stress am Arbeitsplatz wurden durch «Eurofound» länderübergreifend beforcht (vgl. Houtman, 2005, S. 2).

Weiland et al. (2017, S. 647ff) haben mit einer systematischen Literaturrecherche 4716 Studien bezüglich Aggressionsmanagement in Notfallstationen analysiert. Nach einem Ausschlussverfahren wurden acht Studien in ihre Untersuchung eingeschlossen. In diesen acht

Studien wurden Änderungen in der Umgebung, Architektur, Strategie und Umsetzung in der Praxis beforcht.

Weiland et al. (2017) fanden heraus, dass die Literatur eine **Forschungslücke** bezüglich der Wirksamkeit von verschiedenen Sicherheitsmassnahmen aufweist. Sie empfehlen, dass die Praxistauglichkeit von verschiedenen Interventionen in weiteren Studien untersucht werden soll.

Kansagra et al. (2008, S. 1271ff) haben den Einsatz von Sicherheitspersonal, Metalldetektoren und *Violence-Training* untersucht.

Sie empfehlen, dass weitere Management-Massnahmen untersucht werden sollen.

Fazit:

- Es gibt keine evidenzbasierten Ergebnisse zu implementierten Interventionen.
- Ein **umfassendes Konzept (*Big Picture*)** im Allgemeinen und im Speziellen für das Setting in der **Notfallstation** konnte nicht gefunden werden (vgl. Richardson et al., 2019; vgl. Hobbs, 2016; vgl. Huisman et al., 2012; vgl. McPhaul; Sadler et al., 2008; vgl. Lipscomb, 2004; vgl. Stirling et al., 2001).
- Eine Übersicht darüber, welche Massnahmen andere Notfallstationen der Schweiz etabliert haben, gibt es nicht.
- Welche Auswirkungen eine stete Zunahme an aggressiven PP auf das Sicherheitsempfinden von Pflegepersonen in Notfallstationen hat, ist nicht bekannt.
- Die Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen bei der Betreuung von aggressiven PP wurde bislang nicht erforscht.

III EMPIRISCHER TEIL

1 Forschungsfragen und Forschungsdesign

Um die Forschungsfragen beantworten zu können, wird die Problematik aus mehreren Blickwinkeln beleuchtet und es werden verschiedene Forschungsdesigns angewendet. Aufgrund der Forschungslücken und der Zielstellung resultieren vier Hauptfragestellungen sowie zu den jeweiligen Themen vertiefte Teilfragestellungen.

Hauptfragestellungen

- **Wie sicher fühlen sich die Mitarbeitenden im UNZ und mit welchen Massnahmen kann die Sicherheit für das Personal bei der Betreuung von aggressiven PP erhöht werden?**
- **Wie beurteilen Stationsleitungen aus Notfallstationen der Schweiz ihren Sicherheitsstandard und welche Massnahmen haben sie implementiert?**
- **Welche Sicherheitsstandards haben Partnerorganisationen und welche Empfehlungen geben sie der Leitung des UNZ?**

Teilfragestellungen

Bauliche Intervention	Fünf-Punkte-Fixation	Sicherheit/Sicherheitsempfinden
<ul style="list-style-type: none"> • Wie verändert sich das Sicherheitsempfinden der Pflegepersonen und der MP nach der Implementierung von evidenzbasierten baulichen Massnahmen beim Empfang (Einsatz von Naturelementen, tiefenwirksamen Landschaftsbildern und schalldämpfenden Elementen sowie Anpassung der Beleuchtung im Warteraum)? 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Schwierigkeiten erkennen die Mitarbeitenden bei der Fünf-Punkte-Fixation? • Welche Auswirkungen hat die Schulung des Pflegepersonals in der Fünf-Punkte Fixation auf das Sicherheitsempfinden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Welchen Impact haben zwei ausgewählte Interventionen (bauliche Massnahmen und Schulung in der Fünf-Punkte-Fixation) auf die Sicherheit und das Sicherheitsempfinden des Personals? • Wie beurteilen Pflegepersonen und MP des UNZ die Sicherheit am Arbeitsplatz und wie ist ihr Sicherheitsempfinden? • Welche Massnahmen würden sie sich wünschen? • Wie nehmen Mitarbeitende den Einfluss des Managements auf die Sicherheit wahr? • Welche Auswirkungen haben aggressive intoxikierte PP auf die Gesundheit der Pflegefachpersonen und der MP?
<p>Methode (vgl. Kapitel 4, S. 85ff)</p> <p>Quantitative Studie, schriftliche Erhebung des Sicherheitsempfindens bei 200 PP, 100 Pflegepersonen und 15 MP nach Installation baulicher Massnahmen</p> <p>Interventionsstudie, schriftliche Befragung von 200 PP vor und nach den baulichen Massnahmen</p>	<p>Methode (vgl. Kapitel 4, S. 85ff)</p> <p>Quantitative Studie, schriftliche Erhebung bei 100 Pflegepersonen vor und nach der Schulung in der Fünf-Punkte-Fixation</p> <p>Interventionsstudie</p>	<p>Methode (vgl. Kapitel 4, S. 85ff)</p> <p>Quantitative schriftliche Befragung von 100 Pflegepersonen des UNZ</p> <p>Quantitative schriftliche Befragung von 15 MP</p> <p>Single-Center-Evaluation</p>

<p>Notfallstationen der Schweiz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie ist das Problembewusstsein bei Stationsleitungen anderer Notfallstationen in der Schweiz? • Welche Sicherheitsmassnahmen werden umgesetzt? • Wie müsste ein Aggressionsmanagement-Modell für Führungspersonen in der Notfallstation aussehen? 	<p>Belastung durch intoxikierte und aggressive PP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie stark ist die Belastung durch Intoxikierte? • Was macht eine Situation mit Intoxikierten besonders belastend? • Welche sind die negativen Auswirkungen belastender Situationen mit Intoxikierten? • Welche Strategien werden angewendet, um die Zunahme an Intoxikierten und Aggressiven emotional zu verkraften? • Was hilft den Mitarbeitenden, eine belastende Situation gut bewältigen zu können? 	<p>Experten aus PO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie schätzen PO die Belastung durch intoxikierte und aggressive PP bei ihren Mitarbeitenden ein? • Welche Massnahmen empfehlen die PO der Führung im UNZ, um die Sicherheit zu erhöhen?
<p>Methode (vgl. Kapitel 5, S. 94)</p> <p>Sichten der Sicherheitsmassnahmen in Notfallstationen der Schweiz</p> <p>Quantitative Multi-Center-Studie</p>	<p>Methode (vgl. Kapitel 6, S. 95)</p> <p>Quantitative Studie</p> <p>Im Rahmen einer Online-Befragung werden 100 Pflegepersonen des UNZ befragt</p>	<p>Methode (vgl. Kapitel 7, S. 97ff)</p> <p>Experteninterviews</p> <p>Auswertung mit MAXQDA</p>

Mit der Untersuchung des Aggressionsmanagements aus verschiedenen Blickwinkeln soll ein Big Picture entstehen, um daraus Empfehlungen ableiten zu können.

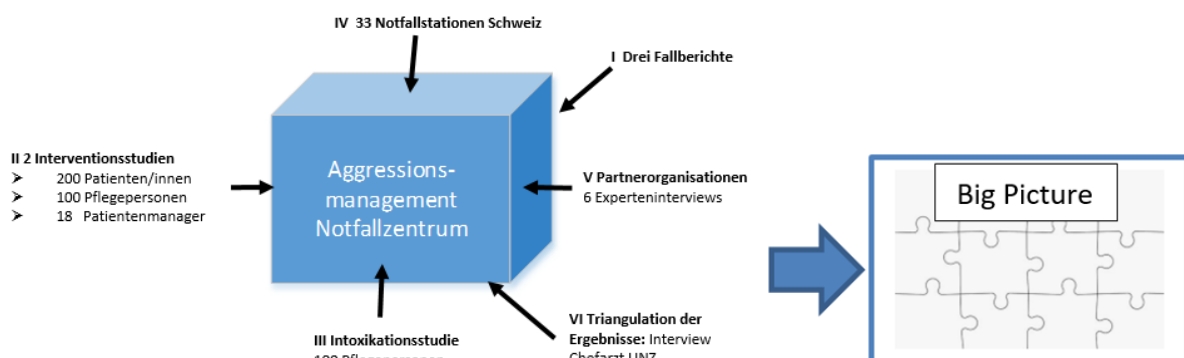


Abbildung 28: Verschiedene Blickwinkel auf das Aggressionsmanagement im UNZ (Quelle: Eigene Darstellung)

Zusammenfassung der Vorgehensweise in Anlehnung an das Konzept von Sinek (2016)

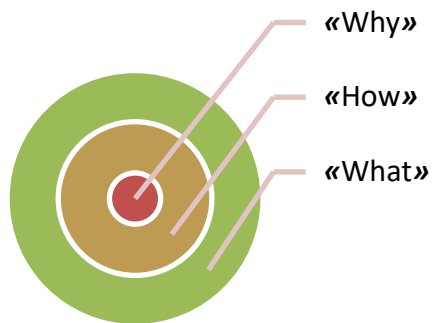


Abbildung 29: «Golden Circle» (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Sinek, 2016, http://www.erlanger.org/media/file/trauma/2017%20handouts/5_%20McQuillan%20Courageous%20Care.pdf [abgefragt am: 10.7.20]).

Der «Golden Circle» ist ein Fragekonzept und stammt von Simon Sinek (2016). Mit aufeinanderfolgenden Fragen soll die Sinnfrage beantwortet werden. Sinek beginnt jeweils mit der Fragestellung «why».

«Why»: Warum wird ein Aggressionsmanagement Konzept benötigt? (Mit dieser Fragestellung soll die Vision aufgezeigt werden.)

Aggressive PP stellen für das Personal und den Betrieb ein ernstzunehmendes Problem dar. Die Anzahl der Vorfälle ist weltweit steigend. Das Ziel der Forschungsarbeit ist das Erkennen von Sicherheitslücken und Optimierungsmassnahmen zur Verbesserung der Sicherheit im UNZ.

«How»: Wie erhalten wir ein umfassendes Konzept?

Da die Problematik vielschichtig ist, muss sie aus verschiedenen Blickwinkeln beforscht werden. Hierfür eignet sich eine *Mixed Method*.

- Drei Fallanalysen sollen einen Einblick in die Problematik geben.
- Zwei Interventionen (bauliche Massnahmen und Schulung des Pflegepersonals in der Fünf-Punkte-Fixation) sollen aufzeigen, welche Auswirkungen diese Massnahmen auf die Sicherheit und das Sicherheitsempfinden von Pflegepersonen haben. Das Pflegepersonal, die MP und wartende PP im Eingangsbereich werden schriftlich nach den Auswirkungen der baulichen Massnahmen befragt.

- Die Auswirkungen von wiederkehrenden aggressiven und/oder äthylisierten PP auf das Sicherheitsempfinden von Pflegepersonen im UNZ sollen weitere Auskunft über die Belastung geben.
- Eine Befragung der Stationsleitungen von Notfallstationen in der Schweiz soll aufzeigen, welche Standards in diesen Einrichtungen vorherrschen.
- Schliesslich sollen durch Experteninterviews mit Führungspersonen von PO weitere neue Erkenntnisse gewonnen werden.

«What»: Was ist das Ziel des Konzeptes? Welche konkreten Massnahmen werden benötigt?

Mit neuen Erkenntnissen und dem Wissen aus der Literatur wird ein *Big Picture* über das Aggressionsmanagement in Notfallstationen erstellt. Mit der Studie sollen der öffentliche Bereich, der blinde Fleck und der geheime Bereich erforscht werden, um neues Wissen zu generieren. Daraus werden Empfehlungen für ein umfassendes Aggressionsmanagement-Konzept erstellt, damit der Arbeitsplatz im UNZ noch sicherer wird. Die Empfehlungen beinhalten einen Massnahmenplan und ein Modell mit verschiedenen Indikatoren für Führungspersonen.

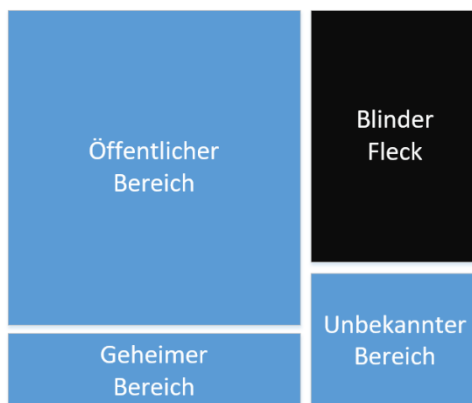


Abbildung 30: Jahori-Fenster (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Windolph, 2014, <https://www.projekt-magazin.de/methoden/johari-fenster> [abgefragt am: 26.9.2020]).

Öffentlicher Bereich: Bestehendes Wissen wird mittels einer Literaturrecherche erhoben und mit den internen Massnahmen verglichen bzw. zusammengefasst.

Blinder Fleck: Mit den Befragungen sollen neue Erkenntnisse zum Aggressionsmanagement im UNZ gewonnen werden. Die Einmaligkeit dieser Studie zeichnet sich durch die Befragung von verschiedenen Expert/innen aus (Stationsleitungen von Notfallstationen, Pflegepersonen, PP, MP und Expert/innen aus PO).

Geheimer Bereich: Durch die Befragung von Expert/innen aus Partnerorganisationen kann herausgefunden werden, wie Externe das Aggressionsmanagement des UNZ wahrnehmen. Im Austausch können Wissenslücken geschlossen werden.

Unbekannter Bereich: Weder interne noch externe Expert/innen kennen die Sicherheitslücken bzw. Wissenslücken. Aus diesem Bereich können somit keine Erkenntnisse gewonnen werden.

2 Methodisches Vorgehen

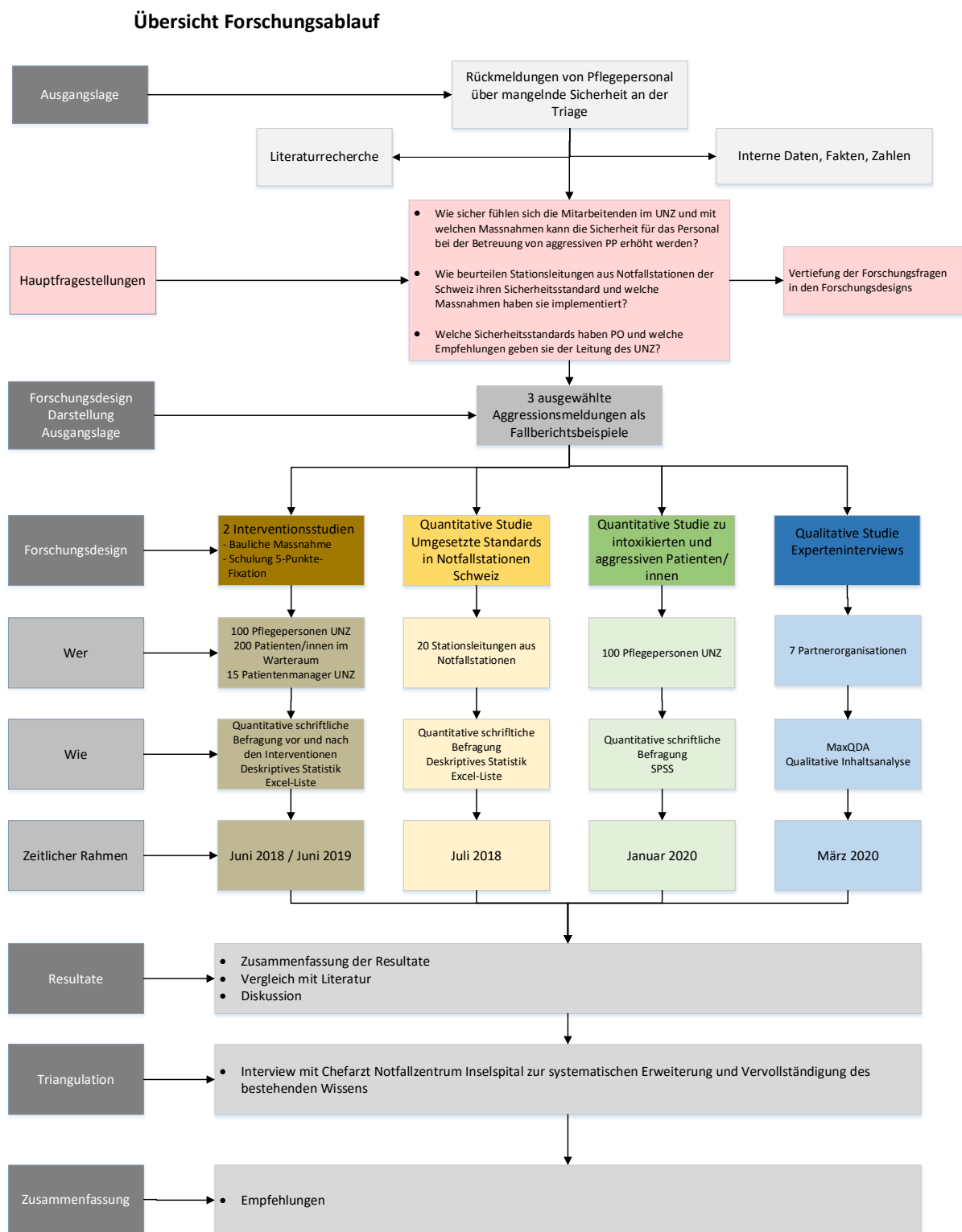


Abbildung 31: Forschungsablauf (Quelle: Eigene Darstellung)

2.1 Beschreibung der verschiedenen Phasen der Empirie

Die *Mixed Method* ist eine Möglichkeit, Komplexität zu beschreiben. «One can use mixed methods to examine different aspects of a single research question, or one can use separate but related qualitative and quantitative research questions» (Schoonenboom; Johnson, 2017, S. 111). Ein quantitatives Design wird vor allem für experimentelle Beobachtungen und Messungen selektiert, welche genau definiert sind und durch andere Forscher wiederholt werden können (vgl. Hussy, 2013, S. 52ff). Die quantitative Methode eignet sich für Forschungsfragen, die bereits klar und eng gefasst sind, und für die Befragung einer grossen Anzahl an Personen. Mit den Ergebnissen aus der quantitativen Methode können generalisierte Aussagen getroffen und Empfehlungen abgeleitet werden. Die quantitative Methode hat zum Ziel, komplexe Situationen zu vereinfachen und zu erklären (vgl. Strübing, 2013, S. 5).

Mit der qualitativen Methode gilt es dagegen zu beschreiben und zu verstehen (vgl. Hussy, 2013, S. 190f; vgl. Strübing, 2013, S. 5). Mayring (2015, S. 19) erklärt die quantitative und die qualitative Wissenschaft wie folgt: «Qualitative Wissenschaft als verstehende will also am einmaligen, am Individuellen ansetzen, quantitative Wissenschaft als erklärende will an allgemeinen Prinzipien, an Gesetzen oder gesetzesähnlichen Aussagen ansetzen. Erstere versteht sich als induktiv, Zweitere eher als deduktiv.»

Ein Nachteil der quantitativen Studie ist, dass das Individuum seine persönliche Meinung nicht ausführen kann und die Fragen und Antworten im Gegensatz zur qualitativen Methode limitiert sind. Mit dem Zusatzfeld «andere» hat der/die Befragte jedoch die Möglichkeit, eigene Fakten aufzuführen. Der Fragebogen, der im Rahmen dieser Untersuchung Verwendung findet, endet darum mit der offenen Frage: «Hast Du noch weitere Anliegen, Anregungen oder sonstige Bemerkungen?» Damit ein möglichst genaues Resultat erreicht wird, wird für die quantitative Befragung eine grosse Stichprobengrösse benötigt. Für die Befragung im Rahmen dieser Arbeit wird eine Likert-Skala verwendet.

Als Studiendesign wird sowohl die quantitative als auch die qualitative Methode gewählt. Da eine Befragung im Juni 2018 vor den interventionellen Massnahmen erhoben worden war und eine zweite Erhebung mit identischen Fragen im Mai 2019 erfolgte, konnten die beiden Erhebungen ausgewertet, analysiert und miteinander verglichen werden. Die quantitative Methode eignet sich ebenfalls für einen Vergleich zwischen den verschiedenen Notfallstationen der Schweiz. Die Ergebnisse können mit den Massnahmen des Notfallzentrums Inselspital verglichen werden.

Über die Zusammenarbeit zwischen Notfallstationen und Partnerorganisationen gibt es bislang keine Studien. Für die Beantwortung der damit zusammenhängenden Forschungsfragen eignet sich deshalb ein qualitatives Design. Weil es nicht möglich ist, alle betroffenen Personen in den Partnerorganisationen zu befragen, werden mit einer beschränkten Anzahl an Experten und Expertinnen (bewusst gewählte Stichprobengrösse) Interviews geführt, um die Forschungsfrage beantworten zu können.

In den nachfolgenden Kapiteln werden die jeweiligen Forschungsdesigns begründet und beschrieben. Die Fragebögen zu den vier Forschungsdesigns sind in Anlage VI/9 aufgeführt.

3 Inhaltsanalyse drei ausgewählter Aggressionsmeldungen

3.1 Erhebungs- und Auswertungsmethode der Aggressionsmeldungen

Die Inhaltsanalyse ist eine anerkannte Methode zur Analyse von Dokumenten (vgl. Elo; Kyngäs, 2007, S. 108). Früh (2015, S. 29) definiert die Inhaltsanalyse wie folgt: «Die Inhaltsanalyse ist eine empirische Methode zur systematischen, intersubjektiv nachvollziehbaren Beschreibung inhaltlicher und formaler Merkmale von Mitteilungen, [...]» Das induktive Verfahren dient dazu, vom Besonderen auf das Allgemeine zu schliessen. Gemäss Diekmann soll eine Inhaltsanalyse systematisch und objektiv sein (vgl. Diekmann, 2017). Sie dient dazu, mehr Breite und Tiefe bei den Forschungsergebnissen zu erhalten. Durch die Inhaltsanalyse sollen Schlussfolgerungen über den Text formuliert werden können (vgl. Diekmann, 2017, S. 580).

Der Kommunikationsprozess zeigt auf, «wer sagt was zu wem mit welcher Wirkung» (Lasswell, 1948). Gemäss Diekmann (2017, S. 581) kann die Mitteilung nach diagnostischen, formal-deskriptiven oder prognostischen Merkmalen untersucht werden. Zweckmässig für die Beantwortung der Fragestellung ist die prognostische Inhaltsanalyse. «Prognostische Inhaltsanalysen beziehen sich auf die Erforschung der Wirkungen von Mitteilungen bei den Rezipienten» (Diekmann, 2017, S. 583).

Drei ausgewählte Aggressionsmeldungen, die typische Problematiken aufzeigen, sollen ein besseres Verständnis über die Belastung der Mitarbeitenden durch aggressive PP geben (vgl. Meffert et al., 2019, S. 191). Der Inhalt der Aggressionsmeldungen wird zu festgelegten Fragestellungen untersucht. Hierbei werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufgezeigt. Damit kein Rückschluss auf PP oder Pflegepersonen gemacht werden kann, werden die Daten anonymisiert.

3.2 Auswahlverfahren Aggressionsmeldungen

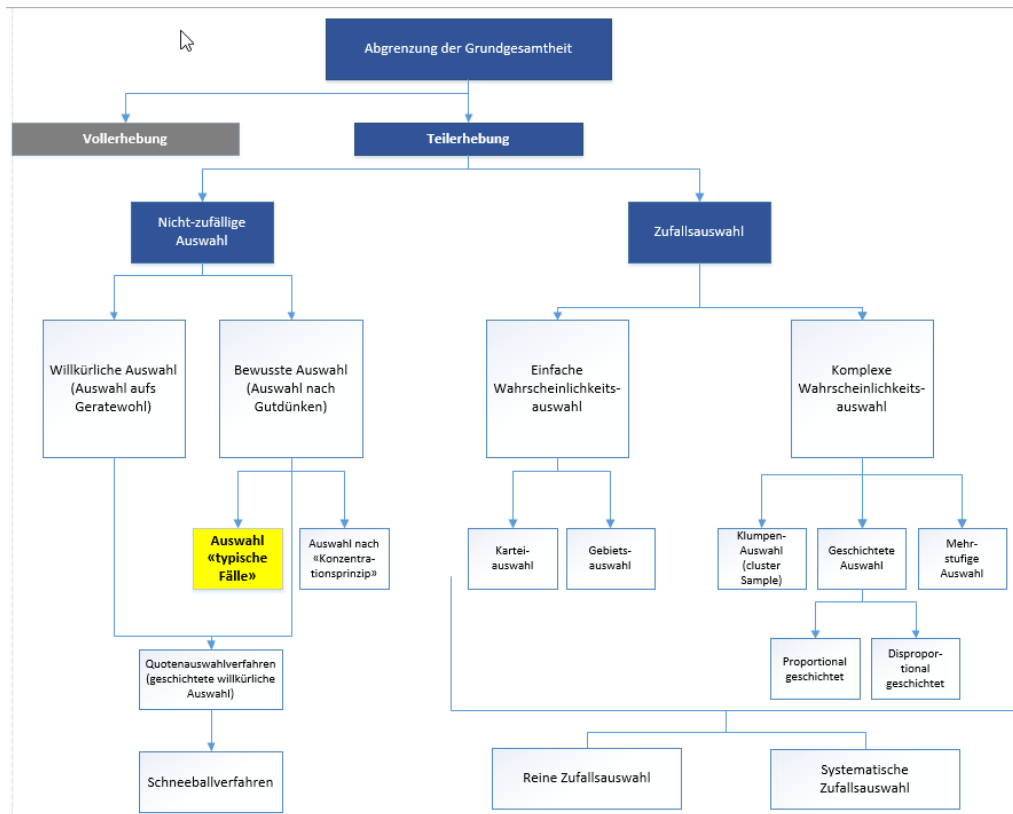


Abbildung 32: Auswahlverfahren (Quelle: Kromrey et al., 2016 zit. in Meffert et al., 2019, S. 19)

3.3 Operationalisierung: Inhaltsanalyse von drei Aggressionsmeldungen

Es wurden drei verschiedene Situationen aus den Aggressionsmeldungen von 2019 ausgewählt, um die Problematik zu verdeutlichen und Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede bei der Entstehung von Aggressionen zu finden. Eine Aggressionsmeldung stammt von einer Triage-Pflegefachperson beim Empfang. Die Triage-Pflege und das Patientenmanagement haben im Normalfall Erstkontakt mit neu eintretenden PP. Die zweite Situation wird von einer Pflegeperson geschildert, die einen Patienten/eine Patientin fixieren muss. Beim dritten Fall beschreibt eine Pflegeperson die Situation in einer Behandlungskoje.

Der Inhalt der drei Aggressionsmeldungen wird vor dem Hintergrund der folgenden Fragen erforscht:

1. Wie war das Verhalten vor Eintritt ins UNZ?
2. Warum kam es zu aggressivem Verhalten durch den Patienten/die Patientin?
3. Weshalb wurde gerade dieser Fall gemeldet?
4. Wer war die meldende Person?
5. Was war das Ziel der Aggressionsmeldung?
6. Wie ging es der meldenden Person (physisch/psychisch)?
7. War die Situation für die meldende Person gefährlich?
8. Welche Sicherheitsmassnahmen hat die meldende Person ergriffen?
9. Welche Sicherheitsnahmen haben gefehlt?

Nebst einem besseren Verständnis davon, wie Aggressionsfälle im UNZ aussehen können, soll mit der Inhaltsanalyse die Forschungsfrage «Mit welchen Massnahmen kann die Sicherheit des Personals im UNZ bei der Betreuung von aggressiven PP erhöht werden?» beantwortet werden.

3.4 Abgrenzung

Die Faktoren Herkunft des Aggressors/der Aggressorin, Geschlecht, Alter, Wochentag und Uhrzeit werden bei der Untersuchung der drei Aggressionsmeldungen nicht berücksichtigt.

4 Zwei Interventionsstudien

- Bauliche Massnahmen
- Schulung Fünf-Punkte-Fixation

4.1 Begründung für die Wahl der Methode

Ein quantitatives Design wird vor allem für experimentelle Beobachtungen und Messungen gewählt, die klar definiert sind und durch andere Forscher wiederholt werden können (**Reliabilität**) (vgl. Hussy et al. 2013, S. 24 und S. 137f). Die quantitative Methode eignet sich im Rahmen dieser Arbeit ausserdem, weil die Forschungsfragen bereits genau und eng gefasst sind und weil eine grosse Anzahl von Pflegepersonen, PP sowie Stationsleitungen befragt werden soll. Mit den durch die quantitative Methode gewonnenen Ergebnissen können generalisierte Aussagen getroffen und Empfehlungen abgeleitet werden. Ihr Ziel ist es somit, komplexe Situationen zu vereinfachen.

Nachteile der quantitativen Studie sind die Limitierung der Fragen und Antworten sowie die eingeschränkte Möglichkeit für die Befragten, ihre persönliche Meinung auszuführen. Mit dem Zusatzfeld «andere» haben sie jedoch die Möglichkeit, eigene Fakten aufzuführen. Der Fragebogen endet mit einer offenen Frage: «Hast Du noch weitere Anliegen, Anregungen oder sonstige Bemerkungen?»

Eine vorgängige Besprechung des Fragebogens mit Experten und Expertinnen im Inselspital sowie ein Pretest mit jeweils fünf Personen soll gewährleisten, dass die Fragen verständlich und spezifisch formuliert sind (**Validität**). «Die Validität beurteilt eine quantitative Untersuchung danach, ob sie auch gemessen hat, was sie messen wollte» (Hussy et al., 2013, S. 24). Die Messergebnisse sind von der durchführenden Person unabhängig (**Objektivität**). Das bedeutet: Wenn jemand anderes die Erhebung, Auswertung und Interpretation der Ergebnisse vornimmt, werden die gleichen Resultate gewonnen.

Um die Forschungsfragen beantworten zu können, wurde mittels Literaturrecherche nach bestehenden validierten Fragebögen gesucht. Folgende Fragebögen wurden geprüft:

Perception of Patient and Visitor Aggression (PERoPA-M): Development and validation of an online questionnaire

«An international online survey on patient and visitor aggression in healthcare organizations from the nurse managers' perspective» (Hahn et al., 2017).

Mittels des Online-Fragebogens wurde die Haltung von Pflegeleitungen zu Prävention und Management von PBA im Gesundheitswesen erforscht. Der Fragebogen beinhaltete 86 Fragen, die wiederum aus mehreren Unterfragen bestanden. Zur Beantwortung wurden ca. 45 Minuten benötigt. Von 646 Teilnehmenden haben 464 den Fragebogen vollständig beantwortet.

Ergebnis PERoPA: «Als grosse Barrieren wurden jedoch der Mangel an Ressourcen, wenig agile Bürokratie und mangelndes Problembewusstsein innerhalb der Organisation identifiziert» (vgl. <https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/peropa/> [abgefragt am: 17.12.21]).

Da der PERoPA-Fragebogen breit gefasst ist und ausserdem keine spezifischen Fragen zum Eingangsbereich und zur Fünf-Punkte-Fixation beinhaltet, konnten nur ein paar Bereiche in abgewandelter Form übernommen werden. Diese sind:

- Demographische Daten;
- Die Frage, wie häufig Mitarbeitende verbalen und/oder körperlichen Angriffen von PP oder Besuchenden ausgesetzt waren, wurde von zwölf auf drei Monate reduziert;
- Emotionale Auswirkungen;
- Auswirkungen wie krankheitsbedingte Ausfälle oder der Gedanke zu kündigen.

The Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R)

Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression 25.3 (1999): 197–209. (Nijman et al., 1999)

Mitarbeitende, die Zeuge oder Opfer von aggressivem Verhalten geworden waren, wurden aufgefordert, die passenden Antworten auf einem einseitigen Formular anzukreuzen. Fünf Themen wurden abgefragt (1. Durch wen fand die Aggression statt? 2. Welche Waffen/Gegenstände wurden benutzt? 3. Gegen wen oder was war die Aggression gerichtet? 4. Welche Auswirkungen hatte das aggressive Verhalten auf Gegenstände oder Personen? 5. Wie wurde die Aggression gestoppt?). Für die vorliegende Forschungsarbeit eignete sich der Fragebogen

nicht, weil er zu kurzgefasst ist und die Auswirkungen der getroffenen Massnahmen nicht untersucht wurden.

The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS): a cross-national comparative study (Duxbury, Hahn, Needham & Pulsford, 2008)

Befragt wurden Psychiatriepflegepersonen in der Schweiz und in England über ihr Aggressionsmanagement und die Gründe für aggressives Verhalten bei stationären psychiatrischen PP. Das Tool eignet sich, um verschiedene Perspektiven auf PP-Aggressionen zu vergleichen. In dieser Vergleichsstudie wurden die Gründe für aggressives Verhalten und die Haltung dazu sowie die Haltung zu verschiedenen Massnahmen wie Zwangsmedikation, Isolation und Fixation verglichen. Bei den Resultaten sticht hervor, dass in England die Umgebungsfaktoren als Grund für aggressives Verhalten angegeben wurden. Dieser Punkt wurde jedoch nicht weiter vertieft.

Die vorliegende Arbeit hat eine andere Fragestellung und ein anderes Setting (Notfallstation), weshalb dieser Fragebogen nicht übernommen wurde.

POPAS: Aggressions-Wahrnehmungs-Skala (Fragebogen)

Die *Perception of Prevalence of Aggression Scale* (POPAS) wurde von Herrn Oud entwickelt (vgl. Oud, 2000). Herr Oud benutzte eine Fünf-Punkte-Likert Skala. Diese Skalierung wurde für die eigene Arbeit als aussagekräftig erachtet und übernommen.

PWSI-EN: Psychometric Testing of the Personal Workplace Safety Instrument for Emergency Nurses (Burchill, Bena & Polomano, 2018)

Forscherinnen und Forscher haben im Rahmen einer Studie die Faktoren erforscht, welche das Sicherheitsempfinden von Pflegepersonen aus Notfallstationen stärken. Hierzu haben 305 Pflegepersonen aus 16 Spitälern teilgenommen. Der Fragebogen bestand ursprünglich aus 31 Fragen und wurde auf 23 Fragen reduziert. Konkrete Massnahmen wie bauliche Massnahmen, evidenzbasiertes Design und die Fünf-Punkte-Fixation wurden nicht befragt. Für den eigenen Fragebogen konnten deshalb nur die epidemiologischen Fragen übernommen werden.

COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) (Nübling, Stößel, Hasselhorn, Michaelis & Hofmann, 2006)

Die demographischen Fragen sowie die Darstellung des Fragebogens dienten als Grundlage für den eigenen Fragebogen.

Nothing changes, nobody cares: Understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care (Wolf, Delao & Perhats, 2014)

Die Studie zeigt Gründe, Häufigkeit und Folgen von PPA-Aggression auf. Die Autor/innen empfehlen Interventionen bei *High-Risk*-Situationen: «*Interventions on both personal and institutional levels should be developed to address high-risk situations to recognize and mitigate violence, rather than manage post-event sequelae*» (Wolf et al., 2014).

Es stellte sich heraus, dass kein geeigneter Fragebogen zu den Forschungsfragen existiert, weshalb ein neuer Fragebogen erstellt werden musste. Übernommen wurden in abgewandelter Form vier Fragen des PERoPA-Fragebogens und die Bewertung der Fragen nach einer Fünf-Stufen-Likert-Skala.

Damit möglichst alle Fragen beantwortet werden, sollte der Fragebogen so kurz wie möglich und gleichzeitig so ausführlich wie nötig gehalten werden.

Likert-Skala

Zur Beantwortung der geschlossenen Fragen in den Fragebögen wurde die Likert-Skala gewählt. Diese wird bei Befragungen eingesetzt, um die Präferenz oder den Grad der Zustimmung zu einer Aussage zu erfahren (vgl. Schnell et al., 2013, S. 178). Diese Befragungstechnik wurde von Dr. Rensis Likert, einem Soziologen der Universität von Michigan, entwickelt (vgl. Bertram, 2003, S. 1). Der Level der Zustimmung wird mit einer Ordinal-Skala gemessen. Normalerweise wird die Fünf-Punkte-Skala verwendet (vgl. Franzen, 2014, S. 673). Bei einer Zustimmungsbefragung können die Antwortkategorien wie folgt aussehen:

				
stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu/teilweise nicht	stimme eher zu	stimme sehr zu

Abbildung 33: Darstellung Likert-Skala (Quelle: Eigene Darstellung)

Als optimale Anzahl an Antwortkategorien gibt Franzen (2014, S. 673) sieben plus/minus zwei an. Weiter empfiehlt er ungerade Antwortkategorien und eine Beschriftung der Kategorien. Zur Vermeidung von Antwortmustern sollte die Reihenfolge von positiv zu negativ und umgekehrt wechseln.

«Darüber hinaus lässt sich aber auch vermuten, dass die Validität eines Messinstruments in der Regel stärker von der Frage selbst und ihrer Formulierung abhängt als von der verwendeten Antwortskala. So gesehen erscheinen Tests zur Reliabilität auch aus inhaltlichen Erwägungen in der Methodenforschung zu Antwortskalen den wichtigsten Stellenwert einzunehmen» (Franzen, 2014, S. 667).

Bildliche Darstellung des zeitlichen Ablaufs der quantitativen Befragungen vor und nach den Interventionen

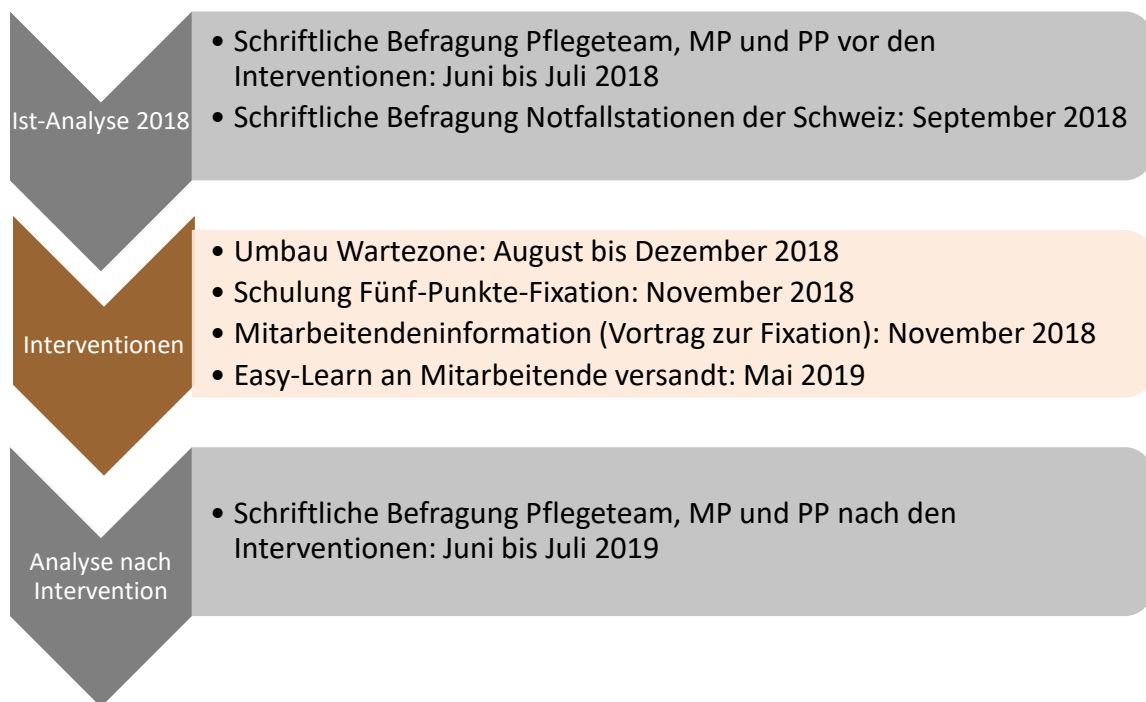


Abbildung 34: Vorgehen bei der Interventionsstudie (Quelle: Eigene Darstellung)

4.2 Erhebungs- und Auswertungsmethode

- **Erforschung der Sicherheit und des Sicherheitsempfindens beim Pflegepersonal und bei den MP im UNZ vor und nach den Interventionen**

Das Pflegepersonal und die MP werden mit einem ausgedruckten Fragebogen schriftlich befragt. Die Befragung erfolgt anonymisiert und freiwillig. Die ausgefüllten Fragebögen werden in einem Briefkasten im Kaffeeraum gesammelt. Nebst den demographischen Daten (Geschlecht, Berufserfahrung, Einsatz Triage oder Behandlungsstation) werden ausgewählte Fragen zum Sicherheitsempfinden erhoben. Von 101 Pflegepersonen und 18 MP wird eine Rücklaufquote von 80 Prozent angestrebt.

- **Befragung zur Patientenzufriedenheit im Warteraum**

Die MP fragen eintretende PP, ob sie an einer Befragung teilnehmen möchten. Es werden nur die PP befragt, die dazu bereit sind. Erhoben werden demographische Daten (Alter, Geschlecht, Nationalität [CH, EU, andere]), ob der Patient/die Patientin einen Hausarzt/eine Hausärztin hat, Wochentag, Uhrzeit und Eintrittsgrund (Krankheit, Unfall). Des Weiteren sollen die Atmosphäre im Warteraum, die Patientenzufriedenheit und die Zufriedenheit mit dem

Gesundheitszustand ermittelt werden. Insgesamt sollen ca. 200 PP befragt werden (Rücklaufquote von 100 Prozent).

Der Fragebogen wurde dem Pflegekader der Notfallstation für einen Pretest abgegeben. Der Pflegekader besteht aus fünf Stationsleitungen und einem Ausbildungsverantwortlichen, die den Fragebogen auf Verständlichkeit und Vollständigkeit prüften. Danach wurde die Validität der Fragen von Prof. Zimmermann, Prof. Odermatt und Prof. Schmitt geprüft. Anschliessend führte die Autorin einen weiteren Pretest mit fünf PP im Warteraum durch. Der Fragebogen war soweit klar verständlich, sodass keine Anpassungen nötig waren. Die definitive Version wurde einer offiziellen Übersetzerin gegeben und anschliessend in Papierform auf Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch ausgedruckt.

Die Erfahrung aus früheren Befragungen hat gezeigt, dass die MP die Patientenbefragungszettel zuverlässiger abgeben als das Pflegepersonal. Deshalb wurde vorgängig der Leiter des Patientenmanagements angefragt, ob sein Personal diese Aufgabe übernehmen könnte, und anschliessend wurden die Mitarbeitenden informiert.

4.3 Vorgehen bei der Datenerhebung

Die Fragebögen waren in vier Sprachen (Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch) verfasst. Sie durften nur an PP verteilt werden, die eine der vier Sprachen beherrschten.

Die MP fragten die PP, ob sie bei der Befragung zum Warteraum mitmachen möchten. Nur diejenigen erhielten den Fragebogen, die bereit waren mitzumachen. Die PP mussten den Fragebogen im Warteraum ausfüllen und an die MP retour geben.

Die erste Befragung fand vor der Intervention (Umbau Warteraum) statt, sie begann am 6. Juni 2018 um 09.00 Uhr und dauerte bis zum 3. Juli 2018 um 07.00 Uhr. Die zweite Befragungsrunde wurde nach der Intervention durchgeführt, sie begann am 3. Juni 2019 um 09.00 Uhr und dauerte bis zum 15. Juli 2019. Als Ziel wurde angestrebt, 200 PP zum Warteraum zu befragen.

In einem Fach beim Empfang wurden 300 Fragebögen auf Deutsch und je 20 auf Französisch, Italienisch und Englisch bereitgelegt. Eine Erklärung über die Befragung wurde auf der Schreibunterlage in der jeweiligen Sprache aufgeklebt.

Weiter wurde ein Fach für die retournierten Fragebögen eingerichtet. Dieses wurde von der Autorin an den Wochentagen täglich geleert. Am Empfangstresen wurde ein Verlaufsprotokoll zur Kontrolle der retournierten Fragebögen geführt. Die MP hatten dadurch die Möglichkeit, die Rücklaufquote zu kontrollieren und einen Überblick darüber zu erhalten, wie viele PP bereits befragt wurden.

In der ersten Befragungswoche hat die Autorin beim administrativen Personal öfters nachgefragt, ob es Fragen oder Schwierigkeiten gibt, damit Anpassungen zeitnah hätten vorgenommen werden können.

Ist-Analyse

Im Juni 2018 wurde mit einem quantitativen Fragebogen eine Ist-Analyse-Erhebung beim Pflegepersonal des UNZ, bei den MP und bei PP im Warteraum durchgeführt. Neben demographischen Daten wurden das Sicherheitsempfinden, die Anzahl erlebter Aggressionen beim Pflegepersonal sowie der Einfluss der Führung erhoben.

Nach der Befragung wurden zwei Interventionen umgesetzt, nämlich bauliche Massnahmen im Warteraum und eine Schulung in der Fixation von aggressiven PP.

- **Intervention 1: Einfluss von baulichen Massnahmen im Warteraum auf die Sicherheit und das Sicherheitsempfinden**

Vom 16. August bis Mitte Dezember 2018 wurden bauliche Massnahmen mit aggressionsmindernden Elementen in der Wartezone des UNZ implementiert (Einsatz von Naturelementen, tiefenwirksames Landschaftsbild, schalldämpfende Elemente und Anpassung der Beleuchtung im Warteraum). Die Massnahmen wurden in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule der Künste ausgearbeitet. Die Auswirkungen der baulichen Massnahmen auf das Sicherheitsgefühl von Pflegepersonen und MP sowie auf die Zufriedenheit der PP sollten nach dem Umbau erneut erhoben und mit der Ist-Situation-Befragung vom Juni 2018 verglichen werden. Der Fragebogen vom Juni 2019 wurde lediglich mit der Zusatzfrage ergänzt, ob die Massnahmen eine Verbesserung der Sicherheit und des Sicherheitsempfindens erbracht hätten. Die Resultate wurden miteinander verglichen und Schlüsse gezogen. Als Stichprobengrösse wurde erwartet, dass mindestens 80 Prozent der Mitarbeitenden und 200 PP teilnehmen würden.

- **Intervention 2: Sicherheit und Sicherheitsempfinden bei der Fünf-Punkte-Fixation**

Das Pflegepersonal des UNZ wurde im November 2018 über die rechtlichen und ethischen Faktoren bei einer Fünf-Punkte-Fixation geschult. Weiter erhielten Schlüsselpersonen den Auftrag, die Schulung und das Wissen in der Fünf-Punkte-Fixation im Pflorgeteam zu etablieren. Ein Easy-Learn-Programm¹⁰ wurde erstellt und im Mai 2019 an die Mitarbeitenden versandt. Die Absolvierung des Easy-Learn-Programms wurde überprüft bzw. die Teilnehmenden wurden angemahnt, wenn es nicht ausgefüllt wurde. Es wurde überprüft, ob die Schulung das Sicherheitsempfinden bei den Mitarbeitenden verändert hat.

4.4 Einschlusskriterien

- Nur Pflegepersonen (darunter fallen Mitarbeitende mit einem Nachdiplomstudium in Notfallpflege [NDS-NF], diplomiertes Pflegepersonal, Fachfrau/Fachmann Gesundheit, Pflegeassistent/innen)
- Mitarbeitende Patientenmanagement
- Patienten und Patientinnen (Befragung in Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch)

4.5 Ausschlusskriterien

- Kindernotfall
- Ärzte/Ärztinnen wurden nicht befragt (sie sind im UNZ nicht am Empfang tätig und erfahrungsgemäss selten von Aggressionen betroffen, was die Literatur bestätigt)
- Aggressive PP wurden nicht befragt

4.6 Erfassung der Daten

Die Daten wurden mit Excel ausgewertet. Die nicht beantworteten Fragen wurden in die Berechnung nicht inbegriffen. Als 100 Prozent galten lediglich die beantworteten Fragen.

¹⁰ Ein Easy-Learn-Programm ist ein elektronisches, interaktives Lernprogramm

5 Befragung der Stationsleitungen von Notfallstationen der Schweiz

5.1 Erhebungs- und Auswertungsmethode

Quantitative Multi-Center-Studie

Die quantitative Methode eignet sich für einen Vergleich zwischen den verschiedenen Notfallstationen der Schweiz. Die Ergebnisse können mit den Massnahmen des UNZ und mit den Empfehlungen aus der Literaturrecherche verglichen werden. Die Daten werden mit Excel deskriptiv ausgewertet.

5.2 Operationalisierung der Sicherheitsmassnahmen in Notfallstationen der Schweiz

Nebst der internen Analyse im UNZ sollten auch die Sicherheitsstandards in anderen Notfallstationen der Schweiz (Multi-Center-Analyse) erhoben werden. Es wurde erwartet, dass mindestens 20 Notfallstationen teilnehmen würden. Dazu wurden Stationsleitungen von Notfallstationen in der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Schweiz angeschrieben. Die Fragebögen wurden in Deutsch, Französisch und Italienisch erstellt, sodass die Fragen in der jeweiligen Muttersprache beantwortet werden konnten. Die Befragten wurden mit einem Begleitbrief über den Zweck der Studie informiert. Die Retournierung des ausgefüllten Fragebogens galt als Genehmigung zur Verwendung der Daten zu Studienzwecken. Zwecks Datenschutz wurden bei der Auswertung der Fragebögen die Notfallstationen anonymisiert. Die Befragung dauerte von Juli bis August 2018.

6 Quantitative Studie zu intoxikierten und aggressiven PP

6.1 Begründung für diese Studie

Im Verlauf der Forschung gab es Rückmeldungen aus dem Pflorgeteam, dass die Anzahl an intoxikierten und aggressiven PP zunehme, was für das Pflegepersonal eine grosse Belastung bedeute. Deshalb wurden die Fälle an Intoxikierten von 2018 und 2019 während eines Zeitraums von je sechs Monaten miteinander verglichen. Dabei zeigte sich, dass das subjektive Empfinden des Pflegepersonals mit der Statistik übereinstimmte.

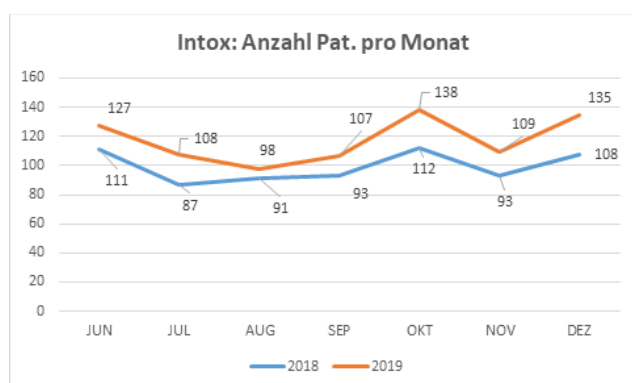


Abbildung 35: Intoxikierte PP pro Monat (Quelle: Utiger, 2020, unveröffentlicht)

Eine Befragung des Pflorgeteams sollte Aufschluss darüber geben, wie belastend die Mitarbeitenden die Arbeitstätigkeit durch Intoxikierte empfinden, welche Bewältigungsstrategien sie im Umgang mit intoxikierten und aggressiven PP anwenden und welche weiteren unterstützenden Massnahmen von Seiten des Arbeitgebers ergriffen werden sollten.

Die Veränderungen und Auswirkungen, welche das Pflegepersonal gefühlsmässig bemerkte, sollten in die Arbeit einfliessen und aufzeigen, in welcher kurzer Zeit sich die Situation und die Sicherheit verändert haben. Das Aufkommen dieser dynamischen Veränderungen während der empirischen Arbeit verdeutlicht die Relevanz der Thematik.

6.2 Erhebungs- und Auswertungsmethode

Der Fragebogen wurde an fünf Stationsleitungen für einen Pretest versandt. Deren Rückmeldungen bezüglich Verständlichkeit der Fragen wurden aufgenommen. Per Mail wurde eine Monkey-Survey-Befragung an das Pflorgeteam versandt. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und dauerte vom 7. Januar bis zum 28. Februar 2020. Die Befragung erfolgte anonym. Sie bestand aus acht Frage-Einheiten. Die Daten wurden mit SPSS ausgewertet und deskriptiv dargestellt.

7 Qualitative Studie (sieben Experteninterviews)

7.1 Begründung der Methodenwahl

Um die Forschungsfrage nach der Zusammenarbeit zwischen Partnerorganisationen und Notfallstation beantworten zu können, gibt es bislang keine Studien bzw. keine Theorie. Aus diesem Grund wurde ein qualitativ-exploratives Forschungsdesign gewählt (vgl. Hussy et al., 2013, S. 195). Im Zentrum der Forschung steht die Wahrnehmung der befragten Expertinnen und Experten (vgl. Hussy et al., 2013, S. 185). Betroffen sind Schnittstellen zu acht Partnerorganisationen. Da es pro Schnittstelle eine Führungsperson gibt, sollen alle Führungspersonen befragt werden, um eine theoretische Sättigung auf Führungsebene zu erreichen.

Schreier (2014, S. 1) nennt zwei Basisformen der qualitativen Inhaltsanalyse, nämlich die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse und die qualitative Inhaltsanalyse durch Extraktion. Sie versteht unter qualitativer Inhaltsanalyse ein Verfahren, um ausgewählte Textbedeutungen zu beschreiben: *«Diese Beschreibung erfolgt, indem relevante Bedeutungen als Kategorien eines inhaltsanalytischen Kategoriensystems expliziert und anschliessend Textstellen den Kategorien dieses Kategoriensystems zugeordnet werden»* (Schreier, 2014, S. 3). Die Kategorien werden dabei auf der Basis des Fragebogens entwickelt. Schreier (2014) fasst die Merkmale der qualitativen Inhaltsanalyse wie folgt zusammen:

- *Kategorienorientierung*
- *Interpretatives Vorgehen*
- *Einbeziehen latenter Bedeutungen*
- *Entwicklung eines Teils der Kategorien am Material*
- *Systematisches, regelgeleitetes Vorgehen*
- *Orientierung an Reliabilität und Validität gleichermassen*

Mit einem systematischen und regelgeleiteten Vorgehen soll sich die qualitative Inhaltsanalyse an den Gütekriterien der Validität und Reliabilität ausrichten. Die Validität wird erreicht, indem das Kategoriensystem die wesentlichen Bedeutungsaspekte des Textmaterials erkennt (vgl. Schreier, 2014, S. 3). Bogner et al. (2014, S. 93) vermerken, dass die Übertragung des Gütekriteriums Reliabilität aus der quantitativen Forschung auf die qualitative Forschung als wenig erfolgversprechend angesehen werden muss. Sie empfehlen, dass die Interpretation der **Ergebnisse transparent dokumentiert und nachvollziehbar** aufgezeigt wird:

«Auch wenn qualitative Daten mangels Standardisierung im strengen Sinne experimenteller Laborforschung nicht überprüfbar sind, so muss doch zumindest nachvollziehbar gemacht werden, auf welche Weise wir zu unseren Interpretationen gelangt sind. Mit anderen Worten: An die Stelle traditioneller Gütekriterien tritt die Forderung nach Transparenz des Erhebungs- und Auswertungsprozesses» (Bogner et al., 2014, S. 93).

Bei einer Wiederholung der Befragung sollten ähnliche Ergebnisse erhoben werden (Reichweite) und die Ergebnisse sollen diskutiert und reflektiert werden (Intersubjektivität).

Expert/innen: Bogner et al. (2014, S. 9ff) definieren Expert/innen wie folgt: *«Experten lassen sich als Personen verstehen, die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzbaren Problembereich bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend für Andere zu strukturieren.»* Um die Haltung der PO und die Herausforderungen bei der Zusammenarbeit mit ihnen zu erkunden, eignet sich in erster Linie das leitfadengestützte Experteninterview (vgl. Schnell et al., 2013; vgl. Gläser; Laudel, 2010, S. 111ff). Die offenen Fragen, bei denen flexibel nachgefragt werden kann, ermöglichen es, die Sichtweise der Expert/innen besser zu erfassen als bei standardisierten Interviews oder Fragebögen (vgl. Hussy et al., 2013, S. 74).

Fragebogen: Da es sich um wissenschaftliches Neuland handelte, musste ein eigener Fragebogen entworfen werden. Bei der Herleitung der Fragen spielte auch die Expertise der Autorin eine Rolle. Rack (2014, S. 190) macht diesbezüglich auf folgende Problematik aufmerksam: *«Der Confirmation-Bias beschreibt die menschliche Neigung, nur Informationen zu berücksichtigen, die die eigenen Theorien, Prognosen, Meinungen und Vorurteile bestätigen und alle Informationen zu ignorieren, die die eigene Meinung widerlegen.»* Boerderlein (2000, S. 138) weist darauf hin, dass eine bewusste Auseinandersetzung mit der «Confirmation-Bias» diesen Mechanismus und seine negativen Auswirkungen auf die Objektivität der forschenden Person reduziert. Durch die Befragung von sieben Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Partnerorganisationen sollten mit einer Aussensicht weitere Sichtweisen einfließen können. Der Leitfragebogen diente als Richtschnur, um alle Faktoren, die der Autorin bewusst waren, zu befragen. Eine Vertiefung der Recherche über die Haltung und die Erfahrungen der Experten und Expertinnen sollte einer Confirmation-Bias zusätzlich entgegenwirken.

Der Fragebogen besteht aus vier Haupt- und aus Nebenfragen sowie einer offenen Zusatzfrage, ob es noch etwas gebe, das die Befragten sagen möchten. Mit den Fragen sollte herausgefunden werden, wie die Expert/innen der Partnerorganisationen die Belastung durch aggressive PP wahrnehmen, welche Massnahmen sie zur Unterstützung ihrer Mitarbeitenden umgesetzt haben, welche Massnahmen sie dem UNZ empfehlen und was sie sich vom UNZ wünschen, um die Zusammenarbeit noch weiter zu verbessern.

7.2 Praktische Umsetzung der Experteninterviews

Das UNZ weist acht Schnittstellen zu verschiedenen Partnerorganisationen auf. Diese wurden angefragt, ob je eine Führungsperson an der Umfrage teilnehmen könne. Von den acht Partnerorganisationen erklärten sich sieben dazu bereit. Allerdings war es nicht möglich, einen Experten/eine Expertin der Kantonspolizei zu befragen.

Es konnten folgende Expertinnen und Experten befragt werden:

1. Direktor Bewachungsstation Bern (Bewa)
2. Stationsleitung Klinik für Allgemein- und Innere Medizin Inselspital (Kaim)
3. Leiter Rettungsdienst (RD)
4. Leitung Patientenmanagement (LPM)
5. Stationsleitung Intensivbehandlung (IB) Inselspital
6. Gruppenleiter Sicherheitsdienst Inselspital
7. Chefarzt Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD)

Nach der mündlichen Zusage erhielten die Expertinnen und Experten ein Schreiben mit allgemeinen Informationen und mit Hinweisen über den Ablauf der Befragung. Die Anfrage und die schriftliche Vorinformation der Experten und Expertinnen sowie der Fragebogen für die Experteninterviews befinden sich in Anlage VI/9 und 10.

Vorgehensweise: Für das Transkribieren der Experteninterviews wurden vorgängig die Transkriptionsregeln festgelegt (Anlage VI/11) und für die Auswertung der Experteninterviews wurde ein Kategorien-System erstellt (Anlage VI/12).

Pretest: Vor der Durchführung der Interviews mit den Expertinnen und Experten wurde der Leitfadenfragebogen mit fünf Stationsleitungen der Notfallstation bezüglich Verständlichkeit und Vollständigkeit der Fragen getestet.

Durchführung der Interviews: Die Interviews wurden mit Tonband aufgezeichnet und zu einem geschriebenen Text transkribiert. Mayring beschreibt Transkription als ein Niederschreiben des gesprochenen Wortes (vgl. Mayring, 2015, S. 54). Der geschriebene Text bildet die Grundlage für die Auswertung.

7.3 Datenauswertung

Mayring (2015, S. 65ff) unterscheidet bei der Technik der qualitativen Inhaltsanalyse drei Hauptformen, nämlich die zusammenfassende, die strukturierende und die explikative Inhaltsanalyse. Die drei Grundformen beschreibt er wie folgt (2015, S. 67):

Zusammenfassung: *Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.*

Implikation: *Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätzen, ...) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, das die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet.*

Strukturierung: *Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.*

Für die **inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse** wurden anhand des Leitfragebogens Haupt- und Subkategorien gebildet (vgl. Kuckartz, 2018, S. 30ff/63ff; vgl. Flick, 2010, S. 491ff). Kuckartz (2018, S. 64) nennt dies eine *A-priori-Kategorienbildung* oder auch **deduktive Kategorienbildung**. «Bei der A-priori-Kategorienbildung werden die bei der Inhaltsanalyse zum Einsatz kommenden Kategorien auf der Basis einer bereits vorhandenen inhaltlichen Systematisierung gebildet. Dabei kann es sich um eine Theorie oder eine Hypothese handeln, aber auch

um einen Interviewleitfaden oder ein bereits vorhandenes System zur inhaltlichen Strukturierung» (Kuckartz, 2018, S. 64).

In einem ersten Schritt wurden die Textstellen kategorien- und expertenbasiert zusammengefasst.

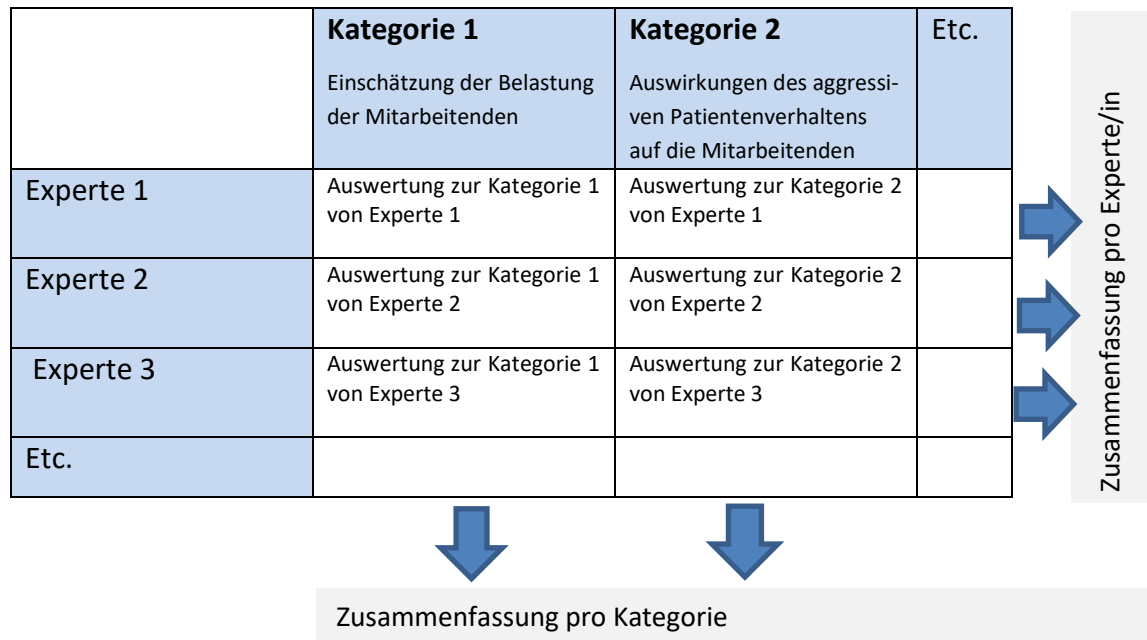


Abbildung 36: Themenmatrix (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kuckartz, 2018, S. 112)

Rädiker und Kuckartz (2019, S. 149) merken an: «Solche Zusammenfassungen halten also etwas fest, was aus einem bestimmten Blickwinkel bedeutsam ist. Dies bedeutet andererseits, dass es keine allgemeingültige Art und Weise gibt, um Zusammenfassungen anzufertigen.»

In einem nächsten Schritt wurden die Kategorien in drei Durchgängen auf ihre Kernaussagen reduziert und die relevanten Resultate hervorgehoben und zusammengefasst.

8 Ergebnisse

8.1 Inhaltsanalyse von drei Aggressionsmeldungen (Mehrfallstudie mit mehreren Analyseeinheiten)

Fallbericht 1: Beim Empfang/Triage

«Die Patientin kommt in die Notfallstation und erwartet bei einem vollen Notfall, dass ihre Bagatellverletzung unverzüglich behandelt wird. Bereits bei der Administration wird sie ausfällig. Im Triage-Raum möchte ich sie nach ihren Beschwerden befragen. Sie gibt mir keine Angaben und beschimpft und bedroht mich verbal. Die Patientin wird immer aggressiver und schreit mich an. Sie erwartet von mir, dass ich ihr eine Schiene und einen Verband anlege, damit sie sofort wieder nach Hause gehen kann. Ich erkläre die Abläufe in der Notfallstation und dass der Notfall im Moment ausgelastet ist, das heisst, dass alle Kojen besetzt sind und sie einen Moment warten müsste. Ich bot ihr Schmerzmittel an. Daraufhin wird die Patientin wiederum aggressiv und fragt, was das hier soll und ob dies ein Theater oder ein Spital sei. Ich versuche der Patientin nochmals die Situation zu erklären. Sie möchte meinen Namen wissen. Dies wird Konsequenzen für mich haben. Die Patientin geht in den Warteraum und schreit umher, ob hier alle auf den Kopf gefallen sind.»

Fallbericht 2: Fixation in der Behandlungszone

«Der Patient hatte in der Stadt aus Wut die Wohnung der Freundin demoliert und Scheiben eingeschlagen, worauf die Polizei gerufen wurde. Der alkoholisierte Patient wurde uns in Begleitung der Polizei auf die Notfallstation zugewiesen. Nach der Übergabe verliess die Polizei das UNZ.

Der Patient war blutüberströmt und blutete aus der Nase und an den Händen. Er war verbal und physisch aggressiv, schlägt um sich, spuckt, schreit und beschimpft das weibliche Pflegepersonal «Fuck you! I kill you». Dabei schlug er auf die Kojen-Wand, Türen und die Bahre ein, riss die Überwachungskamera aus der Halterung und zerstörte den Überwachungsmonitor. Eine klinische Untersuchung des motorisch aggressiven Patienten war nicht möglich. Verbale De-Eskalation funktionierte nicht. Der Patient konnte nicht überzeugt werden, ein Beruhigungsmittel einzunehmen. Im Verlauf wurde er immer aggressiver, schlägt die Tür aus der Halterung und versucht zu entkommen. Dabei verspritzt er überall sein Blut. Mit Hilfe der Securitas konnte der Patient in Schach gehalten werden, bis die Polizei wieder eintraf.

Als ich dem Patienten ein Beruhigungsmittel spritzen wollte, spuckte er mir ins Gesicht und verdreht er meinen Daumen. Dank dem Eingreifen der Polizei konnte der Patient fünf-Punktefixiert und sediert werden.»

Fallbericht 3: Sicherheitsempfinden

«Der Patient wurde uns um 04.00 Uhr vom Rettungsdienst mit diversen Riss-Quetschwunden nach einer Prügelei angemeldet. Bei Eintreffen wurde der Patient direkt in der Koje 5 aufgenommen. Der Patient schlief bei Ankunft tief; er war jedoch auf Schmerzreize weckbar. Das Rettungsdienstteam gab uns Rapport ab: Der Patient war im Ausgang und habe unklare Mengen an Alkohol getrunken. Als er auf dem Heimweg war, kam es zu einer Auseinandersetzung mit seinem Kollegen. Sie prügeln sich heftig und schlugen mit Flaschen aufeinander ein. Der Patient hatte viele Riss-Quetschwunden. Die Mitarbeitenden des Rettungsdienstes berichteten, dass der Patient bei der Inspektion der Verletzungen bereits ihnen gegenüber aggressiv wurde. Aus diesem Grund war der Sicherheitsdienst im Hintergrund anwesend. Der Patient wurde auf unsere Liege transferiert. Zu diesem Zeitpunkt schlief er immer noch tief. Das Monitoring für die Überwachung der Vitalparameter konnte angelegt werden. Es präsentierte sich ein hämodynamisch stabiler Patient. Während der zuständige Oberarzt und die Assistenzärztin begannen den Patienten zu untersuchen, wurde der Patient zunehmend wacher. Der Arzt entfernte den vom Rettungsdienst angebrachten Verband an der Hand, um eine Wundinspektion vorzunehmen. Der Patient war plötzlich ganz wach und beschimpfte uns laut als Rassisten. Er stand auf, entfernte die Überwachungskabel und fuchtelte wild mit seinen Händen in der Luft herum. Die verletzte Hand blutete stark und die Koje und die anwesenden Mitarbeitenden wurden mit dem herumspritzenden Blut kontaminiert. Der Patient spuckte zudem gegen die Mitarbeitenden. Der Sicherheitsdienst versuchte verbal den Patienten zu beruhigen. Ich stand zu diesem Zeitpunkt im hinteren Teil der Koje in der Ecke. Ich wollte zuvor dem Patienten die Temperatur im Ohr messen. Da das linke Ohr verletzt war, habe ich mich auf die rechte Seite begeben, um rechts die Temperatur zu messen. Währenddem der Patient aufstand, stand er so in der Koje, dass ich nahe an ihm hätte vorbeigehen müssen. Ich stand in der Ecke und hatte keinen Fluchtweg. Der Rest vom Team stand bei der Tür. Der Patient richtete sich gegen die Mitarbeitenden, welche bei der Tür standen. Ich hatte während dem massiv aggressiven Verhalten des Patienten sehr grosse Angst ausgestanden. Ich befand mich an einer äusserst ungünstigen Position in der Koje und hatte keine Chance, mich zum Ausgang zu bewegen. Erst als der Patient sich in der Koje von meiner Sicht aus nach links bewegte, konnte ich zum Ausgang

rennen. Der Patient schrie, spuckte und fuchtelte während ca. 2 Minuten mit den Händen umher.

Nachdem sich der Patient wieder beruhigt hatte, konnte ein provisorischer Verband an der Hand angelegt werden. Eine Mitarbeiterin der Notfallstation hatte den Polizeiknopf betätigt. Eine Patrouille der Kantonspolizei kam hinzu, als der Patient wieder ruhiger war. Er fuchtelte mit den Händen nicht mehr umher und er spuckte nicht mehr. Er war nur noch verbal aggressiv.

Im Verlauf sollte eine radiologische Bildgebung gemacht werden. Der Patient wurde gebeten, mit zur Radiologie zu kommen. Im Warteraum sass ein weiterer Bekannter des Patienten. Es kam erneut zu lautem Wortgefecht und Beschimpfungen. Die Bildgebung konnte in Begleitung von 2 Polizisten, 1 Mitarbeiter des Sicherheitsdienstes, 2 Ärzten und 2 Pflegepersonen durchgeführt werden. Der Patient kam zurück in die Koje. Im Verlauf schlief der Patient wieder sehr tief. Er reagierte jedoch stets auf das Massieren über dem Sternum. Im weiteren Verlauf konnte die Überwachung der Vitalparameter wiederaufgenommen werden, ein venöser Zugang sowie die Blutentnahmen konnten ohne Zwischenfall gemacht werden. Um 07.30 Uhr übergab ich den Patienten dem Tagdienst.

Die Koje musste anschliessend mit grossem Aufwand gereinigt werden.»

Auswertung von drei Aggressionsmeldungen

Forschungsfragen	Fall 1	Fall 2	Fall 3
1. Wie war das Verhalten vor Eintritt ins UNZ?	<ul style="list-style-type: none"> Wird nicht beschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> Hat die Wohnung der Freundin aus Wut demoliert und Fenster eingeschlagen Polizei wurde aufgeboten und bringt den Patienten ins UNZ 	<ul style="list-style-type: none"> Auseinandersetzung und Prügelei mit einem Kollegen Der Vorfall ereignete sich um 04.00 Uhr Fällt bereits durch aggressives Verhalten gegenüber den Rettungssanitätern auf
2. Warum kam es zum aggressiven Verhalten des Patienten/der Patientin im UNZ?	<ul style="list-style-type: none"> Wartezeit Erwartungen der Patientin wurden nicht erfüllt 	<ul style="list-style-type: none"> Alkoholisiert 	<ul style="list-style-type: none"> Alkoholisiert
3. Weshalb wurde gerade dieser Fall gemeldet?	<ul style="list-style-type: none"> Pflegeperson musste befürchten, dass es nicht bei verbaler Aggression bleibt Patientin drohte mit Konsequenzen 	<ul style="list-style-type: none"> Grosses physisches und psychisches Aggressionspotential Melderin wurde verletzt (ihr Daumen wurde verdreht und ihr wurde ins Gesicht gespuckt) 	<ul style="list-style-type: none"> Grosses physisches und psychisches Aggressionspotential
4. Wer war die meldende Person?	<ul style="list-style-type: none"> Pflegeperson Triage 	<ul style="list-style-type: none"> Pflegeperson 	<ul style="list-style-type: none"> Pflegeperson
5. Was war das Ziel der Aggressionsmeldung?	<ul style="list-style-type: none"> Registrierung der Aggressorin Die Vorgesetzte sollte Kenntnis über den Fall haben, damit sie bei einer allfälligen Beschwerde vorinformiert ist Die Pflegeperson möchte richtigstellen, dass ihr Handeln korrekt war 	<ul style="list-style-type: none"> Registrierung des Aggressors und Massnahme durch Rechtdienst Vorgesetzte soll in Kenntnis gesetzt werden Mitteilung an Aggressor, dass die Führungspersonen des UNZ und der Rechtdienst das Verhalten nicht akzeptieren 	<ul style="list-style-type: none"> Registrierung des Aggressors und Massnahme durch Rechtdienst Vorgesetzte soll in Kenntnis gesetzt werden Mitteilung an Aggressor, dass die Führungspersonen des UNZ und der Rechtdienst das Verhalten nicht akzeptieren
6. Wie ging es der meldenden Pflegekraft (physisch/psychisch)?	<ul style="list-style-type: none"> Vermutung: hilflos, machtlos, ausgeliefert, blossgestellt, genervt, gestresst, verärgert 	<ul style="list-style-type: none"> Vermutung: Angst 	<ul style="list-style-type: none"> Die Melderin schreibt: <i>«Ich hatte während dem massiv aggressiven Verhalten des Patienten sehr grosse Angst ausgestanden. Ich befand mich an einer äusserst ungünstigen Position in der Koje und hatte keine Chance mich zum Ausgang zu bewegen.»</i>

Forschungsfragen	Fall 1	Fall 2	Fall 3
7. War die Situation für die meldende Pflegekraft gefährlich?	<ul style="list-style-type: none"> • Da sich die Pflegeperson mit der Aggressorin allein im Triage-Raum befand, bestand eine physische Gefahr 	<ul style="list-style-type: none"> • Melderin wurde physisch verletzt 	<ul style="list-style-type: none"> • Es bestand ein grosses Aggressionspotential mit der Gefahr einer physischen Verletzung
8. Welche Sicherheitsmassnahmen hat der Melder ergriffen?	<ul style="list-style-type: none"> • Verbale Deeskalation • Pflegeperson bot Schmerzmittel an • Pflegeperson informierte und erklärte der Patientin die Prozesse • Ein Mitarbeiter des Sicherheitsdienstes kam hinzu und hat die Aggressorin vom Spitalareal verwiesen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Mitarbeiter des Sicherheitsdienstes war von Anfang an dabei • Verbale Deeskalation • Versuch zu sedieren • Fünf-Punkte-Fixation • Polizei wurde aufgeboten 	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherheitsdienst von Anfang an dabei • Verbale Deeskalation durch Mitarbeiter des Sicherheitsdienstes • Rannte zum Ausgang und brachte sich in Sicherheit • Polizei wurde aufgeboten • Sieben Personen waren zur Betreuung anwesend
9. Welche Sicherheitsmassnahmen haben gefehlt?	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeperson war mit Aggressorin alleine im Triage-Raum; ein Mitarbeiter des Sicherheitsdienstes kam erst später hinzu • Bei drohender Gefahr soll der Sicherheitsdienst rechtzeitig aufgeboten werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Aggressionspotential war bereits vor Eintritt ins UNZ bekannt → Sicherheitsmassnahmen müssten vor Eintritt hochgefahren werden • Polizei hätte bleiben sollen • Sedation mit der Polizei • Frühzeitige Fixation • Schutzbrille 	<ul style="list-style-type: none"> • Aggressionspotential war bereits vor Eintritt ins UNZ bekannt → Sicherheitsmassnahmen müssten vor Eintritt hochgefahren werden • Polizei hätte bleiben sollen • Sedation • Frühzeitige Fixierung • Schutzbrille • Spuckmütze, Übermäntel • Patient wurde in einer «normalen» Koje aufgenommen und nicht in der Sicherheitskoje

Tabelle 6: Auswertung von drei Aggressionsmeldungen (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Elo; Kyngäs, 2007, S. 109)

Zusammenfassung Inhaltsanalyse

In allen drei Fällen bestand ein grosses Gefahrenpotential. In zwei Fällen war bereits vor Eintritt in das UNZ ein aggressives Verhalten aufgefallen. Nicht erfüllte Erwartungen und Alkohol waren entscheidende Faktoren bei der Entstehung der Aggression. Während des Transports und bei der Übergabe waren diese PP ruhig oder haben geschlafen. Dadurch kam es zu einer falschen Sicherheit beim Pflegepersonal. Das Gefahrenpotential wurde nicht richtig eingeschätzt, weshalb ungenügende Sicherheitsmassnahmen ergriffen wurden. Die Polizisten haben gleich nach der Übergabe des Patienten/der Patientin das UNZ verlassen. Bei PP, die bereits vor dem Eintritt ins Notfallzentrum durch aggressives Verhalten auffallen, sollte die Polizei im UNZ bleiben, bis garantiert ist, dass die Sicherheit gewährleistet ist.

Aus den Fallberichten geht hervor, dass die Pflegepersonen Angst hatten. Welche langfristigen psychischen Folgen diese PP mit ihrem Verhalten beim Pflegepersonal hinterlassen, ist unklar.

2 Interventionsstudien
- Bauliche Massnahme
- Schulung 5-Punkte-Fixation



Quantitative Studie
Umgesetzte Standards
in Notfallstationen
Schweiz

Quantitative Studie zu
intoxikierten und
aggressiven Patienten/
innen

Qualitative Studie
7 Experteninterviews

8.2 Interventionsstudien (2018 und 2019)

- Bauliche Massnahmen
- Schulung Fünf-Punkte-Fixation

Die Auswertung gliedert sich in folgende drei Befragungsgruppen:

- **Patienten und Patientinnen**
- **Pflegepersonal**
- **Mitarbeitende Patientenmanagement**

8.2.1 Ergebnisse der Patientenbefragung

Prä-Interventions-Messung (n=202); Post-Interventions-Messung (n=245)
Befragungszeitraum 6.6.2018 – 3.7.2018; Befragungszeitraum 1.6.2019 – 15.7.2019

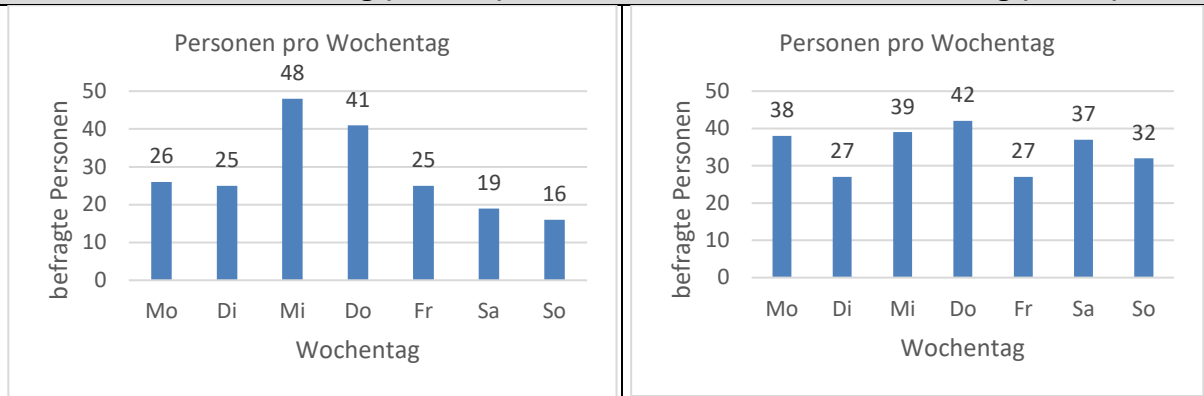
Die erste Befragung wurde zwischen dem 6.6.2018 und dem 3.7.2018 durchgeführt und die zweite Befragung nach den Interventionen dauerte vom 1.6.2019 bis zum 15.7.2019. An der ersten Befragung haben 202 und bei der zweiten Befragung 245 PP teilgenommen. Die Teilnahme war freiwillig. Nur PP, die im Warteraum warten mussten, wurden für eine Mitwirkung angefragt.

Die Befragten haben nicht immer alle Fragen beantwortet. Das Total der beantworteten Fragen wird jeweils mit 100 Prozent angegeben.

1. Patientenrückmeldung pro Wochentag

Prä-Interventions-Messung (n=200¹¹)

Post-Interventions-Messung (n=242)



Anmerkung zum Wochentag

Weshalb bei der ersten Befragungsrunde im Jahr 2018 am Mittwoch und am Donnerstag die meisten Befragungen durchgeführt wurden, kann nicht erklärt werden.

Hypothese: Am Wochenende wurden weniger PP befragt, weil der LPM frei hatte und die Mitarbeitenden an diesen Tagen nicht von ihm angehalten wurden, die Fragebögen abzugeben.

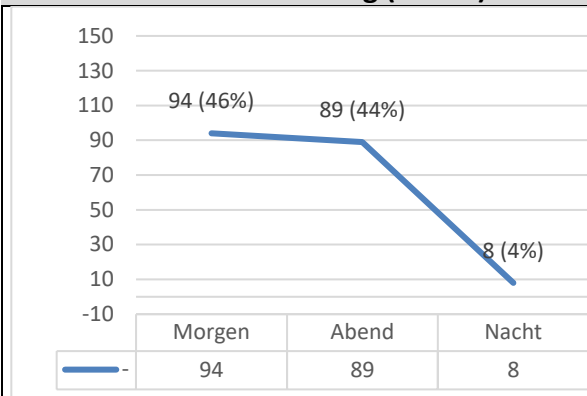
Abbildung: Patientenrückmeldungen pro Wochentag (Quelle: Eigene Darstellung)¹²

¹¹ Das Total variiert, da die Befragten teilweise nicht alle Fragen beantwortet haben.

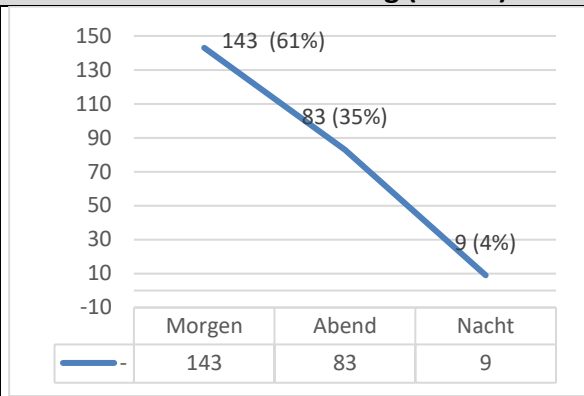
¹² Wenn nicht anders erwähnt, handelt es sich bei allen nachfolgenden Abbildungen, Tabellen und Darstellungen der erhobenen Resultate um eigene Darstellungen.

2. Anzahl befragte Patient/innen pro Schicht

Prä-Interventions-Messung (n=191)



Post-Interventions-Messung (n=235)

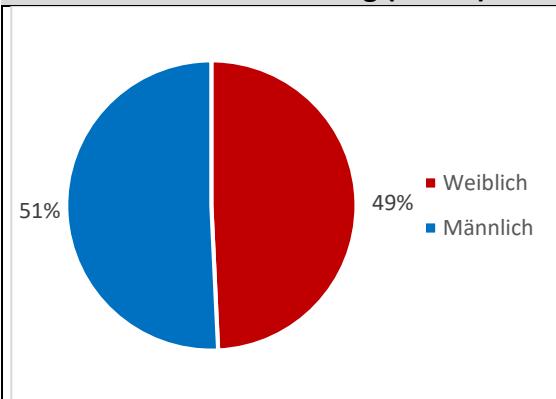


Beurteilung der Anzahl an Befragungen pro Schicht

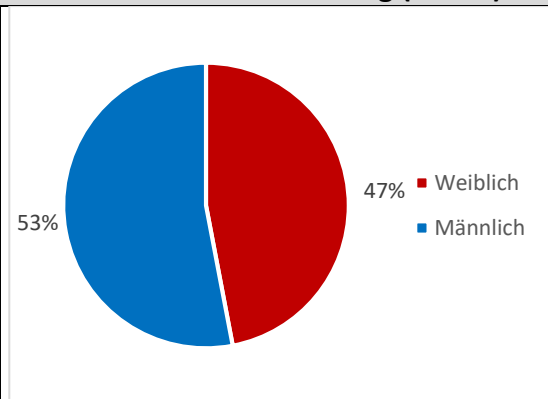
Während der Früh- und Spätschicht ist das Patientenaufkommen am höchsten. Es kann davon ausgegangen werden, dass PP, die in der Nacht eintreten, gleich aufgenommen werden können und deshalb nicht im Warteraum warten müssen. Aus diesem Grund wurden in der Nacht am wenigsten Fragbögen verteilt.

3. Geschlechterverteilung Patienten und Patientinnen

Prä-Interventions-Messung (n=201)



Post-Interventions-Messung (n=243)

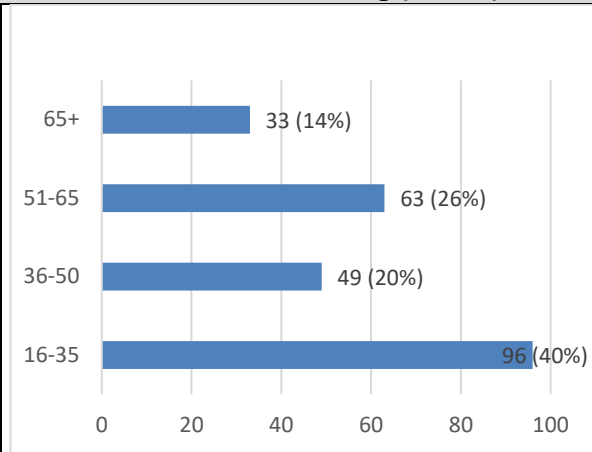
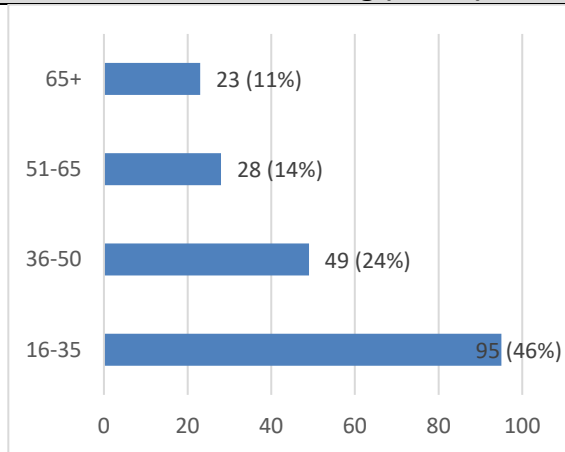


Der Anteil an PP liegt bei ungefähr 50 Prozent.

4. Altersgruppen der Patient/innen

Prä-Interventions-Messung (n=202)

Post-Interventions-Messung (n=241)



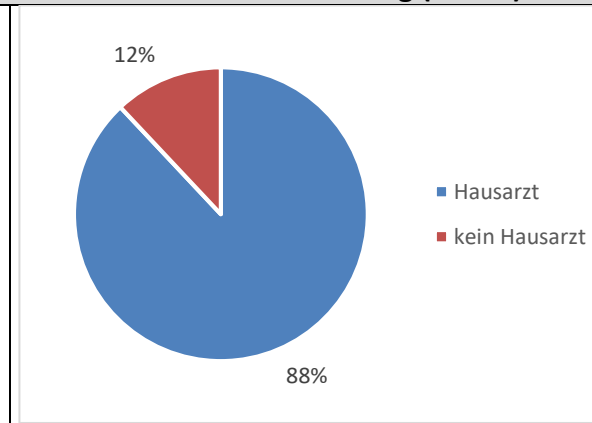
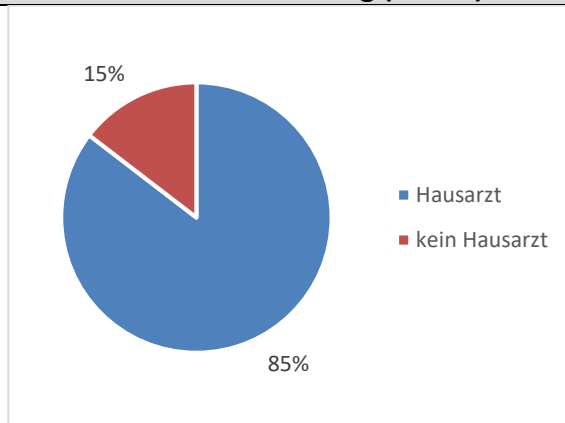
Über 40 Prozent der Befragten waren jünger als 35 Jahre.

Bei der zweiten Befragungsrunde im Jahr 2019 gab es eine leichte Steigerung bei den Über-65-Jährigen und eine starke Zunahme bei den PP zwischen 51 und 65 Jahren.

5. Hausarzt/Hausärztin versus kein/e Hausarzt/Hausärztin

Prä-Interventions-Messung (n=202)

Post-Interventions-Messung (n=240)

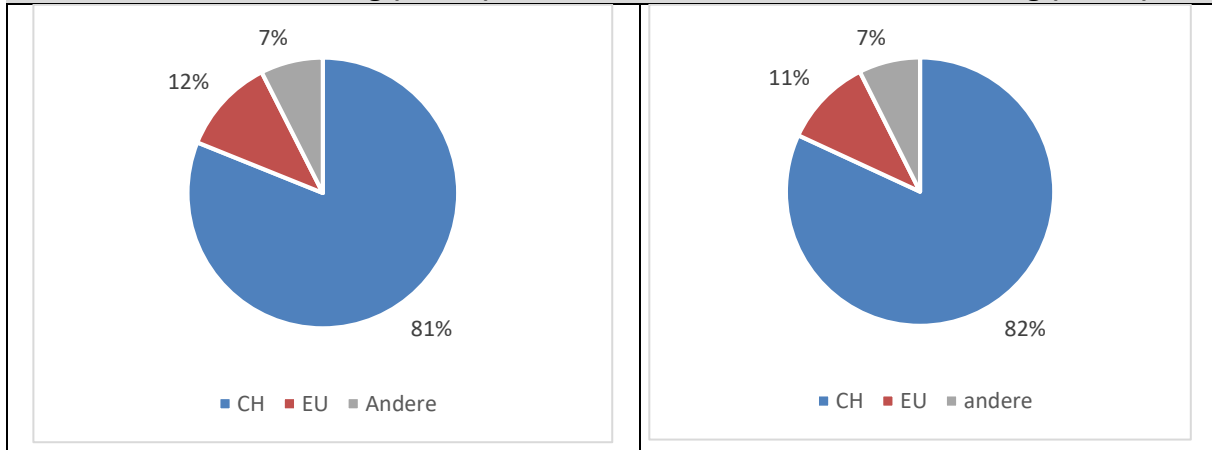


Obwohl über 85 Prozent der PP einen Hausarzt/eine Hausärztin haben, ziehen sie diesem/dieser eine Behandlung im Spital vor. Die Verteilung war auch nach einem Jahr quasi identisch.

6. Herkunftsregion der Patient/innen

Prä-Interventions-Messung (n=201)

Post-Interventions-Messung (n=243)

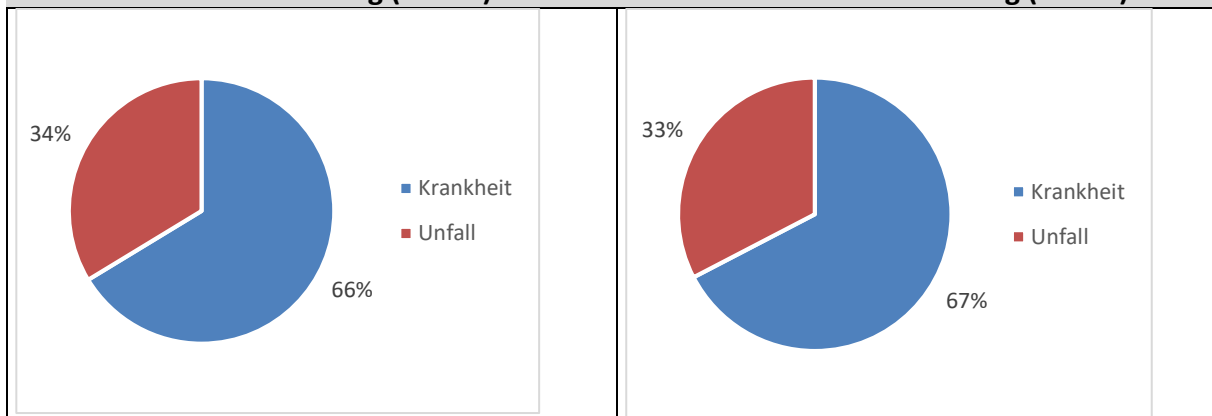


Über 80 Prozent der PP, die bei der Befragung mitgemacht haben, kommen aus der Schweiz.

7. Eintrittsgrund Krankheit versus Unfall

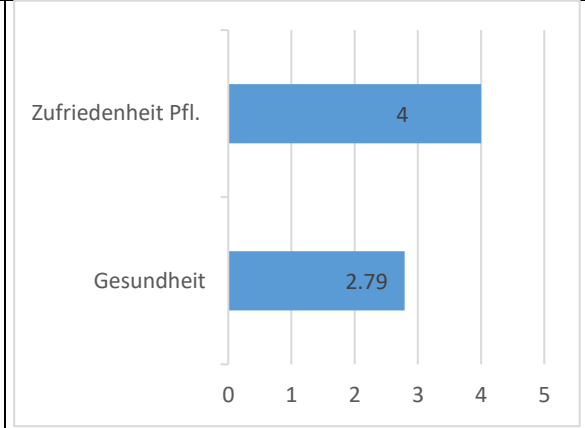
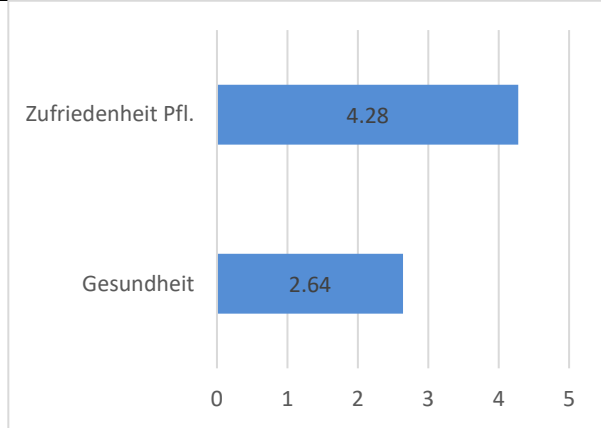
Prä-Interventions-Messung (n=190)

Post-Interventions-Messung (n=236)



Zwei Drittel aller PP kamen wegen einer Erkrankung ins UNZ. Auch dieser Wert hat sich ein Jahr später nicht verändert.

8. Zufriedenheit mit Gesundheit / 9.1 Zufriedenheit mit Pflegepersonal
Prä-Interventions-Messung (n=202) Post-Interventions-Messung (n=245)



Mittelwert:

Zufriedenheit mit Pflegepersonal: 4.28

Zufriedenheit mit Gesundheit: 2.64

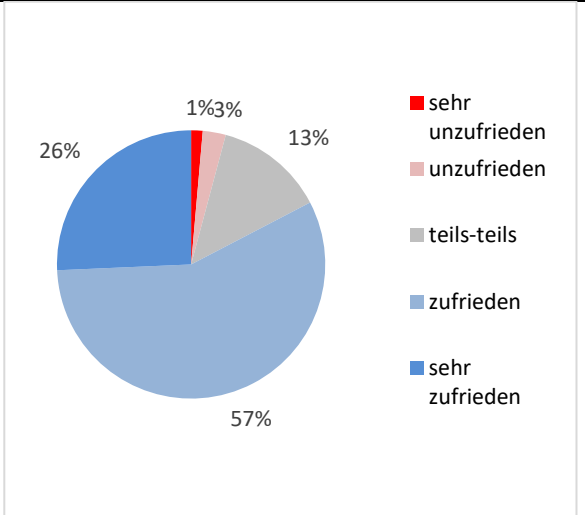
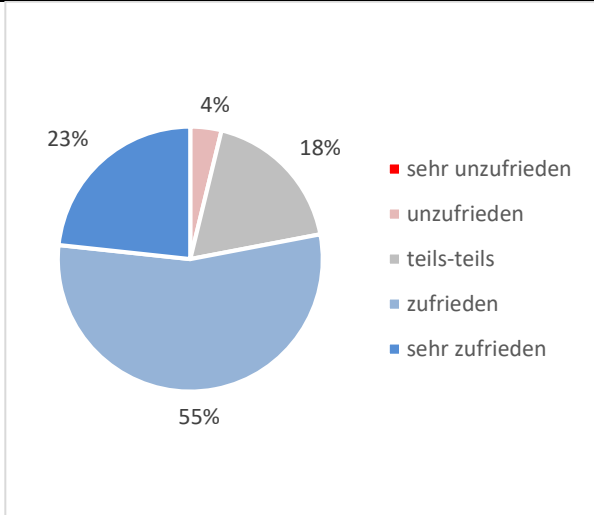
Mittelwert:

Zufriedenheit mit Pflegepersonal: 4.00

Zufriedenheit mit Gesundheit: 2.79

Bei der zweiten Befragungsrunde hat sich die Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal leicht verschlechtert. 2019 gab es 3.2 Prozent mehr PP als im Jahr zuvor. Ob die steigenden Zahlen eine Auswirkung auf die Wartezeit haben, kann nicht gesagt werden. Durchschnittlich halten sich die PP fünf Stunden im Notfallzentrum auf.

9.2 Zufriedenheitsbefragung zu den Verpflegungsmöglichkeiten in Prozent
Prä-Interventions-Messung (n=159) Post-Interventions-Messung (n=144)



Bei der ersten Befragung haben 79 Prozent (n=159 Personen von 202) und bei der zweiten Befragung haben 58 Prozent (n=144 Personen von 245) der Befragten diese Frage beantwortet.

Anmerkungen

Bei den Anmerkungen haben viele PP angegeben, dass sie den Verpflegungsautomaten nicht gefunden haben oder dass sie nichts konsumiert haben, weshalb sie diese Frage nicht beantworten konnten.

Hypothese: Nach dem Umbau hat sich die Signaletik verschlechtert, sodass der Verpflegungsautomat von den PPA nicht mehr gesehen wurde.

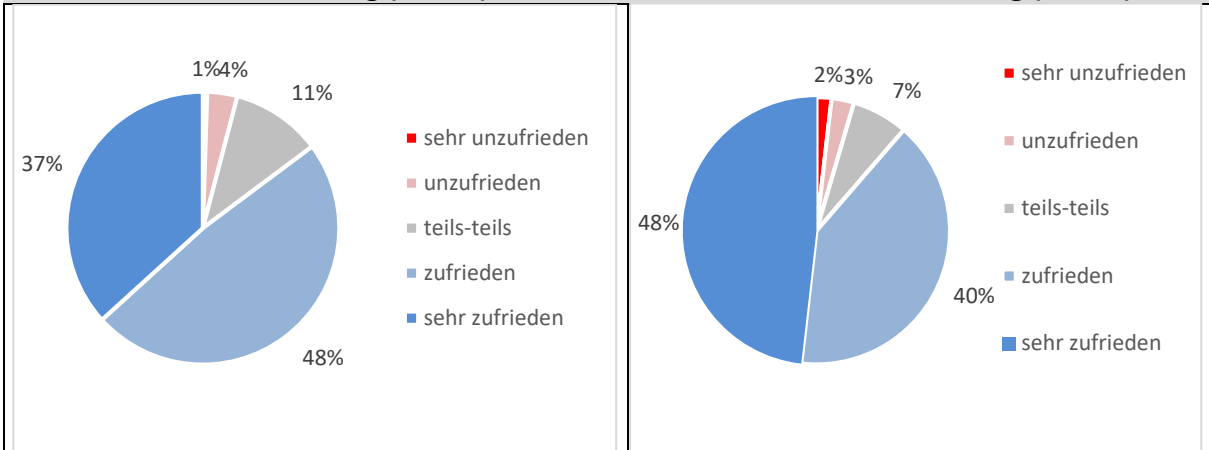
Anmerkungen¹³ der Patient/innen zu den Verpflegungsmöglichkeiten	
Prä-Interventions-Messung (n=202)	Post-Interventions-Messung (n=245)
Negativ 2018 <ul style="list-style-type: none">• Mehr vegane/vegetarische Möglichkeiten• Im Warteraum fehlen: Kaffeeautomat, Getränke, Zeitschriften• Etwas zum Essen• Ich würde es begrüßen, wenn auch Lebensmittel wie Sandwiches + Joghurt im Automaten wären.• Ein Automat mit Schokoriegeln• Ungesunde Produkte im Automaten! Zu viel Zucker, zu viel gesättigte Fette. Kein Bio + Natur/frische Produkte z.B. Naturkostbar oder gesunde Snacks	Negativ 2019 <ul style="list-style-type: none">• Verpflegungsautomat nicht gefunden → Rücklaufquote: 58 Prozent• Kaffee und Tee fehlen• Verpflegungsautomat wurde nicht genutzt, weshalb er auch nicht beurteilt wurde.• Wasserspender nicht gut sichtbar
Neutral <ul style="list-style-type: none">• Verpflegung brauche ich nicht, wenn ich in den Notfall komme	

¹³ Die Anmerkungen der Befragten wurden so belassen, wie sie rückgemeldet wurden; es fand keine orthografische Korrektur statt. Dies gilt auch für alle nachfolgenden Tabellen, in denen Anmerkungen aufgeführt werden.

9.3 Zufriedenheitsbefragung zur Signaletik in Prozent

Prä-Interventions-Messung (n=196)

Post-Interventions-Messung (n=220)



Über 80 Prozent der Befragten sind mit der Signaletik zufrieden.

Anmerkungen der Patient/innen zur Signaletik

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Etwas bessere Markierung beim Bus unten, wo der Notfall ist • Fussgänger ab Bushaltestelle könnte verbessert werden, Eintritt über Haupteingang war nicht möglich | <ul style="list-style-type: none"> • Beschriftung der Parkplätze • Beschriftung Verpflegungsautomat • Habe die Prospekte zu spät gesehen, sollten auf allen Tischen verteilt sein • Mehr Leuchttafeln mit Notfall, war anfangs nicht offensichtlich • Beschriftung Eingang Notfall (draussen) ist verwirrend • Signalisation ab Haupteingang eindeutiger Wegführung |
|--|---|

Anmerkungen der Patient/innen zum Personal	
Prä-Interventions-Messung (n=202)	Post-Interventions-Messung (n=245)
<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personel très gentil – agréable • Der freiwillige Helfer! • Sehr sympathisches, freundliches Personal • Sehr höfliche Betreuung • Empfang am Schalter: Sehr zufrieden • Wenn das Pflegepersonal merkt, dass der Patient länger wartet, fragen sie telefonisch nach, was der nächste Schritt die nächste Station ist. • J'ai été envoyé par le médecin de famille. Le personnel était au courant de ma venue et très réactive. Très agréable! • Ich möchte weiterhin so nett behandelt werden. • Freundlicher Empfang "isch hüre güet gsi", müde durch lange Anreise, aber ok • Mit allem sehr zufrieden, insbesondere mit dem aufmerksamen und freundlichen Personal 	<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Freundlicher, sachlicher Empfang am Schalter • Alles Topp soweit!
<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bessere Aufklärung • Anliegen der Patienten ernst nehmen 	<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalien bitte diskreter am Schalter sagen • Unglaubliches geplapper, getuschel und gekicher vom Personal; gibt den Eindruck der Anstandslosigkeit. Falls Pause ist, sollte die Türe geschlossen werden und Lautstärke senken. • Que je sois infirmé toutes les 30 Minutes. J'ai l'impression que personne ne s'occupe de moi. • Keine Information über Wartezeiten • Nach stundenlangem Warten keine Rückfragen betreffend Schmerzen und Zustand

Anmerkungen der Patient/innen zur Sauberkeit	
Prä-Interventions-Messung (n=202)	Post-Interventions-Messung (n=245)
<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sauberkeit und Ordnung sehr zufrieden • Sehr zufrieden mit Toilettensituation, Sauberkeit, Design, Temperatur 	

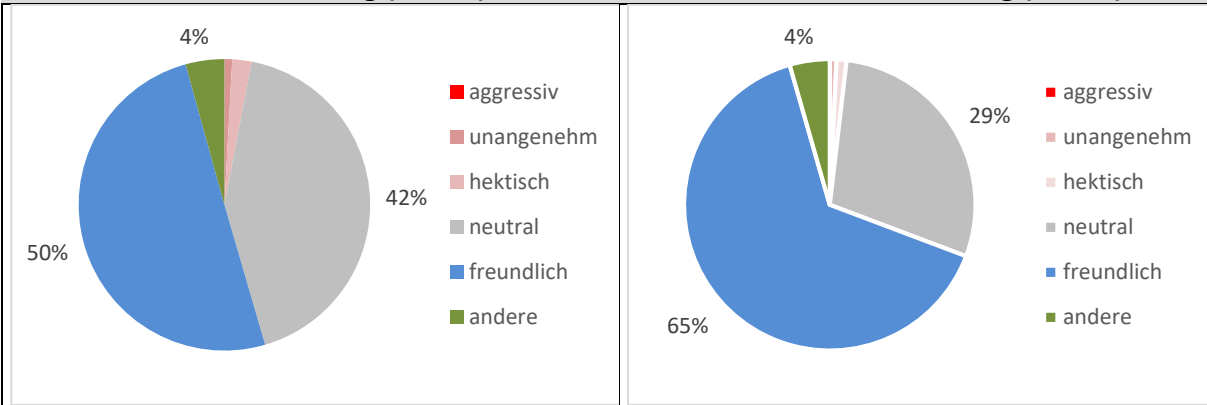
Anmerkungen der Patient/innen zur Unterhaltung	
Prä-Interventions-Messung (n=202)	Post-Interventions-Messung (n=245)
<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Übertragung der Fussball-WM 2018 hat das Warten etwas angenehmer gestaltet. • Ablenkung Sitzmöglichkeit, Atmosphäre (Pflanzen, Musik) • Zum Glück keine Hintergrundmusik • Einfach im Wartezimmer Musik anschalten • Das Angebot an Gratiszeitungen ist toll. • W-Lan im Warteraum, um Angehörige informieren zu können. 	<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mir gefällt die Hintergrundmusik im Warteraum. Sie beruhigt mich sehr.
<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Leseangebot könnte etwas reichhaltiger sein. 	<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besser wäre Entspannungsmusik oder Wassergeräusche, statt swing oder etc.; das ist zu unruhig und störend. • Wunsch: Lesestoff, Taschenbücher, Illustrierte • Einen TV mehr, damit die Leute, die darunter sitzen auch was sehen können. • TV sollte mit Untertiteln sein (falls überhaupt TV) • Es läuft keine Musik • Hintergrundmusik nervig, unnötig • Habe Prospekte zu spät gesehen, sollten auf allen Tischen verteilt sein

Anmerkungen der Patient/innen zum Zugang zum UNZ	
Prä-Interventions-Messung (n=202)	Post-Interventions-Messung (n=251)
<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugang für Fussgänger in der Nacht – unzufrieden • Mich stört die Parkplatzregelung, dass wir als Patient den gelben Parkzettel noch selber hinter die Frontscheibe stellen müssen. 	<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hatte Mühe, den Notfall zu finden • Auf Grund der Bauarbeiten war es etwas schwierig den Notfall vom Lory-Platz aus zu erreichen; respektive es war nicht gut beschildert. • Mehr Leuchttafeln mit Notfall, Eingang war anfangs nicht offensichtlich • Beschriftung Eingang Notfall (draussen) ist verwirrend

10. Atmosphäre im Warteraum

Prä-Interventions-Messung (n=202)

Post-Interventions-Messung (n=270)



Nach dem Umbau empfinden 65 Prozent der Befragten die Atmosphäre im Warteraum als freundlich. Dies ist eine Steigerung von 15 Prozent.

Anmerkungen der Patient/innen zur Atmosphäre im Warteraum

Prä-Interventions-Messung (n=202)

Post-Interventions-Messung (n=251)

Prä-Interventions-Messung (n=202)	Post-Interventions-Messung (n=251)
<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sehr ruhig • Lustig voller Humor, sehr nett kann gut ablenken • Übersichtlich • Ganz gemütlich • Zuvorkommend, ernst genommen • Atmosphäre ruhig, angenehm • Ich bin sehr zufrieden mit dem Warteraum. Die Pflanzen & Musik beruhigen. 	<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Freundlicher, sachlicher Empfang • Ruhig, entspannt, hilfsbereit • Sehr angenehm, gemütlich • Angenehm die verschiedenen Sitzmöglichkeiten • Der Wartebereich ist viel ansprechender als früher, es gibt bequeme Sessel.
<p>Neutral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hat für mich keine Priorität. Funktion und Kommunikation ist wichtig! Nicht das Licht und Automat oder die Signaletik (verstehe ich nicht) unnötig • Steril 	<p>Neutral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Warteraum war leer
<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kalt • Viele wartende Patienten verschiedene Nationalitäten • Steril (negative Interpretation) • Ich würde den Warteraum von der Aufnahme trennen (Wartende bekommen Daten und Leiden der neuen Patienten mit...) • Hektischer Betrieb • Mehr Farbe • Bequemere Stühle 	<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Tür zum Treppenhaus U2-G, die sehr stark frequentiert ist, geht laut zu. Das verbreitet Hektik. Dass die Holz wand zum Warteraum offen ist, macht alles noch sichtbar unruhiger. Ich würde die Wand füllen mit Schallschutzelementen. • Grosser Durchgangsverkehr • Ziemlich Durchzug (kalte Luft)!! • Diskretion nicht gewährleistet! Wartende können zuhören!

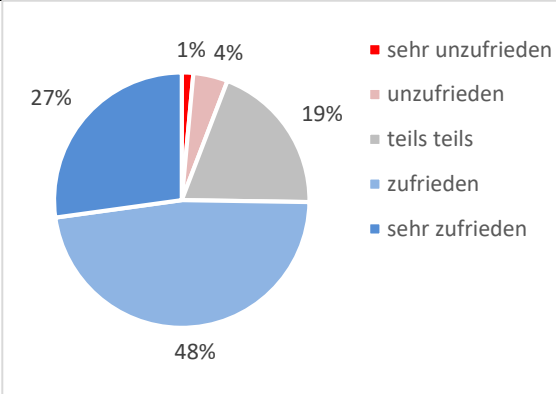
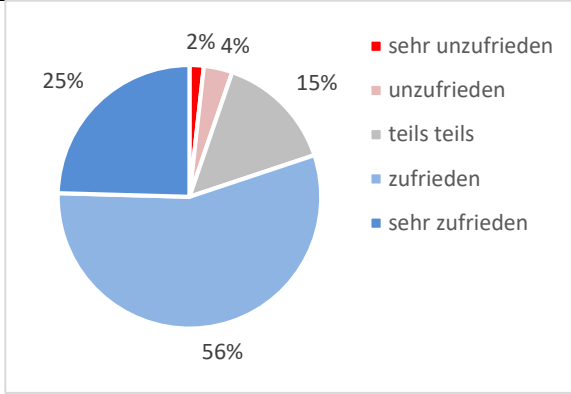
<ul style="list-style-type: none"> • Es fehlt Kunst an den Wänden (Skulpturen wären auch gut) • Wartebereich "gemütlicher" machen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hektisch, da viele Leute grad da waren, welche ziemlich laut geredet haben. • Ziemlich laut, TV ohne Ton nicht notwendig • Zu hell, laut und sehr warm
---	--

11.1 Lichtverhältnisse im Warteraum																									
Prä-Interventions-Messung (n=202)	Post-Interventions-Messung (n=223)																								
<table border="1"> <caption>Prä-Interventions-Messung (n=202)</caption> <thead> <tr> <th>Kategorie</th> <th>Prozent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>sehr unzufrieden</td> <td>~1%</td> </tr> <tr> <td>unzufrieden</td> <td>~1%</td> </tr> <tr> <td>teils teils</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>zufrieden</td> <td>61%</td> </tr> <tr> <td>sehr zufrieden</td> <td>24%</td> </tr> </tbody> </table>	Kategorie	Prozent	sehr unzufrieden	~1%	unzufrieden	~1%	teils teils	13%	zufrieden	61%	sehr zufrieden	24%	<table border="1"> <caption>Post-Interventions-Messung (n=223)</caption> <thead> <tr> <th>Kategorie</th> <th>Prozent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>sehr unzufrieden</td> <td>~1%</td> </tr> <tr> <td>unzufrieden</td> <td>~1%</td> </tr> <tr> <td>teils teils</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>zufrieden</td> <td>56%</td> </tr> <tr> <td>sehr zufrieden</td> <td>38%</td> </tr> </tbody> </table>	Kategorie	Prozent	sehr unzufrieden	~1%	unzufrieden	~1%	teils teils	4%	zufrieden	56%	sehr zufrieden	38%
Kategorie	Prozent																								
sehr unzufrieden	~1%																								
unzufrieden	~1%																								
teils teils	13%																								
zufrieden	61%																								
sehr zufrieden	24%																								
Kategorie	Prozent																								
sehr unzufrieden	~1%																								
unzufrieden	~1%																								
teils teils	4%																								
zufrieden	56%																								
sehr zufrieden	38%																								
<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wärmeres Licht • Die Lichtverhältnisse könnte ich mir bei Augenbeschwerden oder Schmerzen als unangenehm vorstellen. 																									

11.2 Musik im Warteraum

Prä-Interventions-Messung (n=171)

Post-Interventions-Messung (n=206)



- Zum Glück keine Hintergrundmusik

Positiv

- Mir gefällt die Hintergrundmusik im Warteraum.

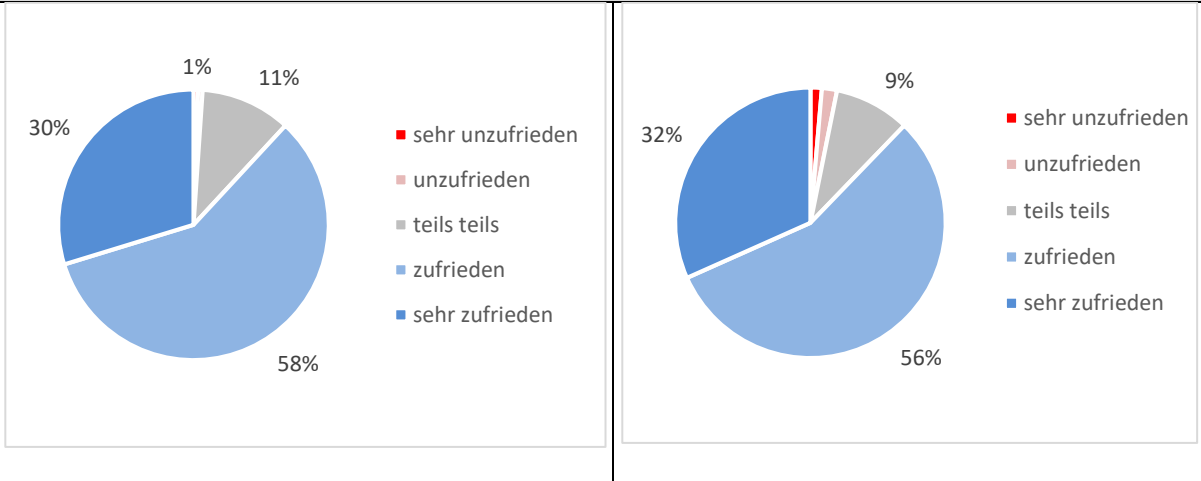
Negativ

- Besser wäre doch Entspannungsmusik oder Wassergeräusche, statt swing oder etc.; das ist zu unruhig und störend.
- Hört Musik nicht
- Zu laut
- Hintergrundmusik nervig, unnötig

11.3 Lärmpegel im Warteraum

Prä-Interventions-Messung (n=185)

Post-Interventions-Messung (n=221)



Insgesamt sind 88 Prozent der PP mit der Musik zufrieden.

Der Umbau hatte keinen Einfluss auf den Musikgeschmack.

Neutral

- Keine Hintergrundmusik vorhanden

Negativ

- Kinder sollen lernen im Spital ruhig zu sein (es ist kein Spielplatz)
- Une salle d'attente au calme, éventuellement séparée en 2. Musique plus fort dans une salle silence dans l'autre.
- Sehr hektischer Betrieb
- Lärmpegel sehr laut

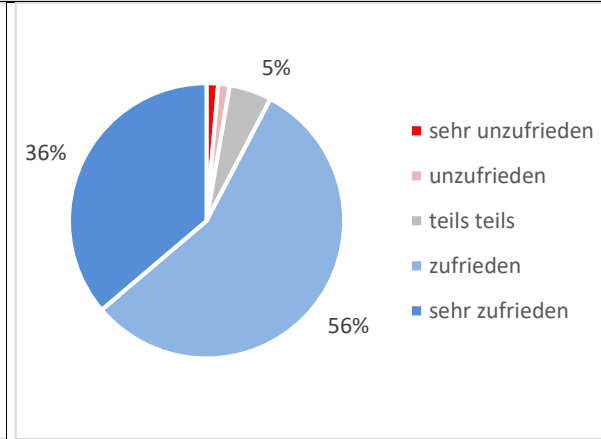
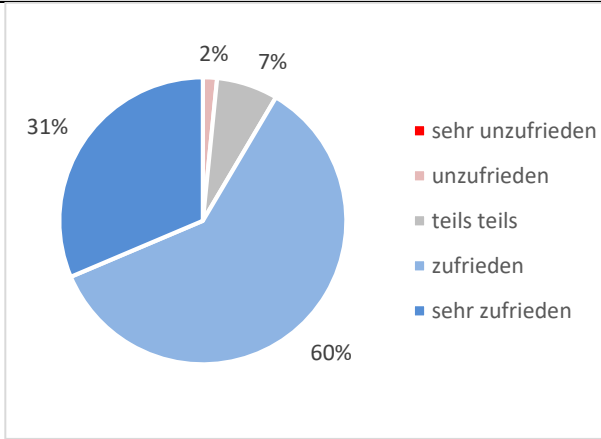
Negativ

- Lärmpegel durch lachendes Personal senken
- Schalldämmende Elemente um Lärm zu reduzieren
- Zu laut

11.4 Temperatur im Warteraum

Prä-Interventions-Messung (n=188)

Post-Interventions-Messung (n=221)



Die Temperatur wurde nicht anders eingestellt.

Die baulichen Massnahmen hatten keinen Einfluss auf das Temperaturempfinden.

Negativ

- Temperatur etwas frisch
- Etwas wärmer machen

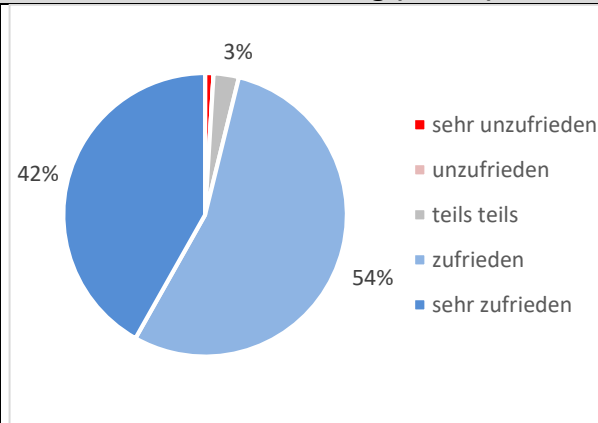
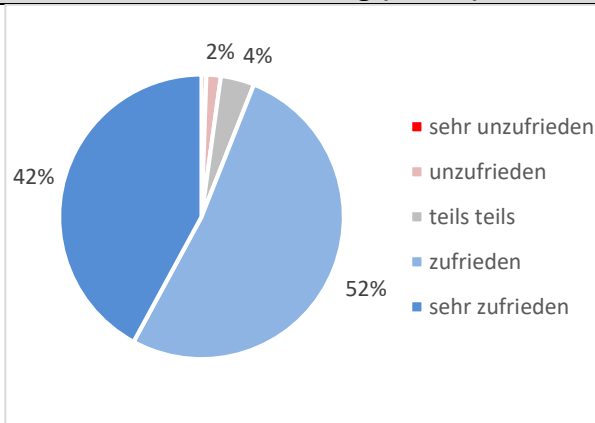
Negativ

- Temperatur im Warteraum zu warm

11.5 Information

Prä-Interventions-Messung (n=183)

Post-Interventions-Messung (n=208)



Die Information durch die MP und durch das Triage-Pflegepersonal werden mehrheitlich als zufriedenstellend empfunden.

Positiv

- J'ai été envoyé par le médecin de famille. Le personnel était au courant de ma venu et très réactive. Très agreable.

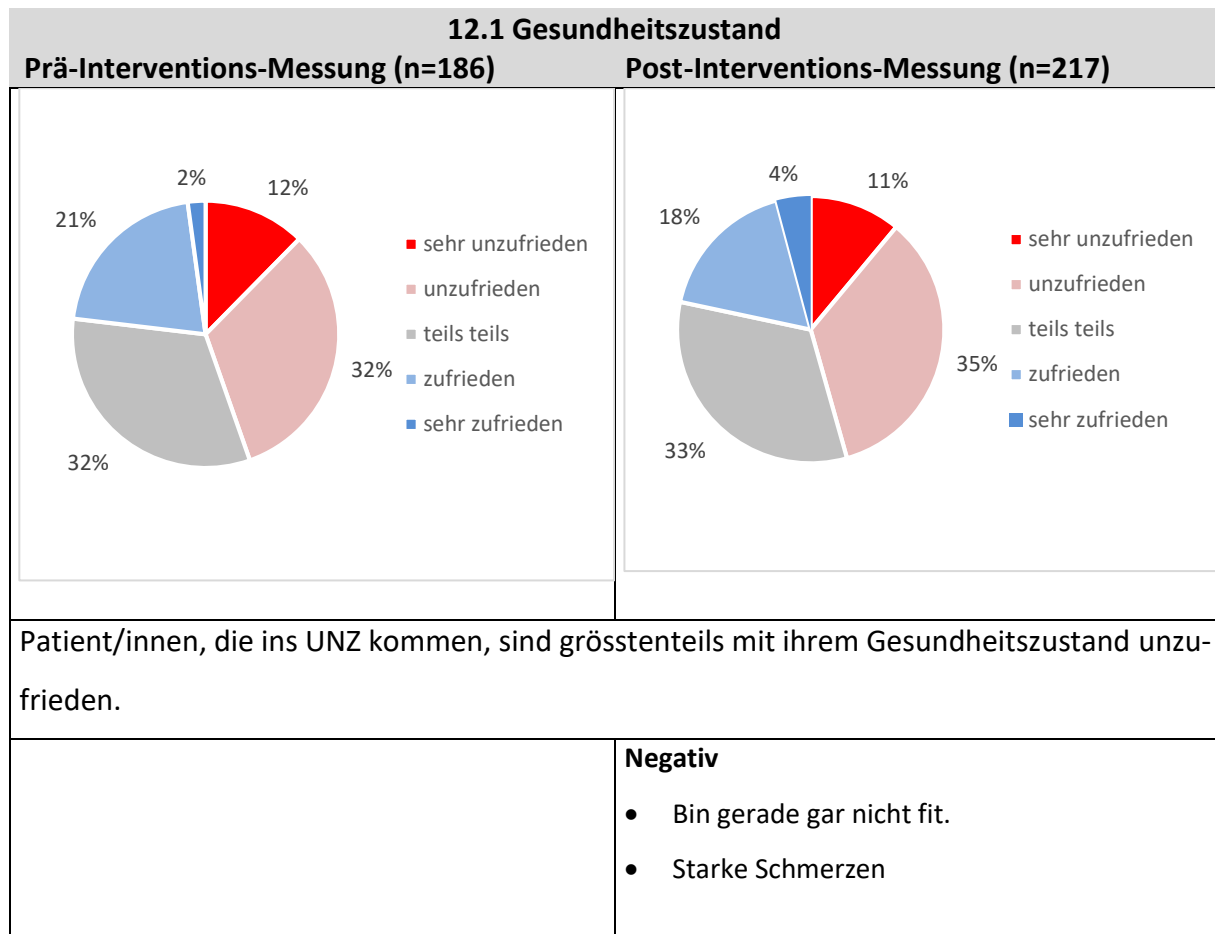
Negativ

- Bei langer Wartezeit: Eine Info über den Stand/Perspektiven, wie lange die Wartezeit in etwa noch dauern könnte wäre optimal.
- Bessere Aufklärung

Negativ

- Keine Information über Wartezeiten
- Gut wäre eine Anzeige, wieviele Patienten vor mir sind. An der Zahl der Anwesenden kann man das ja nicht ablesen, weil einige mit Partnerin/Freund/Familie da sind.
- Hilfreich zu wissen wäre, wie lange es geht bis man dran ist. Ev. auch eine Übersicht, was hinter den Kulissen alles passiert, wen man sich anmeldet.

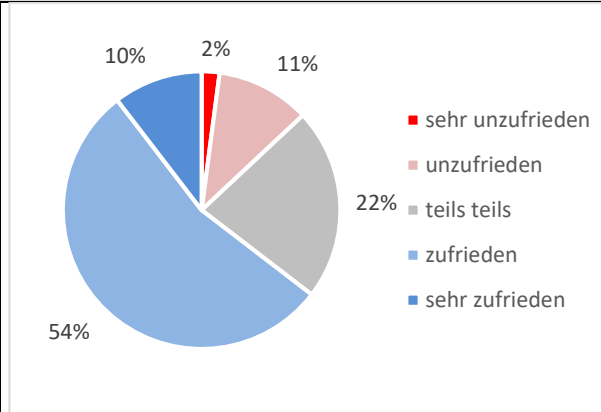
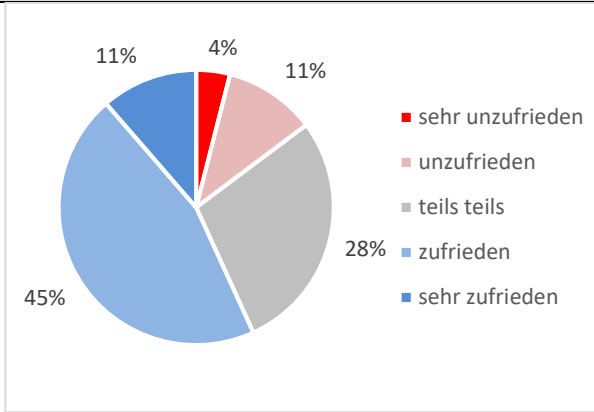
12. Kontrollfragen zum Überprüfen der vorgängigen Fragen



12.2 Wartezeit

Prä-Interventions-Messung (n=176)

Post-Interventions-Messung (n=192)



Positiv

- Ich musste nie lange warten, was v.a. bei psychischen Problemen schwer sein kann.
- Grundsätzlich bin ich froh, dass ich hier schnell und unkompliziert einen Zugang zur Gesundheitsversorgung habe.

- Negativ**
- Lange Wartezeit
 - Reihenfolge nicht nach Wartezeiten

Trotz einer Steigerung des Patientenaufkommens sind neun Prozent zufriedener, das heißt sie empfinden die Wartezeiten weniger negativ.

Hypothese: Durch den Umbau des Warteraums werden die Wartezeiten weniger negativ empfunden.

12.3 Anwesenheit anderer Patient/innen

Prä-Interventions-Messung (n=176)

Post-Interventions-Messung (n=198)

<p>17% 2% 18% 64%</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ sehr unzufrieden ■ unzufrieden ■ teils teils ■ zufrieden ■ sehr zufrieden 	<p>16% 2% 14% 69%</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ sehr unzufrieden ■ unzufrieden ■ teils teils ■ zufrieden ■ sehr zufrieden
<p>Andere wartende PP werden vor und nach der Intervention als angenehm empfunden.</p>	
<p>Neutral</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Patienten im Warteraum 	

12.4 Andere Faktoren/Anmerkungen

Prä-Interventions-Messung (n=202)

Post-Interventions-Messung (n=251)

<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ich denke, dass das Krankenhaus gut organisiert ist. • Organisation Parfait, Merci • C'est beaucoup mieux que dans les autres hôpitaux (urgences) et plus rapide. 	<p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist aufgrund der Zeit sehr ruhig und freundlich, keine Änderung notwendig in dieser Situation. • Alles top soweit! • Allgemein sehr zufrieden mit der Notaufnahme!
<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalressourcen: Dass es spät in der Nacht mehr Personal gibt • Mehrere Nischen / kein Blick zum Empfang / und vor allem keinen Blick zu den Räumen für Ersteinschätzung --> d.h. mehr Privatsphäre • Patiententransporte vor Warteraum abschirmen 	<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalressourcen zu knapp • Die Ärzte schneller die Patienten empfangen. • Im Warteraum keine Uhr • Am Schalter bitte Diskretion der Personalien (nicht zu laut sprechen!)

Zusammenfassung der Patientenbefragungen

Da nur den PP ein Fragebogen abgegeben wurde, die bereit waren mitzumachen, betrug die Rücklaufquote 100 Prozent. Im Jahr 2018 haben insgesamt 202 PP den Fragebogen ausgefüllt, im Jahr 2019 waren es 245 PP. Die Umfrage dauerte 2019 zwei Wochen länger als im Jahr 2018, da die Befragung infolge der Abwesenheit der Autorin nicht gestoppt wurde.

Die Befragungen waren anonym. Die demographischen Fragen haben ergeben, dass fast gleich viele Frauen wie Männer teilgenommen haben. Einzelne Fragen wurden nicht beantwortet; zweimal wurde das Alter eines Kindes angegeben, diese Angaben wurden als nicht beantwortet aufgenommen; sechs Antworten waren auf Französisch und zwei Antworten auf Italienisch verfasst worden.

Hausarzt/Hausärztin versus kein Hausarzt/keine Hausärztin

Obwohl 85 Prozent (2018) und 88 Prozent (2019) der PP angaben, dass sie einen Hausarzt/eine Hausärztin haben, entschieden sie sich für den Gang ins Spital. Es handelt sich hierbei vor allem um junge PP (< 50 Jahre). Es zeigte sich, dass ältere Personen einen Besuch beim Hausarzt/bei der Hausärztin dem UNZ vorziehen. Hierzu liegt die Vermutung nahe, dass die Vertrauensbasis zum Hausarzt/zur Hausärztin bei älteren PP an Bedeutung gewinnt und die Wartezeit für den Arzttermin sekundär ist.

Herkunftsregion der Patient/innen

81 Prozent (2018) bzw. 82 Prozent (2019) der PP kommen aus der Schweiz und 12 Prozent (2018) bzw. 11 Prozent (2019) stammen aus der EU. Es wurden vor allem Fragebögen in Deutsch verteilt. Kein Fragebogen wurde auf Englisch ausgefüllt.

Krankheit oder Unfall

66 Prozent (2018) bzw. 67 Prozent (2019) kamen infolge einer Krankheit ins UNZ.

Frage nach der Zufriedenheit mit der Gesundheit und mit dem Pflegepersonal

Obwohl einige PP mit ihrem Gesundheitszustand nicht zufrieden waren (Mittelwert 2.64 im Jahr 2018 und 2.79 im Jahr 2019), waren sie mit einem Wert von 4.28 (2018) bzw. 4.0 (2019) mit dem Pflegepersonal zufrieden. Ein Zusammenhang zwischen den beiden Werten konnte nicht festgestellt werden. Die beiden Faktoren Wartezeit und Gesundheitszustand konnten mit der Referenzfrage bestätigt werden.

	2018	2019	Veränderung
Signaletik	85% zufrieden bis sehr zufrieden	88% zufrieden bis sehr zufrieden	3% Verbesserung
Zufriedenheit mit dem Sortiment im Verpflegungsautomat	78% zufrieden bis sehr zufrieden	83% zufrieden bis sehr zufrieden	Bei den PP, die geantwortet haben, kam es zu einer Steigerung der Zufriedenheit von 5%. Im Jahr 2019 haben jedoch nur noch 58% der Befragten die Frage beantwortet (im 2018 waren es noch 79%). Die Befragten gaben an, den Verpflegungsautomaten nicht gesehen zu haben.

Fragen zum Warteraum

Nach dem Umbau empfanden 65 Prozent der PP die Atmosphäre im Warteraum als freundlich; vor dem Umbau waren es 50 Prozent.

Acht Prozent empfanden die Wartezeit nach dem Umbau als angenehmer. Im 2019 verzeichnete das UNZ 3.2 Prozent mehr PP als im 2018. Die Aufenthaltszeiten lagen im Durchschnitt bei 4,5 Stunden. Trotz der Steigerung der Anzahl an PP blieb die Aufenthaltszeit im Jahr 2019 quasi identisch zu 2018.

Fragen zum Warte- raum und zur Warte- zeit	2018	2019	Veränderung
Atmosphäre	50% freundlich	65% freundlich	15% Verbesserung
Licht	85% zufrieden bis sehr zufrieden	94% zufrieden bis sehr zufrieden	9% Verbesserung
Musik	81% zufrieden bis sehr zufrieden	75% zufrieden bis sehr zufrieden	Es kann nicht gesagt werden, ob die ganze Zeit die Musik lief. Hier gehen die Mei- nungen auseinander.
Lärmpegel	88% zufrieden bis sehr zufrieden	88% zufrieden bis sehr zufrieden	Wird identisch beur- teilt.
Temperatur	91% zufrieden bis sehr zufrieden	92% zufrieden bis sehr zufrieden	1% Verbesserung
Information	94% zufrieden bis sehr zufrieden	96% zufrieden bis sehr zufrieden	2% Verbesserung
Gesundheitszustand	44% unzufrieden bis sehr unzufrieden	46% unzufrieden bis sehr unzufrieden	2% Verschlechterung der Einschätzung des Gesundheitszustan- des
Wartezeiten	56% zufrieden bis sehr zufrieden	64% zufrieden bis sehr zufrieden	Nach dem Umbau sind 8% der PP zu- friedener mit der Wartezeit.
Anwesenheit ande- rer PP	81% zufrieden bis sehr zufrieden	85% zufrieden bis sehr zufrieden	4% Steigerung

Vergleich der Anzahl an Befragten mit der Gesamtzahl aller PP im gleichen Zeitraum

Zur Kontrolle wurden für den gleichen Zeitraum die demographischen Daten für sämtliche Notfallpatienten und -patientinnen aus der Datenbank herangezogen. Von insgesamt 3962 PP sind 44.5 Prozent weiblichen und 55.5 Prozent männlichen Geschlechts. Diese Referenzwerte entsprechen den Werten aus den Befragungen von 2018 und 2019.

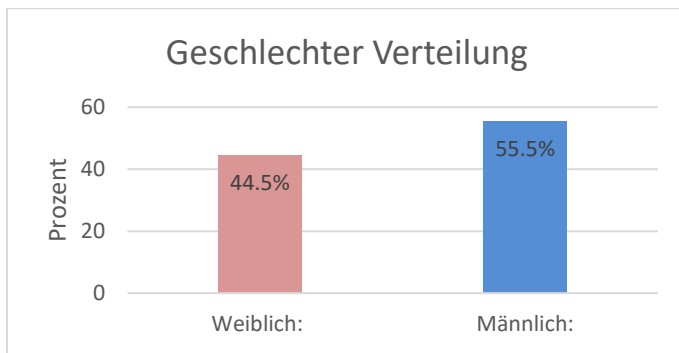


Abbildung 37: Geschlechterverteilung (Quelle: Eigene Darstellung)

Durchschnittsalter aller Patienten und Patientinnen im UNZ: 48.61 Jahre

Bei den befragten PP im Warteraum lag das Durchschnittsalter ebenfalls unter 50 Jahren. Jüngere PP sind gesünder als ältere und werden deshalb höher triagiert, das heißt es sind keine dringlichen Fälle, die sofort behandelt werden müssen. Bei einem vollen Notfall müssen sie in der Regel im Warteraum warten.

Ältere PP werden meistens mit der Ambulanz eingeliefert. Sie werden direkt in der Behandlungszone aufgenommen. Für diese PP kommt es zu keiner Wartezeit im Warteraum.

Es fällt auf, dass junge PP zwischen 20 und 40 Jahren eher ins Spital gehen als zum Hausarzt/zur Hausärztin.

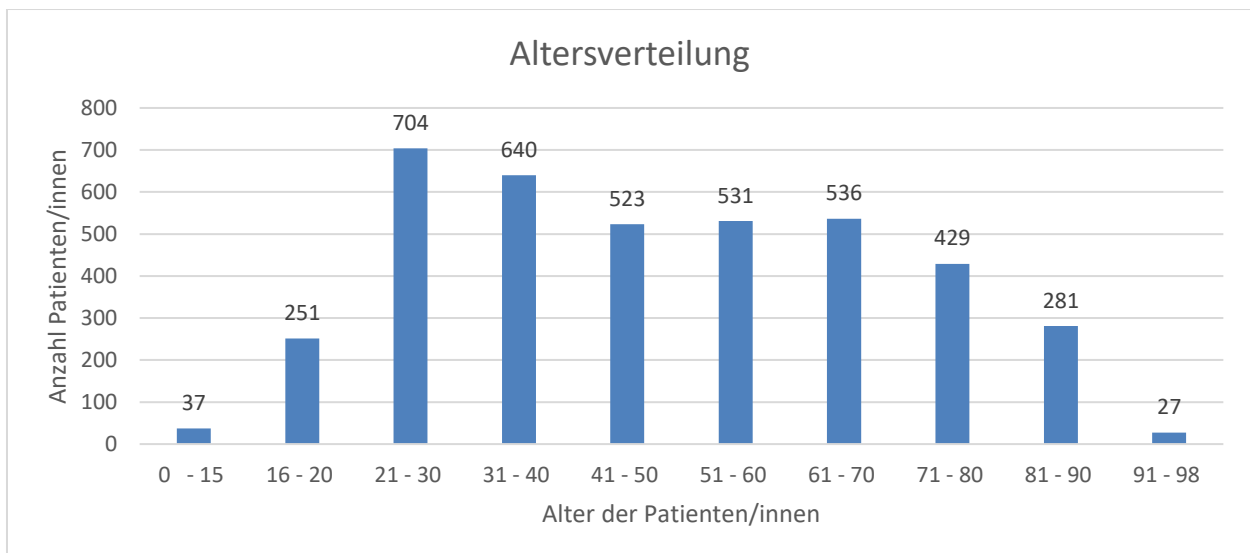


Abbildung 38: Altersverteilung der PP (Quelle: Eigene Darstellung)

Fazit: Das Durchschnittsalter der befragten PP im Warteraum ist mit dem Durchschnittsalter aller PP im gleichen Zeitraum vergleichbar.

8.2.2 Ergebnisse der Befragung des Pflegepersonals

Prä-Interventions-Messung (n=83); Post-Interventions-Messung (n=79)
Befragungszeitraum 6.6.2018 – 3.7.2018; Befragungszeitraum 1.6.2019 – 15.7.2019

Einleitung

Im Rahmen einer Literaturrecherche wurden die Sicherheitsstandards in anderen Notfallstationen erforscht. Anhand der daraufhin offen gebliebenen Fragen wurde der Fragebogen für das Pflegepersonal erstellt.

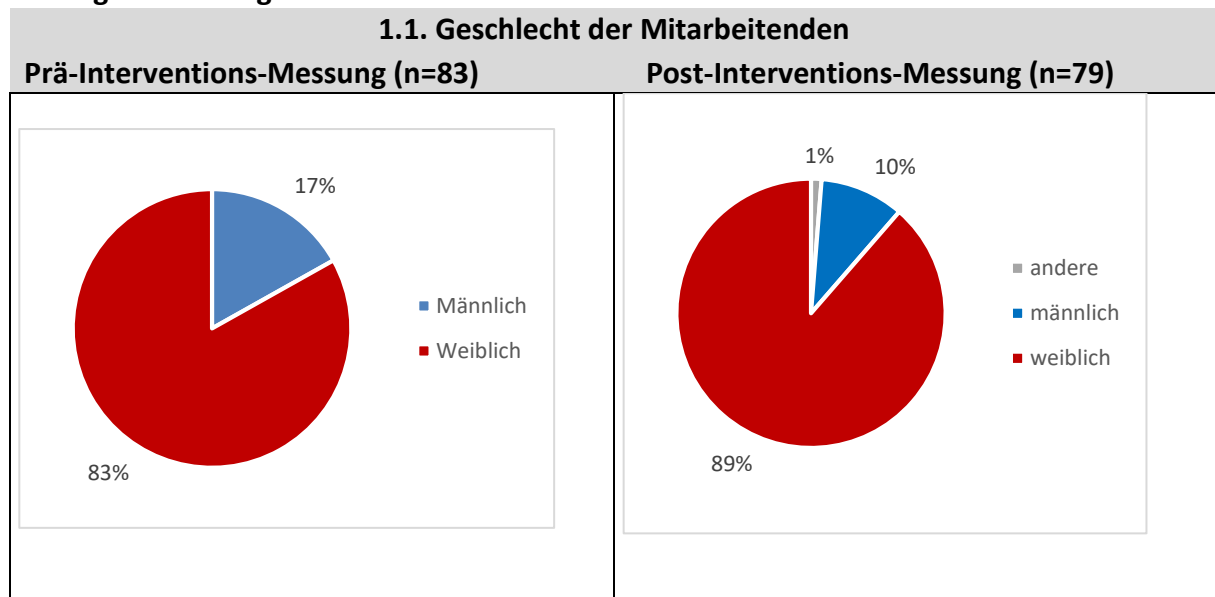
Da die Autorin der vorliegenden Arbeit nicht die direkte Vorgesetzte des Pflegepersonals ist und die Befragung anonym und freiwillig war, kann davon ausgegangen werden, dass die Befragten keinen Druck verspürten und sich trauten, die Fragen offen zu beantworten. Die Stationsleitungen waren über die Umfrage informiert und befürworteten die Erhebung.

Der Fragebogen wurde Prof. Zimmermann, Prof. Odermatt und Prof. Schmitt zur Validierung vorgelegt. Er wurde dem Pflegekader für einen Pretest präsentiert und somit auf Verständlichkeit und Vollständigkeit überprüft.

Insgesamt wurden 101 Fragebögen in die persönlichen Fächer der Mitarbeitenden verteilt. Zur Motivation erhielten die Angestellten zum leeren Fragebogen einen Getränke- und Kuchengutschein. Für den ausgefüllten Fragebogen wurde ein Briefkasten im Kaffeeraum aufgestellt. Hier konnten die Mitarbeitenden den Fragebogen unbeaufsichtigt einwerfen. Schwangeren Mitarbeitenden, die neun Monate abwesend waren, und Langzeitkranken wurde kein Fragebogen in ihr persönliches Fach gelegt.

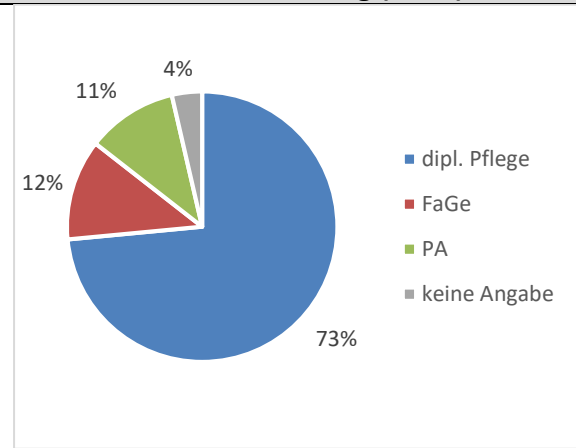
Ergebnisse der Befragung des Pflegepersonals	
Prä-Interventions-Messung (n=80)	Post-Interventions-Messung (n=79)
<ul style="list-style-type: none"> 76 Pflegefachpersonen 61 Rückantworten 80.3% Rücklaufquote 13 Fachangestellte Gesundheit 10 Rückantworten 76.9% Rücklaufquote 12 Pflegeassistent/innen 9 Rückantworten 75.0% Rücklaufquote 	<ul style="list-style-type: none"> 76 Pflegefachpersonen 59 Rückantworten 77.6% Rücklaufquote 13 Fachangestellte Gesundheit 10 Rückantworten 76.9% Rücklaufquote 12 Pflegeassistent/innen 10 Rückantworten 83.3% Rücklaufquote
Von 101 Pflegepersonen haben 80 geantwortet. Die Rücklaufquote betrug im Jahr 2018 insgesamt 79.2%.	Von 101 Pflegepersonen haben 79 geantwortet. Die Rücklaufquote betrug im Jahr 2019 insgesamt 78.2%.

1. Allgemeine Fragen

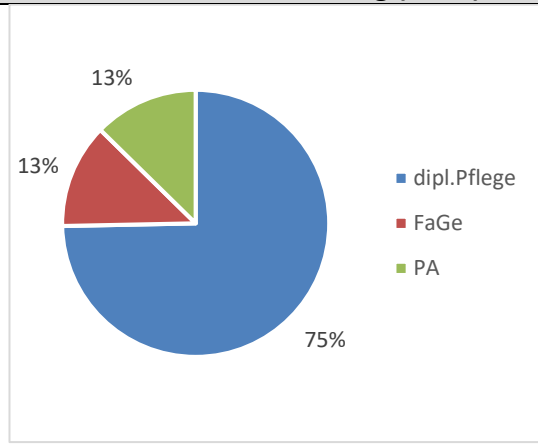


1.2 Berufsgruppen

Prä-Interventions-Messung (n=83)

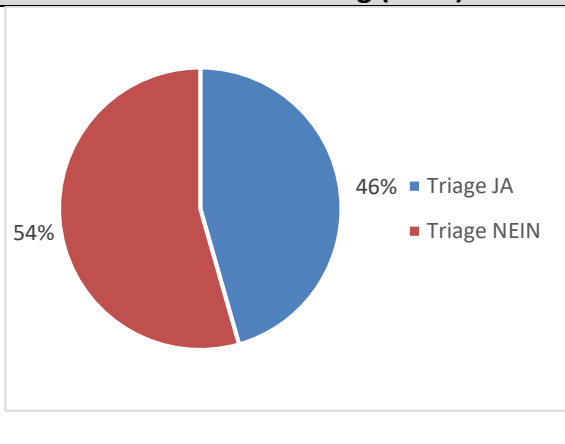


Post-Interventions-Messung (n=79)

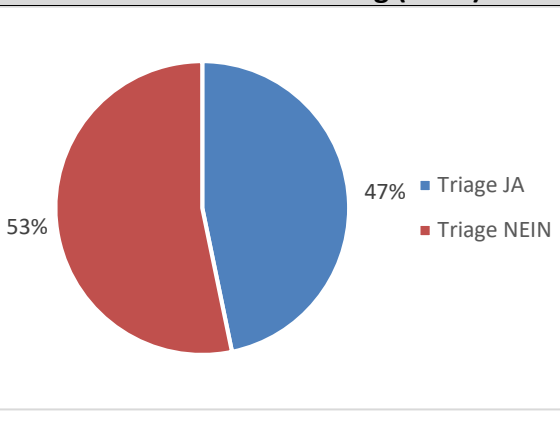


1.3 Einsatz an der Triage

Prä-Interventions-Messung (n=79)

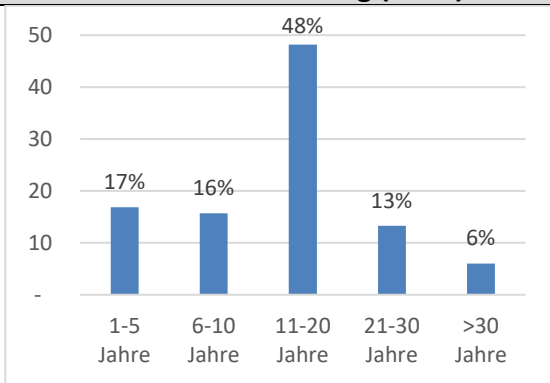


Post-Interventions-Messung (n=77)

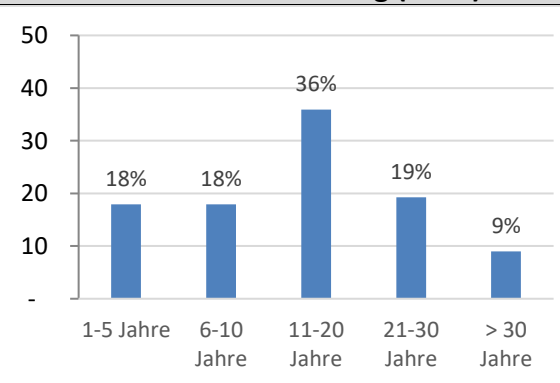


1.4 Anzahl Mitarbeitende und Berufserfahrung

Prä-Interventions-Messung (n=83)

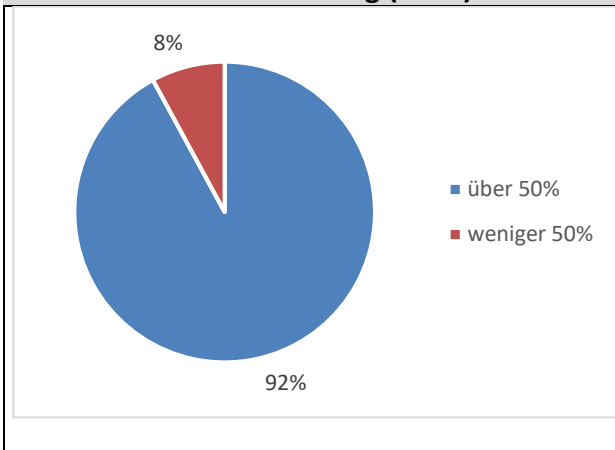


Post-Interventions-Messung (n=78)

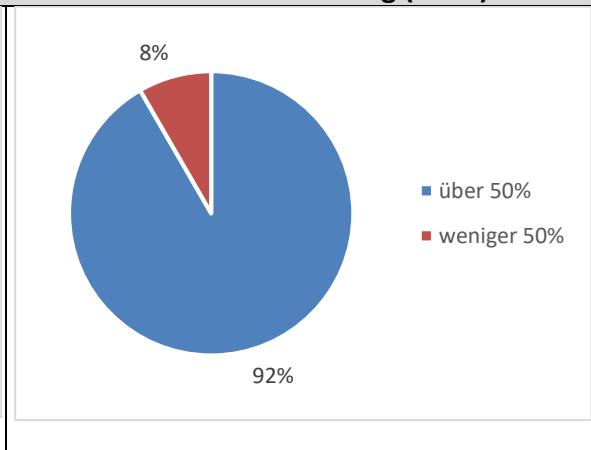


1.5 Anzahl Mitarbeitende und Beschäftigungsgrad

Prä-Interventions-Messung (n=80)

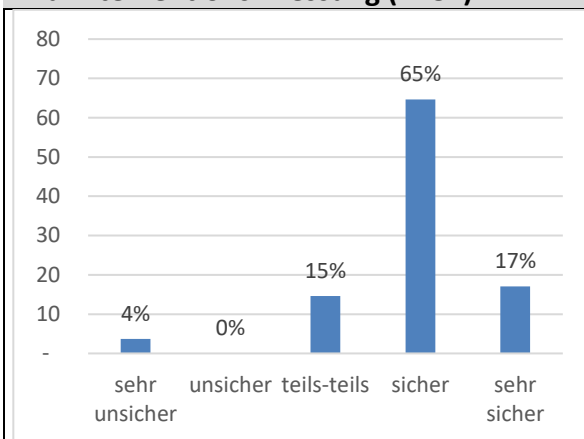


Post-Interventions-Messung (n=79)

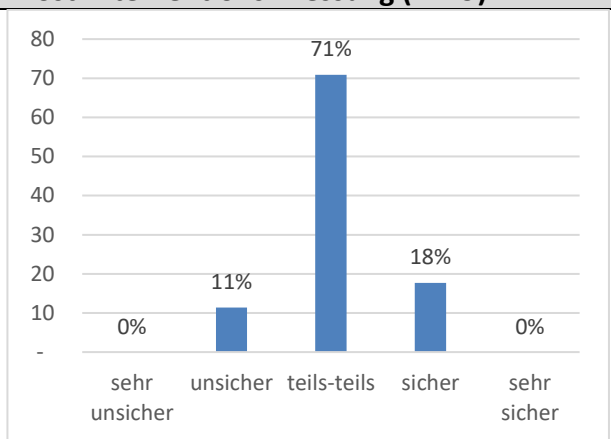


2. Wie sicher fühlst Du Dich im UNZ?

Prä-Interventions-Messung (n=82)



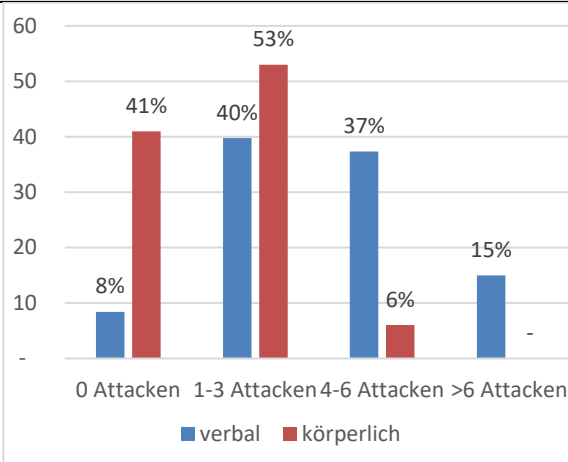
Post-Interventions-Messung (n=79)



Trotz diverser Massnahmen fühlen sich die Mitarbeitenden 2019 zu 71 Prozent nur noch «teils-teils» sicher. Im Jahr 2019 wurde eine Zunahme an aggressiven intoxikierten PP festgestellt. Aus diesem Grund wird im Jahr 2020 eine weitere schriftliche Befragung beim Pflegepersonal durchgeführt, um die Belastung durch diese PP zu eruieren.

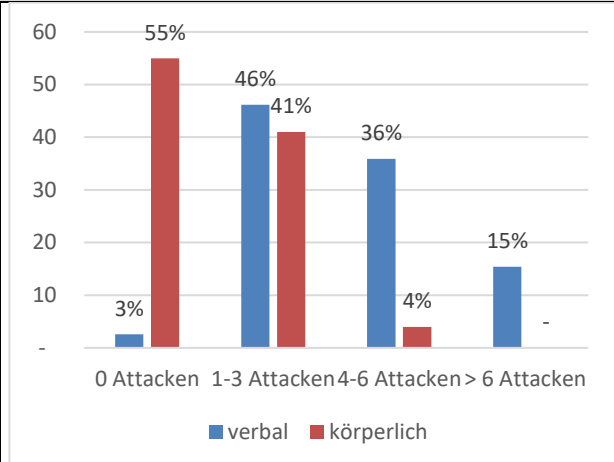
3./4. Körperliche und verbale Attacken in den letzten drei Monaten

Prä-Interventions-Messung (n=83)



- 9 Prozent der Mitarbeitenden haben in den letzten drei Monaten keine verbalen Attacken erlebt.
- 91 Prozent der Mitarbeitenden haben in den letzten drei Monaten verbale Attacken erlebt.
- 59 Prozent der Mitarbeitenden haben in den letzten drei Monaten physische Attacken erlebt.

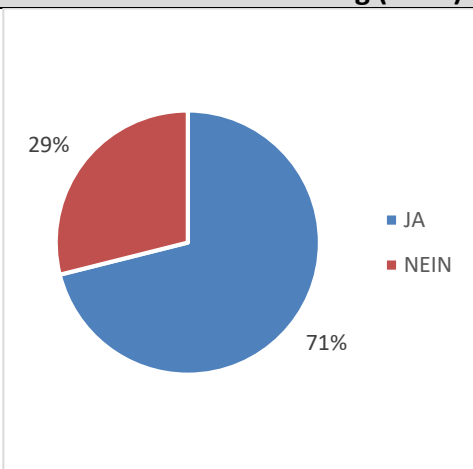
Post-Interventions-Messung (n=79)



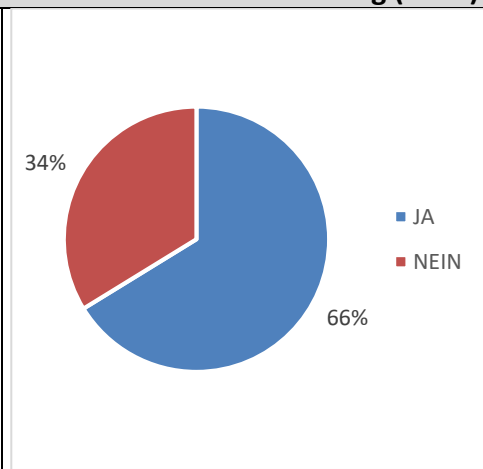
- 3 Prozent der Mitarbeitenden haben in den letzten drei Monaten keine verbalen Attacken erlebt.
- 97 Prozent der Mitarbeitenden haben in den letzten drei Monaten verbale Attacken erlebt.
- 45 Prozent der Mitarbeitenden haben in den letzten drei Monaten physische Attacken erlebt.

5. Hattest Du im letzten Jahr einmal Angst vor PPA?

Prä-Interventions-Messung (n=83)

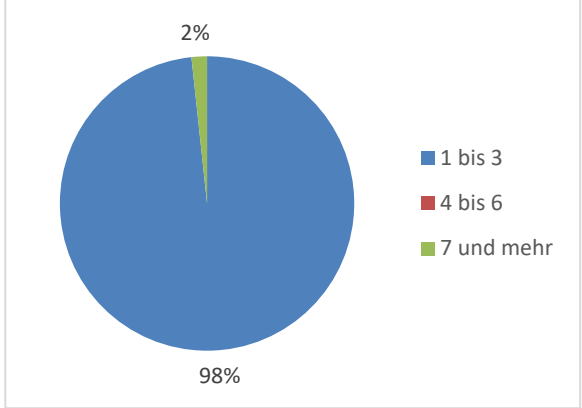


Post-Interventions-Messung (n=79)

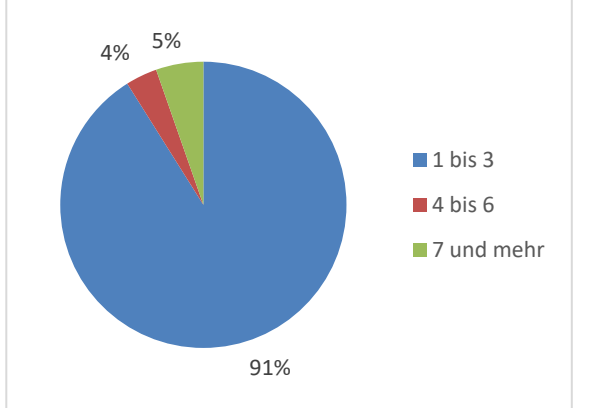


Im Jahr 2019 hatten 5 Prozent weniger Angst vor PPA.

Wenn ja, wie häufig hattest Du im letzten Jahr Angst vor aggressiven PPA?
Prä-Interventions-Messung (n=59) **Post-Interventions-Messung (n=56)**



98 Prozent der Mitarbeitenden gaben an, dass sie im letzten Jahr ein- bis dreimal Angst vor PPA hatten.



4 Prozent hatten zwischen vier und sechs Mal Angst; 5 Prozent hatten siebenmal und öfter Angst.

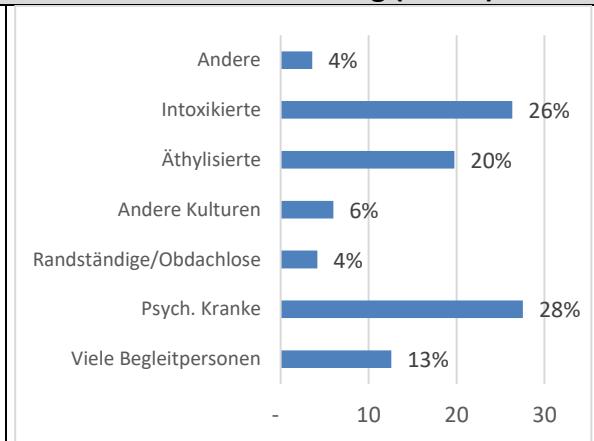
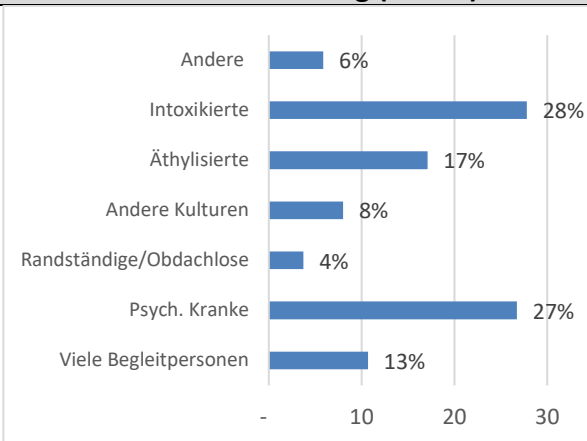
Die Häufigkeit der aggressiven Vorfälle hat zugenommen.

6. Ich fühle mich in folgenden Situationen unsicher:

(Mehrere Antworten sind möglich)

Prä-Interventions-Messung (n=187)

Post-Interventions-Messung (n=167)



Intoxikierte, Äthylisierte und psychisch Kranke verursachen Unsicherheit beim Pflegepersonal.

Intoxikierte, Äthylisierte und psychisch Kranke verursachen am häufigsten Unsicherheit beim Pflegepersonal.

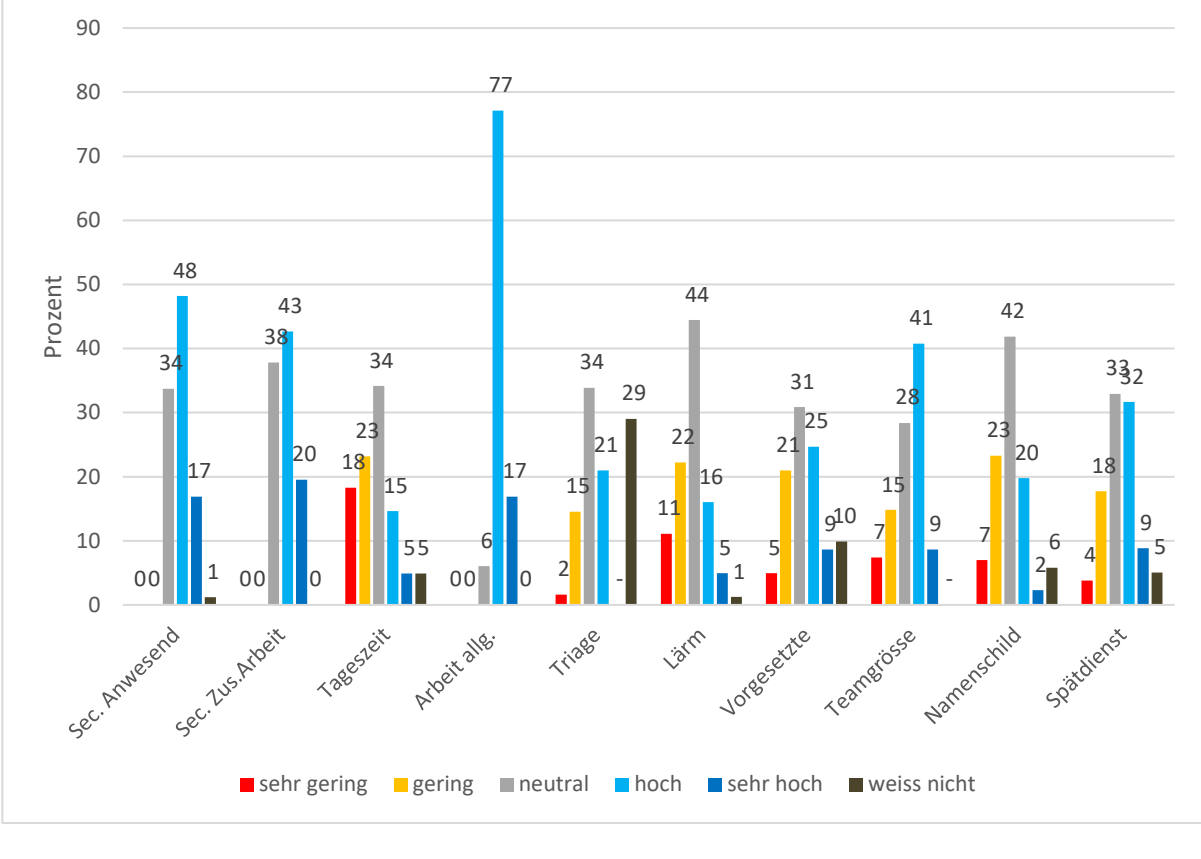
Unter «Andere» wurden folgende Anmerkungen geschrieben:

- fordernde Haltung (ungerecht aus meiner Sicht)
- Sprachliche Barriere
- Delir
- je nach dem bei Allen möglich
- Patienten mit forderndem Auftreten
- Flüchtlinge / Kriegsversehrte
- aggressives Verhalten

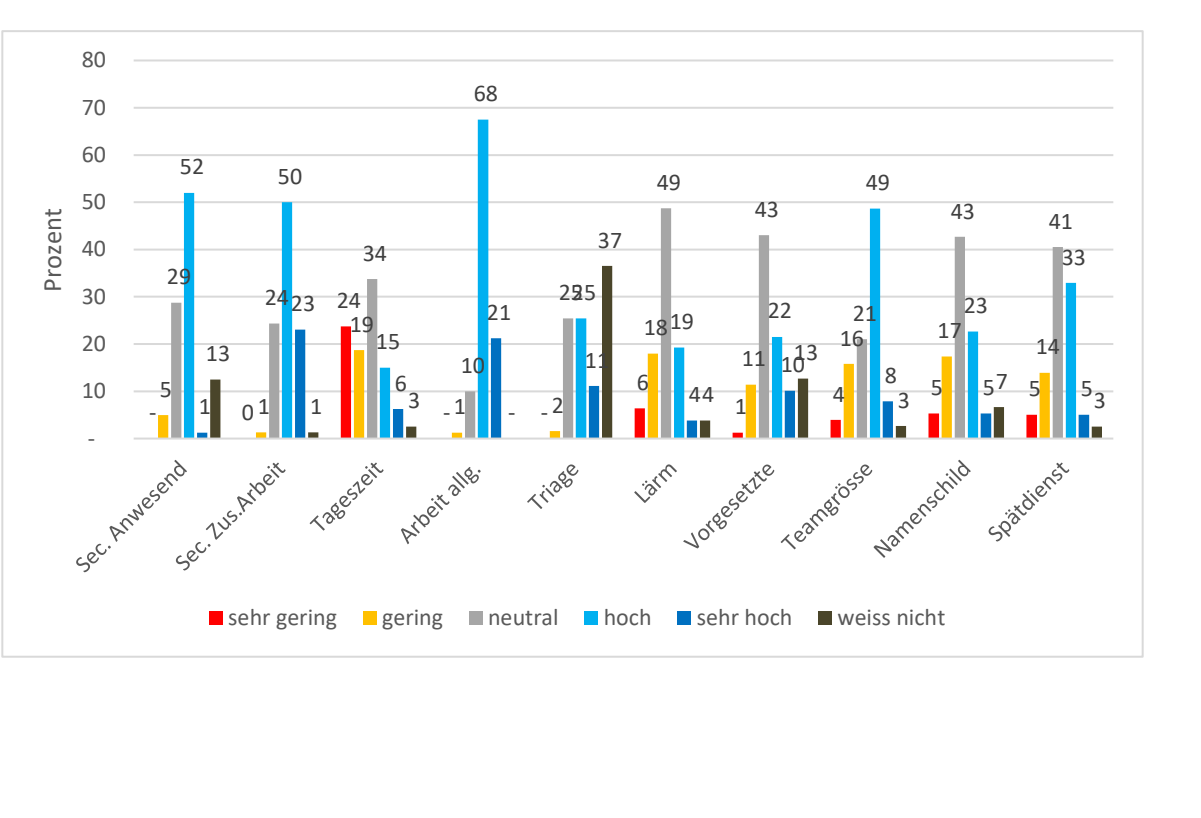
Unter «Andere» wurden folgende Anmerkungen geschrieben:

- Gefangene
- Aggressives Auftreten, verbale Angriffe
- Unterschwellig Aggression (freundlich aber innerlich angespannt)
- Angehörige
- Suizidale
- Schlechter Charakter
- Kombination: aus anderer Kultur und schwer verletzt oder krank (im Schockraum) und dann viele Angehörige/Bekannte kommen und fordern

**7. Befragung 2018: Welche Faktoren beeinflussen das Sicherheitsgefühl?
Prä-Interventions-Messung (n=83)**



**7. Befragung 2019: Welche Faktoren beeinflussen das Sicherheitsgefühl?
Post-Interventions-Messung (n=79)**



Fühlst Du Dich sicher, wenn der Sicherheitsdienst anwesend ist?	2018	2019	Differenz
In sehr geringem Mass	0	0	0
In geringem Mass	0	5	+ 5
Zum Teil	34	29	- 5
In hohem Mass	48	52	+ 4
In sehr hohem Mass	17	1	- 16
Weiss nicht	1	13	+ 12

- Es kam zu einer Abnahme von 12 Prozent.

Wie zufrieden bist Du mit der Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes?	2018	2019	Differenz
In sehr geringem Mass	0	0	0
In geringem Mass	0	1	+ 1
Zum Teil	38	24	- 14
In hohem Mass	43	50	+ 7
In sehr hohem Mass	20	23	+ 3
Weiss nicht	0	1	+ 1

- 10 Prozent empfundene Verbesserung bei der Qualität der Zusammenarbeit.

Hat die Tageszeit einen Einfluss auf Dein Sicherheitsempfinden?	2018	2019	Differenz
In sehr geringem Mass	18	24	+ 6
In geringem Mass	23	19	- 4
Zum Teil	34	34	0
In hohem Mass	15	15	0
In sehr hohem Mass	5	6	+ 1
Weiss nicht	5	3	- 2

- Die Antworten sind 2018 und 2019 fast identisch.

Wie sicher fühlst Du Dich bei der Arbeit im Allgemeinen?	2018	2019	Differenz
In sehr geringem Mass	0	0	0
In geringem Mass	0	1	+ 1
Zum Teil	6	10	+ 4
In hohem Mass	77	68	- 9
In sehr hohem Mass	17	21	+ 4
Weiss nicht	0	0	0

- 89 Prozent fühlen sich während der Arbeit sicher → Rückgang von 5 Prozent.

Wie sicher empfindest Du den Arbeitsplatz an der Triage?	2018	2019	Differenz
In sehr geringem Mass	2	0	- 2
In geringem Mass	15	2	- 13
Zum Teil	34	25	- 9
In hohem Mass	21	25	+ 4
In sehr hohem Mass	0	11	+ 11
Weiss nicht	29	37	+ 8

- Die Mitarbeitenden, die sich in «geringem Mass» sicher fühlten, nahmen um 34 Prozent ab; 15 Prozent fühlten sich in «hohem» bis «sehr hohem Mass» sicher. Weshalb es zu einer 8-Prozent-Zunahme bei denjenigen kam, die nicht wissen, ob sich ihr Sicherheitsempfinden verbessert hat, bleibt offen.

Wie sehr beeinflusst Lärm Dein Sicherheitsempfinden?	2018	2019	Differenz
In sehr geringem Mass	11	6	- 5
In geringem Mass	22	18	- 4
Zum Teil	44	49	+ 5
In hohem Mass	16	19	+ 3
In sehr hohem Mass	5	4	- 1
Weiss nicht	1	4	+ 3

- Im Jahr 2018 gaben 65 Prozent an, dass Lärm «zum Teil» bis «in einem hohen Mass» eine Auswirkung auf das Sicherheitsempfinden hat. Im Jahr 2019 äusserten 72 Prozent, dass Lärm einen Einfluss auf das Sicherheitsempfinden hat.

Haben die Massnahmen Deiner Vorgesetzten einen Einfluss auf Dein Sicherheitsempfinden?	2018	2019	Differenz
In sehr geringem Mass	5	1	- 4
In geringem Mass	21	11	- 10
Zum Teil	31	43	+ 12
In hohem Mass	25	22	- 3
In sehr hohem Mass	9	10	+ 1
Weiss nicht	10	13	+ 3

- 43 Prozent der Mitarbeitenden fühlten sich «zum Teil» von den Vorgesetzten unterstützt. Dies bedeutet eine Zunahme von 12 Prozent. Es kam zu einer Verschiebung von «in geringem Mass» zu «zum Teil».

Hat die Teamgrösse einen Einfluss auf Dein Sicherheitsgefühl?	2018	2019	Differenz
In sehr geringem Mass	7	4	- 3
In geringem Mass	15	16	+ 1
Zum Teil	28	21	- 7
In hohem Mass	41	49	+ 8
In sehr hohem Mass	9	8	- 1
Weiss nicht	0	3	+ 3

- Es fand eine Verschiebung von «zum Teil» zu «in hohem Mass» sicher statt.

Wie sicher fühlst Du Dich, wenn Du dein Namensschild trägst?	2018	2019	Differenz
In sehr geringem Mass	7	5	- 2
In geringem Mass	23	17	- 6
Zum Teil	42	43	+ 1
In hohem Mass	20	23	+ 3
In sehr hohem Mass	2	5	+ 3
Weiss nicht	6	7	+ 1

- Es kam 2019 zu einer Verschiebung von «in geringem Mass» zu «in hohem Mass» sicher.

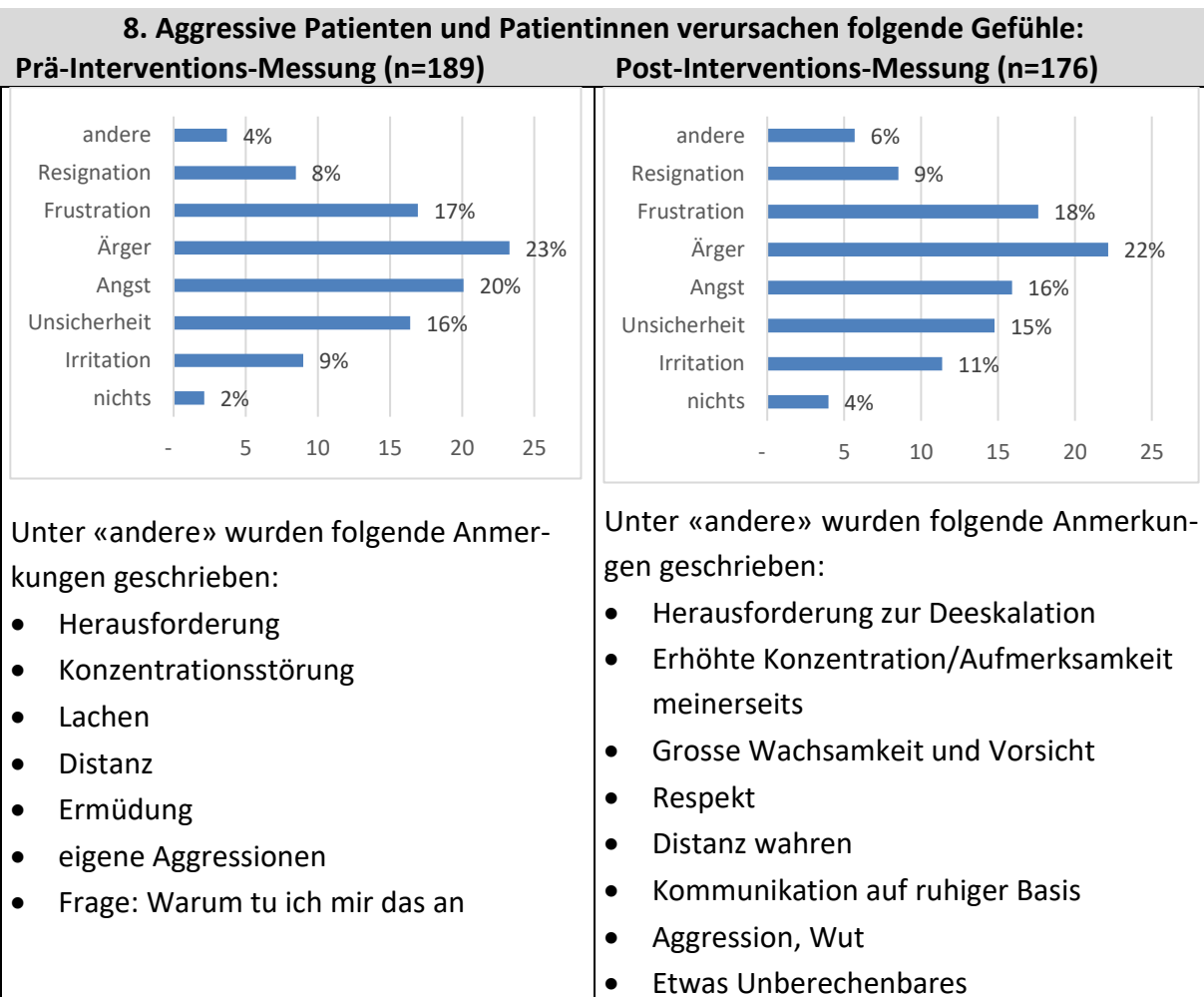
Wie sicher fühlst Du Dich nach der Spätschicht, wenn Du zum Parkplatz gehst?	2018	2019	Differenz
In sehr geringem Mass	4	5	+ 1
In geringem Mass	18	14	- 4
Zum Teil	33	41	+ 8
In hohem Mass	32	33	+ 1
In sehr hohem Mass	9	5	- 4
Weiss nicht	5	3	- 2

- 41 Prozent fühlten sich «zum Teil» sicher.

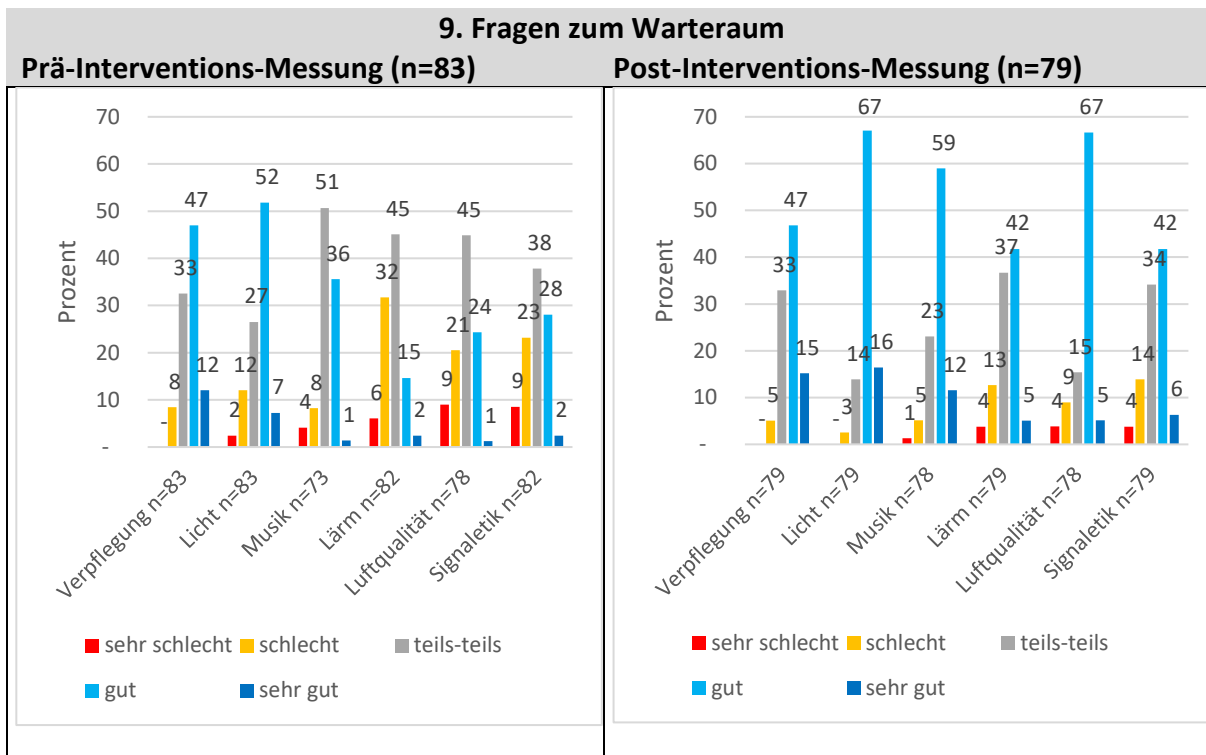
Anmerkungen der Mitarbeitenden:

- Die Teamzusammensetzung spielt eine wichtige Rolle; nicht die Teamgrösse
- Teilweise hoher Lärmpegel
- Nehme das Namensschild ab
- Sicherheitsgefühl durch die Anwesenheit des Sicherheitsdienstes ist personenabhängig
- Der Sicherheitsdienst ist manchmal zu wenig deeskalierend. Manche sind auch abfällig dem Patienten gegenüber.
- Mit dem Sicherheitsdienst zusammen an Deeskalationsmassnahmen arbeiten!

Fazit: Das Sicherheitsempfinden bei der Arbeit ist im Allgemeinen hoch.



Aggressive PP verursachen hauptsächlich Gefühle von Ärger, gefolgt von Angst, Frustration und Unsicherheit. Die Resultate der Jahre 2018 und 2019 sind beinahe identisch.



Verpflegungssortiment Automaten	2018	2019	Differenz
Sehr schlecht	0	0	0
Schlecht	8	5	- 3
Teils-teils	33	33	0
Gut	47	47	0
Sehr gut	12	15	+ 3

Die Beurteilung hat sich um 3 Prozent von «schlecht» zu «sehr gut» verändert.
Hypothese: Neue Mitarbeitende sind mit dem Verpflegungsangebot zufriedener als langjährige Mitarbeitende.

Lichtverhältnisse	2018	2019	Differenz
Sehr schlecht	2	0	- 2
Schlecht	12	3	- 9
Teils-teils	27	14	- 13
Gut	52	67	+ 15
Sehr gut	7	16	+ 9

- 83 Prozent empfanden die Lichtverhältnisse 2019 als «gut» bis «sehr gut»; im Gegensatz dazu waren es 2018 nur 59 Prozent der Mitarbeitenden, die das Licht als «gut» beurteilten. Das bedeutet eine Steigerung von 24 Prozent.

Hintergrundmusik	2018	2019	Differenz
Sehr schlecht	4	1	- 3
Schlecht	8	5	- 3
Teils-teils	51	23	- 18
Gut	36	59	+ 23
Sehr gut	1	12	+ 11

- Die Hintergrundmusik wurde 2019 mehrheitlich als «gut» empfunden.

Geräuschpegel	2018	2019	Differenz
Sehr schlecht	6	4	- 2
Schlecht	32	13	- 19
Teils-teils	45	37	- 8
Gut	15	42	+ 27
Sehr gut	2	5	+ 3

- Der Geräuschpegel hat sich nach den Umbauarbeiten massiv verbessert.

Luftqualität im Eingangsbereich	2018	2019	Differenz
Sehr schlecht	9	4	- 5
Schlecht	21	9	- 12
Teils-teils	45	15	- 30
Gut	24	67	+ 43
Sehr gut	1	5	+ 4

- Die Luftqualität hat sich 2019 um 47 Prozent zu «gut» bis «sehr gut» verbessert.

Wegbeschriftung/Signaletik	2018	2019	Differenz
Sehr schlecht	9	4	- 5
Schlecht	23	14	- 9
Teils-teils	38	34	- 4
Gut	28	42	+ 14
Sehr gut	2	6	+ 4

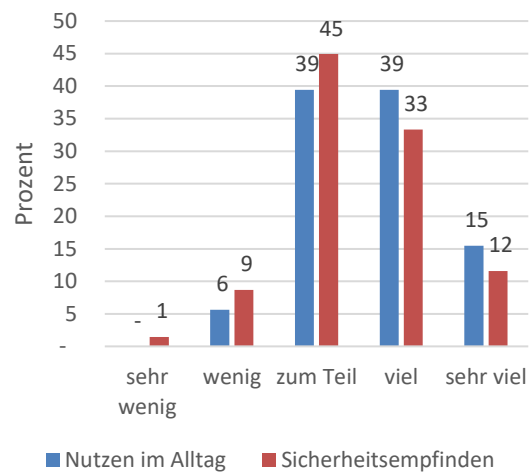
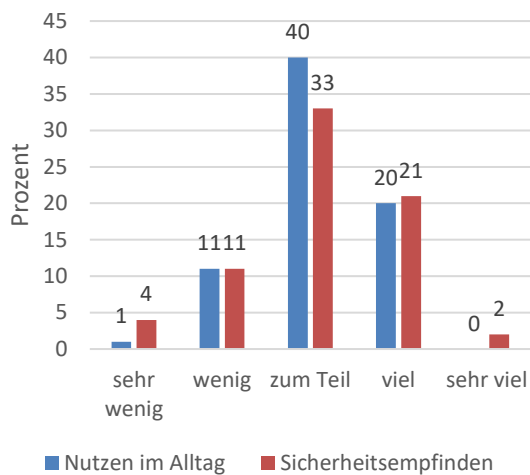
- Das Pflegepersonal stufte die Beschriftung nach den Umbauarbeiten besser ein.

Anmerkungen der Mitarbeitenden:	Anmerkungen der Mitarbeitenden:
<ul style="list-style-type: none"> lieber gar keine Musik Verpflegungsautomat ist schnell leer Unispital und alles ist nur auf Deutsch beschriftet. 	<ul style="list-style-type: none"> Im ganzen Haus ist die Signaletik nur auf Deutsch. Z.B. der Nachtausgang könnte auch auf Englisch sein Teilweise hoher Lärmpegel Manchmal zu grelles Licht – lichtempfindliche Augen Eingangsbereich noch besser beschriften. Es kommen immer noch unzählige Leute an den Schalter für ein MRI, Abteilungen etc.

10. Weiterbildung in Aggressionsmanagement

Prä-Interventions-Messung (n=83)

Post-Interventions-Messung (n=79)



Eine Weiterbildung in Aggressionsmanagement bringt «zum Teil» einen Nutzen im Alltag und das Sicherheitsempfinden verbessert sich.

Die Schulung in Aggressionsmanagement brachte einen Nutzen im Alltag und im Hinblick auf das Sicherheitsempfinden.

Nutzen der Weiterbildungen im Alltag	2018	2019	Differenz
Sehr wenig	1	0	- 1
Wenig	11	6	- 5
Zum Teil	40	39	- 1
Viel	20	39	+ 19
Sehr viel	0	15	+ 15

- Ein Nutzen der Weiterbildungen wird im Alltag vermehrt erlebt.

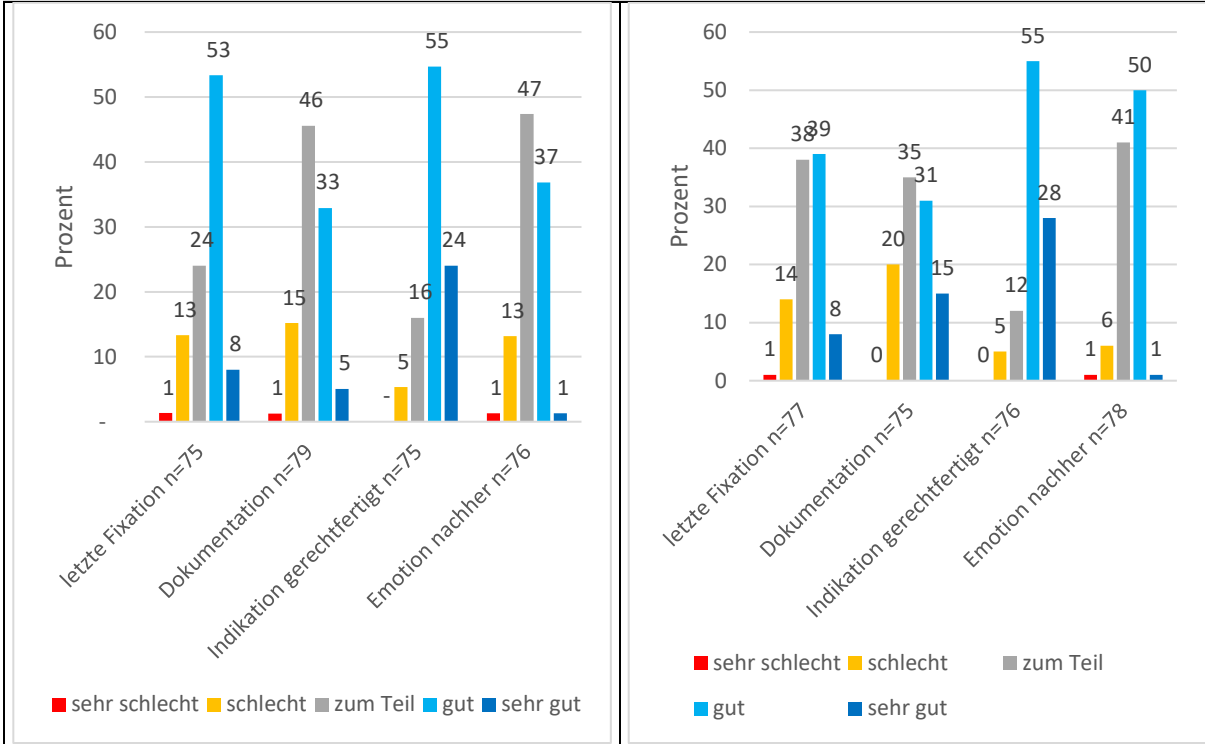
Durch die Schulungen fühle ich mich im Umgang mit aggressiven Patient/innen sicherer	2018	2019	Differenz
Sehr wenig	4	1	- 3
Wenig	11	9	- 2
Zum Teil	33	45	+ 12
Viel	21	33	+ 12
Sehr viel	2	12	+ 10

- Durch die Schulungen kam es zu einer 34-Prozent-Steigerung beim Sicherheitsempfinden im Umgang mit aggressiven PP.

11. Fragen zur Fünf-Punkte-Fixation

Prä-Interventions-Messung (n=83)

Post-Interventions-Messung (n=79)



Wie ist für Dich die letzte Fixation verlaufen?	2018	2019	Differenz
Sehr schlecht	1	1	0
Schlecht	13	14	1
Zum Teil	24	38	+14
Gut	53	39	-14
Sehr gut	8	8	0

- Trotz der Schulung des Pflgeteams sind die Fixationen 2019 weniger gut verlaufen als 2018.

Wie konsequent dokumentierst Du verbale Aggressionen?	2018	2019	Differenz
Sehr schlecht	1	0	-1
Schlecht	15	20	+5
Zum Teil	46	35	-11
Gut	33	31	-2
Sehr gut	5	15	+10

- Jene Prozent der Mitarbeitenden, die zuvor „zum Teil“ angegeben hatten, haben sich nun in die Gruppe „sehr gut“ verschoben.

Wie gerechtfertigt war für Dich die Indikation zur Fixation?	2018	2019	Differenz
Sehr schlecht	0	0	0
Schlecht	5	5	0
Zum Teil	16	12	-4
Gut	55	55	0
Sehr gut	24	28	+4

- 83 Prozent gaben an, dass die Indikation gerechtfertigt war. Die Aussagen sind fast identisch mit jenen aus 2018.

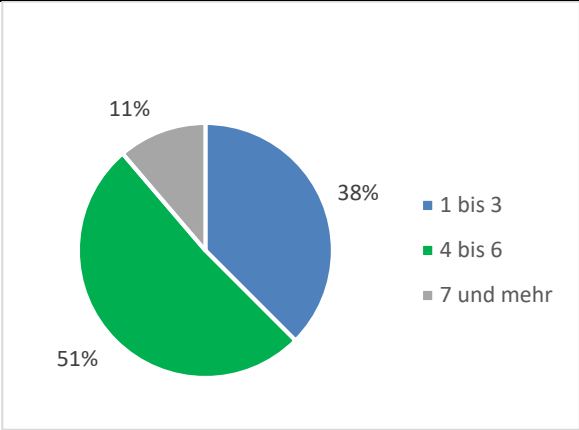
Wie geht es Dir normalerweise emotional, nachdem Du einen Patienten mit einer Fixation betreuen musstest?	2018	2019	Differenz
Sehr schlecht	1	1	0
Schlecht	13	6	-7
Zum Teil	47	41	-6
Gut	37	50	+13
Sehr gut	1	1	0

- 2019 gaben 50 Prozent der Mitarbeitenden an, dass es ihnen nach einer Fixation gut geht. Das sind 13 Prozent mehr als 2018.

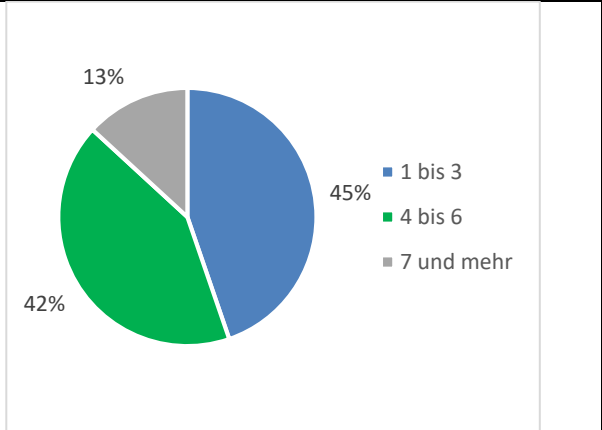
12. Falls die Fixation schlecht verlaufen ist, was waren die Gründe dafür?																																									
Prä-Interventions-Messung (n=165)	Post-Interventions-Messung (n=183)																																								
<table border="1"> <caption>Prä-Interventions-Messung (n=165)</caption> <thead> <tr> <th>Grund</th> <th>Prozent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ungenügendes Fachwissen</td><td>16</td></tr> <tr><td>fehlende Leaderfunktion</td><td>14</td></tr> <tr><td>schlechte Kommunikation</td><td>11</td></tr> <tr><td>fehlende Info an Pat.</td><td>7</td></tr> <tr><td>zu viele beteiligte...</td><td>16</td></tr> <tr><td>zu wenig beteiligte...</td><td>2</td></tr> <tr><td>ungenügende Sedation</td><td>21</td></tr> <tr><td>ungenügende...</td><td>10</td></tr> <tr><td>weitere Gründe</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	Grund	Prozent	ungenügendes Fachwissen	16	fehlende Leaderfunktion	14	schlechte Kommunikation	11	fehlende Info an Pat.	7	zu viele beteiligte...	16	zu wenig beteiligte...	2	ungenügende Sedation	21	ungenügende...	10	weitere Gründe	4	<table border="1"> <caption>Post-Interventions-Messung (n=183)</caption> <thead> <tr> <th>Grund</th> <th>Prozent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ungenügendes Fachwissen</td><td>14</td></tr> <tr><td>fehlende Leaderfunktion</td><td>25</td></tr> <tr><td>schlechte Kommunikation</td><td>16</td></tr> <tr><td>fehlende Info an Pat.</td><td>6</td></tr> <tr><td>zu viele beteiligte Personen</td><td>11</td></tr> <tr><td>zu wenig beteiligte Personen</td><td>2</td></tr> <tr><td>ungenügende Sedation</td><td>19</td></tr> <tr><td>ungenügende Privatsphäre...</td><td>6</td></tr> <tr><td>weitere Gründe</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	Grund	Prozent	ungenügendes Fachwissen	14	fehlende Leaderfunktion	25	schlechte Kommunikation	16	fehlende Info an Pat.	6	zu viele beteiligte Personen	11	zu wenig beteiligte Personen	2	ungenügende Sedation	19	ungenügende Privatsphäre...	6	weitere Gründe	2
Grund	Prozent																																								
ungenügendes Fachwissen	16																																								
fehlende Leaderfunktion	14																																								
schlechte Kommunikation	11																																								
fehlende Info an Pat.	7																																								
zu viele beteiligte...	16																																								
zu wenig beteiligte...	2																																								
ungenügende Sedation	21																																								
ungenügende...	10																																								
weitere Gründe	4																																								
Grund	Prozent																																								
ungenügendes Fachwissen	14																																								
fehlende Leaderfunktion	25																																								
schlechte Kommunikation	16																																								
fehlende Info an Pat.	6																																								
zu viele beteiligte Personen	11																																								
zu wenig beteiligte Personen	2																																								
ungenügende Sedation	19																																								
ungenügende Privatsphäre...	6																																								
weitere Gründe	2																																								
<p>Hauptgründe, weshalb eine Fünf-Punkte Fixation schlecht verlaufen ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 21 Prozent ungenügende Sedation • 16 Prozent zu viele beteiligte Personen • 16 Prozent ungenügendes Fachwissen 	<p>Hauptgründe, weshalb eine Fünf-Punkte Fixation schlecht verlaufen ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25 Prozent fehlende Leaderfunktion • 19 Prozent ungenügende Sedation 																																								
<p>Weitere Anmerkungen der Mitarbeitenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das System der Fixierung «verhebt nid»! Die Pat. kann im Bett mit aller Kraft nach oben rutschen.... • mache es selten, wenig Erfahrung • Oft fixiert jemand falsch und man muss alles entfixieren und richtig fixieren. Die besten Fixationen waren, als ich allein mit Polizei fixierte. • Vorbereitung der Fixation fehlerhaft • Mehr Zeit für Gespräch mit Pat., Fixation wäre nicht nötig gewesen 	<p>Weitere Anmerkungen der Mitarbeitenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oft sprechen zu viele Personen! • Dem Patienten werden keine Optionen geboten; z.B. orale Medikation • Einmal den Patienten nur mit einem Bauchgurt fixiert. • Zwei Vorfälle: Polizei betreut den Patienten oft sehr aggressiv; Polizei wirkt ungeduldig und lagert ohne Sedierung um. • Klare Massnahmen vom Arzt z.B. bei FU • Von den Ärzten bessere Unterstützung/Wahrnehmung der Situation 																																								

<ul style="list-style-type: none"> • ungenügendes Fachwissen, da man es zum Glück nicht sehr häufig / routiniert durchführt. • nicht erlebt • zu schneller oder fehlender Entscheid zur Fixation 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn die Pflege sagt, es spitzt sich zu, muss der Arzt auch zum Patienten kommen • Ärzte sind viel weniger geschult als Pflegepersonal (z.B. mit Fixation). Ein klarer Lead fehlt dadurch von ihrer Seite.
---	---

13. Wie schätzt Du die Häufigkeit von Fixationen in der Notfallstation pro Monat ein?
Prä-Interventions-Messung (n=80) **Post-Interventions-Messung (n=76)**



Im Jahr 2018 vermuteten 51 Prozent der Mitarbeitenden, dass pro Monat zwischen vier und sechs Fünf-Punkte-Fixationen durchgeführt werden.

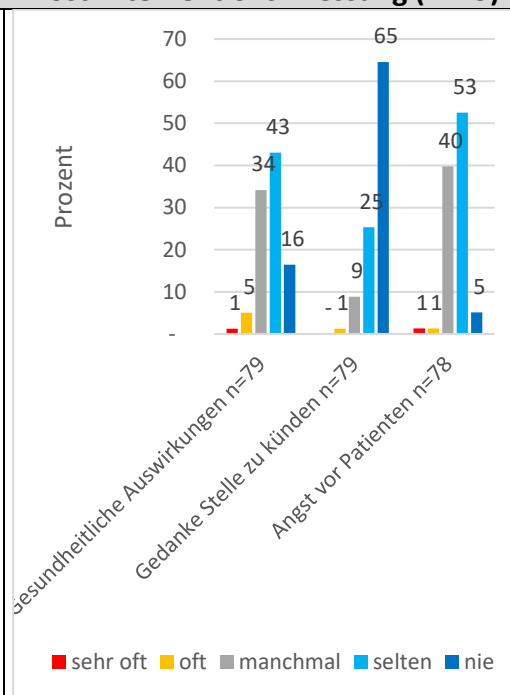
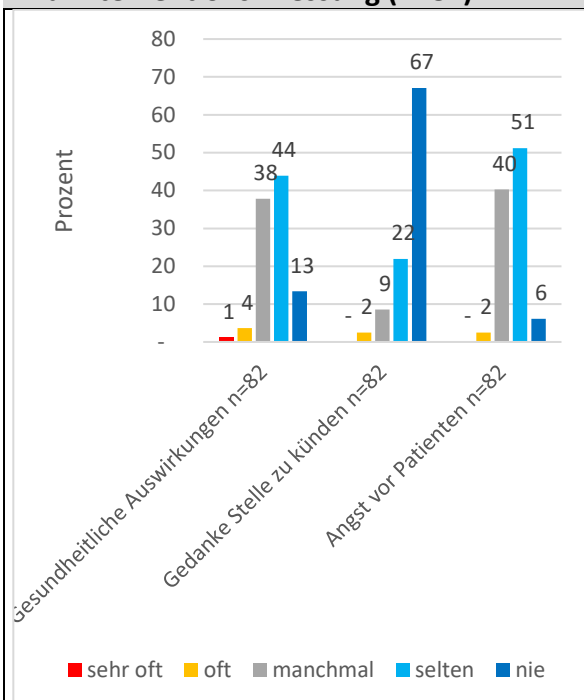


Im Jahr 2019 vermuteten noch 42 Prozent der Mitarbeitenden, dass pro Monat zwischen vier und sechs Fünf-Punkte-Fixationen durchgeführt werden.

14. Gesundheitliche Auswirkungen

Prä-Interventions-Messung (n=82)

Post-Interventions-Messung (n=79)



38 Prozent der Mitarbeitenden haben nach der Betreuung von aggressiven PPA «manchmal» körperliche oder psychische Auswirkungen, 4 Prozent «oft» und 1 Prozent «sehr oft».

40 Prozent der Mitarbeitenden haben «manchmal» und 51 Prozent haben «selten» Angst vor PPA.

22 Prozent der Mitarbeitenden denken nach einem Aggressionsfall «selten» daran, die Stelle zu künden.

34 Prozent der Mitarbeitenden haben nach der Betreuung von aggressiven PPA «manchmal» körperliche oder psychische Auswirkungen, 5 Prozent «oft» und 1 Prozent «sehr oft».

2019 haben gleich viele Mitarbeitende wie 2018 «manchmal» Angst vor PPA (40 Prozent).

2019 denken 25 Prozent der Mitarbeitenden nach einem Aggressionsfall «selten» daran, die Stelle zu künden.

Fühlst Du körperliche oder psychische Auswirkungen, nachdem Du einen aggressiven Patienten/eine aggressive Patientin betreuen musstest?	2018	2019	Differenz
Sehr oft	1	1	0
Oft	4	5	+1
Manchmal	38	34	-4
Selten	44	43	-1
Nie	13	16	+3

Hast Du wegen eines verbalen oder physischen Patienten/Patientin bereits einmal daran gedacht, die Stelle zu wechseln?	2018	2019	Differenz
Sehr oft	0	0	0
Oft	2	1	-1
Manchmal	9	9	0
Selten	22	25	+3
Nie	67	65	-2

Gab es Situationen, in denen Du Angst vor einem Patienten/einer Patientin hattest?	2018	2019	Differenz
Sehr oft	0	1	+1
Oft	2	1	-1
Manchmal	40	40	0
Selten	51	53	+2
Nie	6	5	-1

Sonstige Anmerkungen der Befragten	
Prä-Interventions-Messung (n=83)	Post-Interventions-Messung (n=79)
<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> Im Allg. fühle ich mich gut geschützt und unterstützt Fühle mich allgemein sehr sicher im Notfall. Es wirkt für mich viel sicherer auf dem Notfall als auf einer Bettenstation, da man in der Nacht nicht alleine arbeitet und jederzeit eine Securitas avisieren kann. Empfinde aggressive Patienten eher als Herausforderung, nicht als Bedrohung. Gelungene De-Eskalation ist auch befriedigend. Ich fühle mich grundsätzlich sicher hier, da wir sehr schnell Securitas und wenn nötig die Polizei dahaben. Das empfinde ich persönlich als Luxus. Ich empfinde die Möglichkeit, einen Securitas bei einer aggressiven Situation hinzuziehen, als sehr wertvoll, was mir persönlich Sicherheit vermittelt. Die Zusammenarbeit empfinde ich meist als sehr angenehm. Finde die Unterstützung im UNZ gut. V.a. fühle ich mich ernst genommen nach einem Vorfall mit Aggressiven. Man weiss, dass das Personal geschützt wird, oder alles dafür gemacht/versucht wird. 	<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> Finde die Sicherheitssituation auf dem Notfall sehr gut. Trotz quantitativer höherer Anzahl der Fälle, fühle ich mich sicherer auf der Notfallstation, als auf der Bettenstation, da man hier jederzeit einen Securitas und die Polizei avisieren kann. Auch sind immer mehrere Mitarbeitende anwesend. Danke für Ihr Bemühen. Melde mich bei Schwierigkeiten, habe aber in meiner über 30-jährigen Berufserfahrung selten Probleme gehabt. 100% Sicherheit wird es meiner Meinung nach nie geben können, da der Faktor Mensch unberechenbar bleibt. Die getroffenen Massnahmen vermitteln aber ein gutes Sicherheitsgefühl. Richtig sicher fühle ich mich wenn zu allen Massnahmen auch noch eine gute Kommunikation mit dem Arzt, Involvierte da ist und alle wissen wie eine Situation gemanagt wird und das körperliche Attacken ernst genommen werden. Herzlichen Dank für die tolle Weiterbildung in Aggressionsmanagement Ich denke, wir tun viel für unsere Sicherheit! Danke

Negativ

- Qualität des Securitas sehr unterschiedlich, einige lassen einen total im Stich, solange kein FU besteht, andere würden am liebsten beim Pat. die ganze Zeit sein, obwohl gar nicht nötig.
- An der Triage kann man dem Konflikt oft nicht aus dem Weg gehen. Die Pat. kommen einem sehr nah! --> steht unter absoluter Beobachtung! --> teils sehr unangenehm.
- Subjektive Wahrnehmung an Respekt, Wertschätzung an Pflege wie ärztliches Personal hat stark abgenommen, was letztendlich die "Vorurteile" gegenüber potentiell aggressiven Patienten stärkt und die Toleranz sinkt. Verbesserung möglicherweise bei Eintritt mit klarer Aufklärung an Konsequenzen / Verhaltensregeln
- Öfters wird man als "Scheiss Deutscher" beleidigt.
- Pat wird zu 95% aggressiv wegen der langen Wartezeit.
- Es sind 50:50 Angehörige und Patienten
- Triage Umbau trägt nicht zur Sicherheit des Personals bei!
- Ich habe bis jetzt keinen Pat. angezeigt, da meine Personalien bekannt gegeben müssten und ich möchte nicht, dass ich auf meinem Arbeitsweg zum Spital oder zu Hause bedroht werden würde... Habe den Eindruck gewonnen, dass es selten "massgebliche Konsequenzen" für aggressive Pat. nach sich zieht, da wir auf der anderen Seite eine Behandlungspflicht zu erbringen haben.
- Ich fühle mich nicht bei allen Securitas gleich sicher, es gibt 1-2 Pers. von denen ich mich nicht unterstützt fühle. Es gibt ein paar Securitas, die mich eher von der Arbeit abhalten bzw. stören, weil sie mehr am Privaten der FaGe's interessiert sind als an der Überwachung. Es gibt sogar 1 Securitas, der wenn er keine Überwachung hat aus langerweile auf dem Stützpunkt rumsteht, Gesprächen von RD, Ärzten etc. lauscht und sich sogar einmischt. Er steht dann immer bei den PA's oder FaGe's und hält die vom Auffüllen (Nacht) der Wägen ab, hofft auf ein Gespräch.
- oftmals werden Pat fixiert ohne vorher gut informiert zu werden und ohne die Möglichkeit mitzumachen. Securitas (nicht alle Securitas) mischen sich manchmal + teils zu sehr mit aggressiver Haltung ein und Pat. reagieren auch aggressiv.

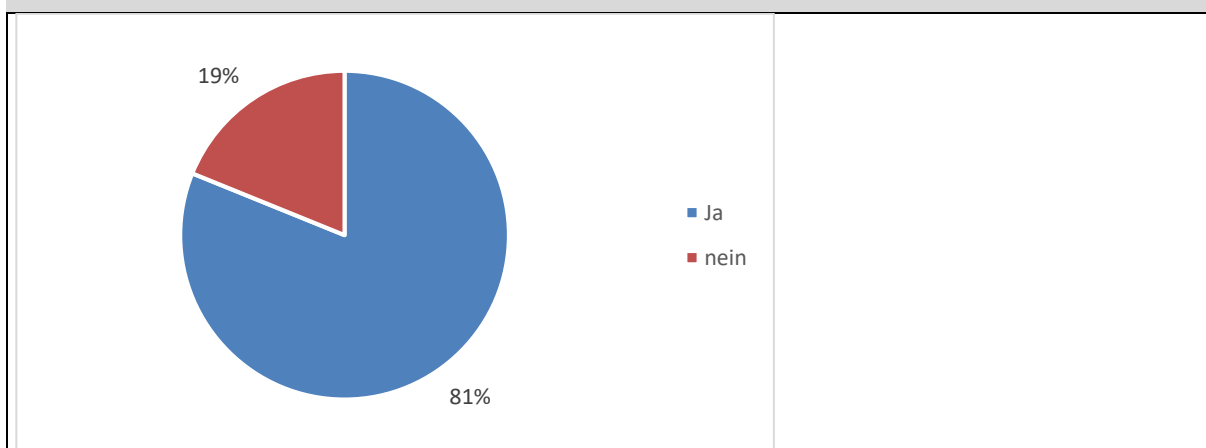
Negativ

- Fix eine Psychiatriepflegefachperson im UNZ Team wäre wünschenswert.
- Psychisch agitierte Patienten direkt in eine Psychiatrie einliefern.
- Sicherheit könnte mit einem Parkplatz auf dem Inselareal verbessert werden.
- Wiederholte Schulungen zur verbalen Deeskalation, wie gehe ich mit schwierigen Menschen um.
- Zu lange Wartezeit der Patienten – Information würde helfen, die Aggression zu dämpfen.
- Vermehrte Weiterbildungen zum Thema psychisch erkrankte Personen anbieten, Umgang etc. – Deeskalation Übung/Kommunikation
- Abgesonderter Warteraum für agitierte, wartende Patienten, die in Begleitung der Polizei oder Sano kommen. Es ist oft sehr unruhig in der Ambulanzhalle.
- Aggressionsprotokolle mehr nützen und früher eingreifen – sprich jeder Mitarbeitende soll sich dafür einsetzen!
- Ich habe häufig erlebt, dass bei aggressiven Patienten einige Securitas vor der Koje sitzen bleiben, wenn eine Pflegenden für eine Intervention wie PVK legen, EKG schreiben etc. ins Zimmer geht. Dadurch fühle ich mich weniger sicher und muss den Securitas auffordern mit reinzukommen.
- Sicht aus der Koje 5 direkt auf den Stützpunkt empfinde ich als sehr unangenehm. Die Türe ist oft offen wegen des Patientenwunsches. Diese «glotzen» uns an und lassen viele Sprüche fallen; das ist sehr unangenehm.
- Patienten besser über lange Wartezeiten informieren; dies ist an der Triage ein grosser Trigger für Aggression.
- Schnellere Beurteilung und Behandlung der psychiatrischen Patienten → Ziel: Kurze Aufenthaltszeiten
- Mehr spezifisch geschultes Personal für die Betreuung von «schwierigen» Patienten anstellen.
- Grössere Räume mit Fenster

<ul style="list-style-type: none"> • Verpflegungsautomat sehr oft leer, durch hohe Pat. Anzahl und Angehörige • Warteraum zu klein --> ist auch zu "unruhig" Überreize für psychiatrisch dekompenzierte Pat. • Sehr wenig Deeskalation, schneller Entscheid zur Fixation. Oder Gegenteil, kein FU oder Fixation, der Patient muss aber hierbleiben (Arzt delegiert Aufgabe der Pflege od. Securitas) • Vor allem an der Triage ist es sehr schlecht, dass keine Scheibe montiert ist. Oft wird die Pflege über den Tresen beschimpft (Wartezeiten v.a.). IB, Röntgen, Neurozentrum, Haupteingang --> alle mit Scheibe; NF (welcher auch als Nacheingang dient) als einziger ungeschützt. • Bisher an keiner Weiterbildung teilgenommen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte sollen unbedingt beim Aggressionsmanagementkurs dabei sein. • Tapeten, Naturbilder in Koje
---	---

Zusatzfragen nach den Interventionen im Jahr 2019:

15. Gefühlte Verbesserung der Sicherheitssituation im UNZ nach der Umsetzung der verschiedenen Massnahmen Post-Interventions-Messung (n=53)

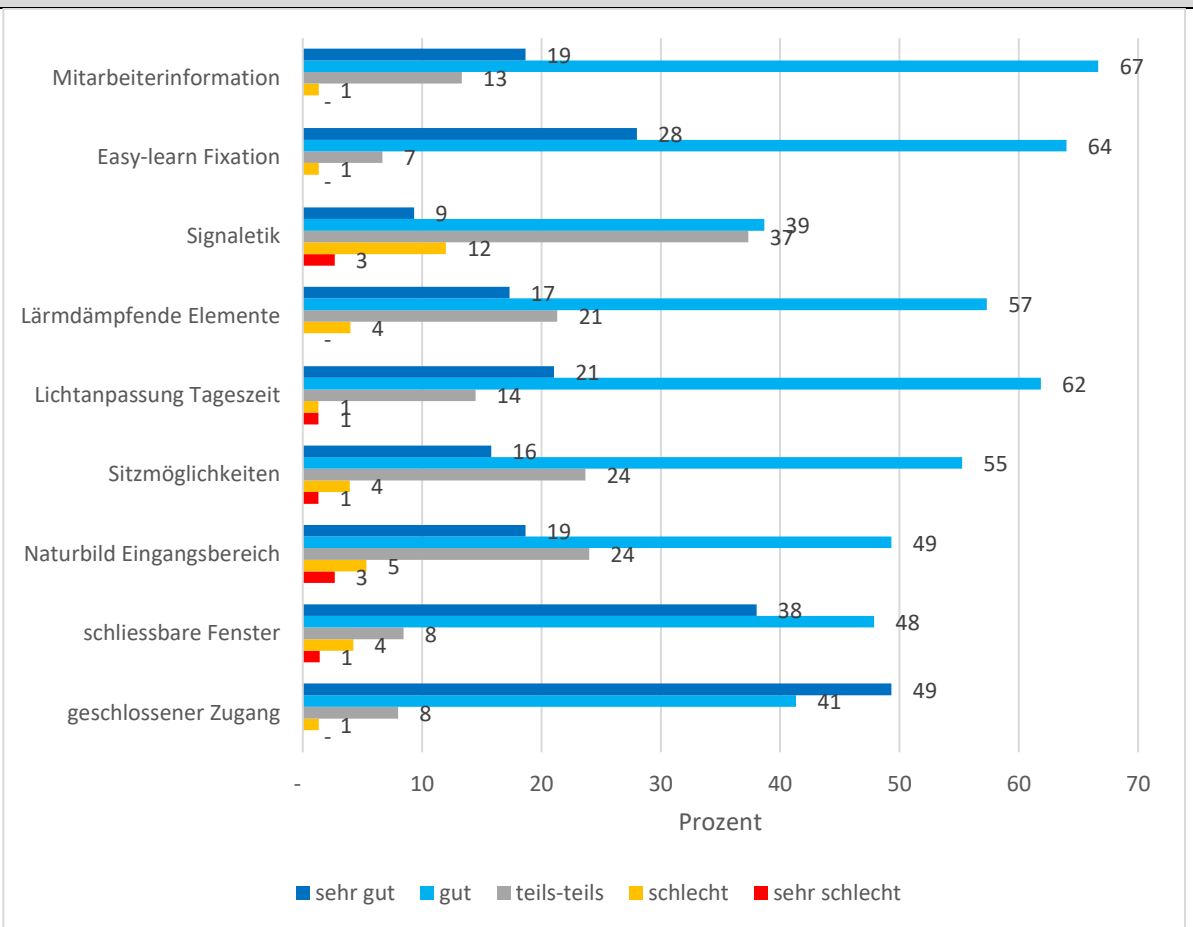


67 Prozent der Mitarbeitenden haben die Frage beantwortet.

Von den Mitarbeitenden, die an der Triage arbeiten, haben 100 Prozent die Frage beantwortet.

81 Prozent empfinden nach dem Umbau und den Schulungen eine Verbesserung der Sicherheit.

16. Beurteilung der umgesetzten Massnahmen Post-Interventions-Messung



Thema	Abschlussfrage
Mitarbeitenden-Information	86% > gut
Easy-Learn	92% > gut
Signaletik	48% > gut
Lärmdämpfende Elemente	74% > gut
Lichtanpassung	83% > gut
Sitzmöglichkeit	71% > gut
Naturbild Ambiente	68% > gut
Schliessbare Fenster	86% > gut
Geschlossener Zugang	90% > gut

86 Prozent fanden die Mitarbeitenden-Information «gut» bis «sehr gut».

92 Prozent fanden die Easy-Learn-Schulung zur Fixation «gut» bis «sehr gut».

48 Prozent fanden die Signaletik «gut» bis «sehr gut».

74 Prozent fanden die lärmdämpfenden Elemente «gut» bis «sehr gut».

83 Prozent fanden die Lichtanpassung an die Tageszeit «gut» bis «sehr gut».

71 Prozent fanden die neuen Sitzmöglichkeiten «gut» bis «sehr gut».

68 Prozent fanden das Naturbild im Eingangsbereich «gut» bis «sehr gut».

86 Prozent fanden die schliessbaren Fenster «gut» bis «sehr gut».

90 Prozent fanden den geschlossenen Zugang «sehr gut».

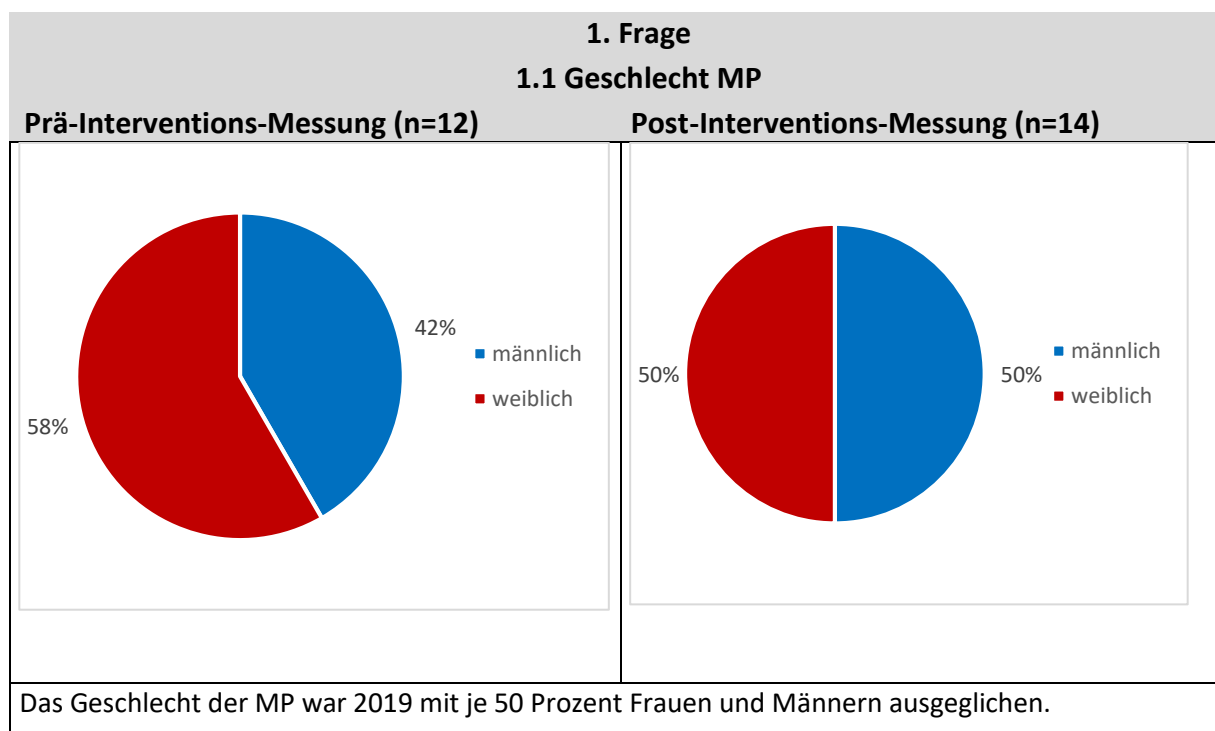
→ Sehr gut schnitten vor allem die schliessbaren Fenster, der geschlossene Zugang und die Easy-Learn-Schulung ab.

→ Am schlechtesten schnitt die Signaletik ab.

Zusammenfassung der Anmerkungen zum Verbesserungspotential	
Prä-Interventions-Messung (n=83)	Post-Interventions-Messung (n=79)
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsplatz Triage wird als gefährlich empfunden, keine Glasscheibe, ungeschützt • Fehlende Wertschätzung bis hin zu Rassismus gegenüber Pflegepersonal • Wartezeiten verursachen Aggressionen • Unterschiedliche Qualität in der Zusammenarbeit mit dem Personal des Sicherheitsdienstes • Aggressionen gegen das Pflegepersonal erfolgen durch PPA • Befürchtung, dass Umbau keine Sicherheit bringt • Warteraum ist zu klein • Angst, eine Strafanzeige gegen Aggressor/innen auszustellen • Behandlungspflicht gegenüber Aggressor/innen • Fehlende Entscheidung für eine Fixation oder eine fürsorgliche Unterbringung (FU) • Ablauf einer Fixation und Zusammenarbeit funktionieren nicht • Keine Weiterbildung in Aggressionsmanagement gehabt 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Anmerkungen

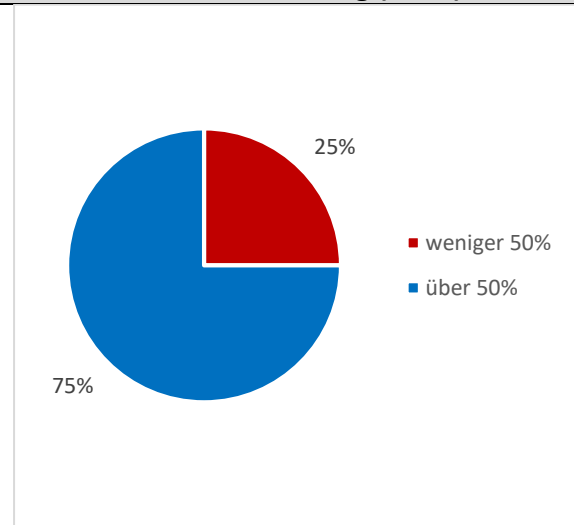
8.2.3 Ergebnisse der Befragung der Mitarbeitenden Patientenmanagement

Prä-Interventions-Messung (n=13); Post-Interventions-Messung (n=14) Befragungszeitraum 6.6.2018 – 3.7.2018 Befragungszeitraum 1.6.2019 – 15.7.2019	
<ul style="list-style-type: none"> • Total MP: 18 • 13 MP haben geantwortet: Rücklaufquote 72.2% • Die Mitarbeitenden haben nicht alle Fragen beantwortet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Total MP: 18 • 14 MP haben geantwortet: Rücklaufquote 77.8% • Die Mitarbeitenden haben nicht alle Fragen beantwortet.

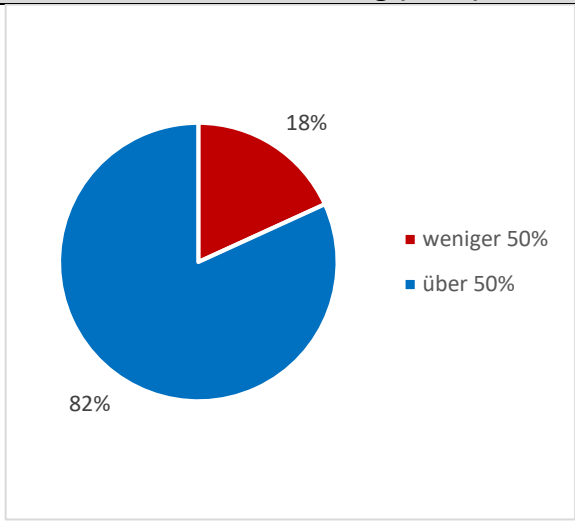


1.2 Beschäftigungsgrad MP

Prä-Interventions-Messung (n=12)

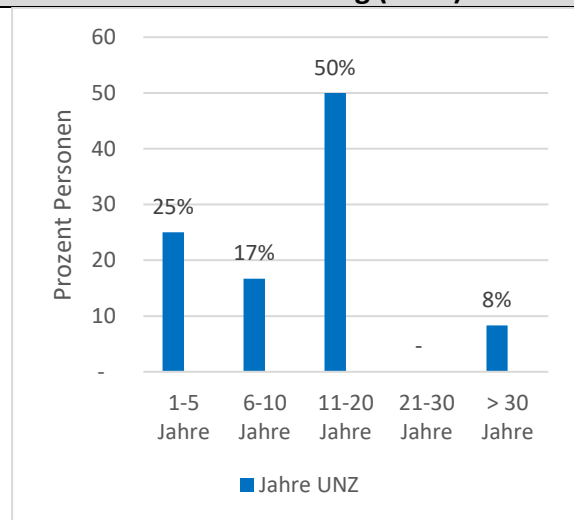


Post-Interventions-Messung (n=11)

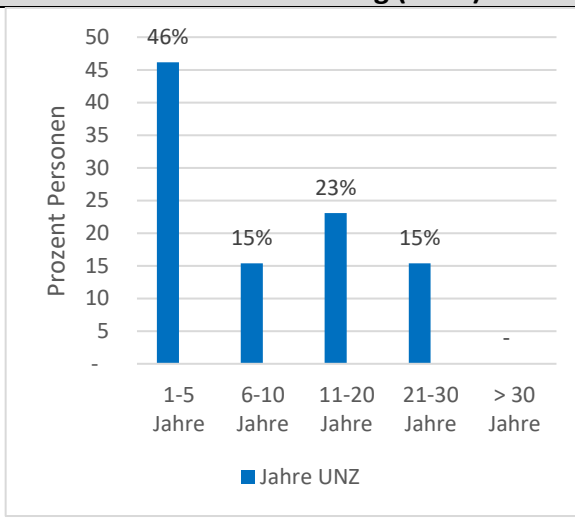


1.3 Jahre im UNZ MP

Prä-Interventions-Messung (n=12)



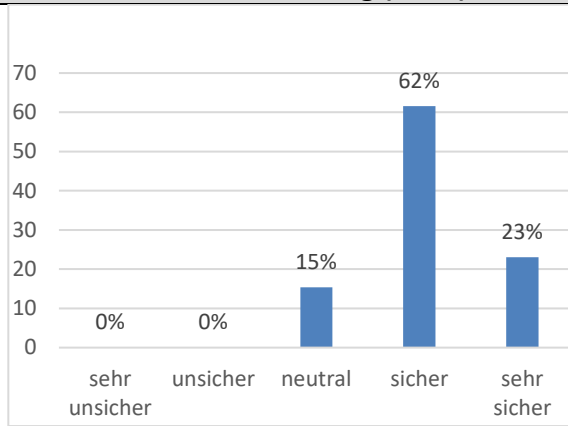
Post-Interventions-Messung (n=13)



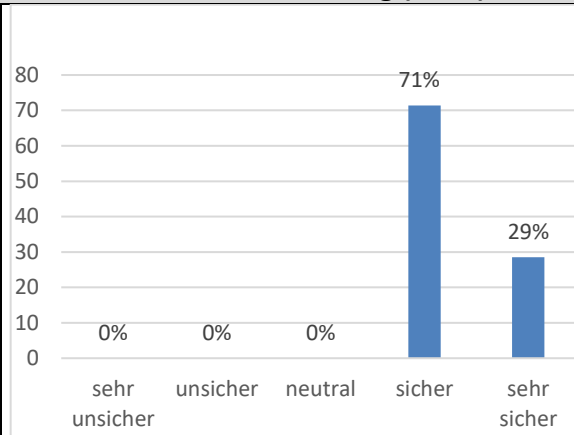
Es kam zu Abgängen von MP, die eine langjährige Berufserfahrung besaßen. Diese wurden durch neue Mitarbeitende ersetzt.

2. Sicherheitsempfinden der MP

Prä-Interventions-Messung (n=13)



Post-Interventions-Messung (n=14)



2018: 85 Prozent «sicher» bis «sehr sicher»

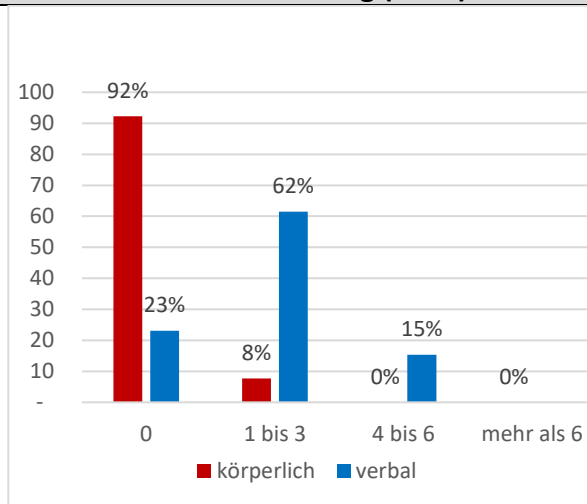
2019: 100 Prozent «sicher» bis «sehr sicher»

2019 kam es nochmals zu einer Steigerung des Sicherheitsempfindens bei den MP.

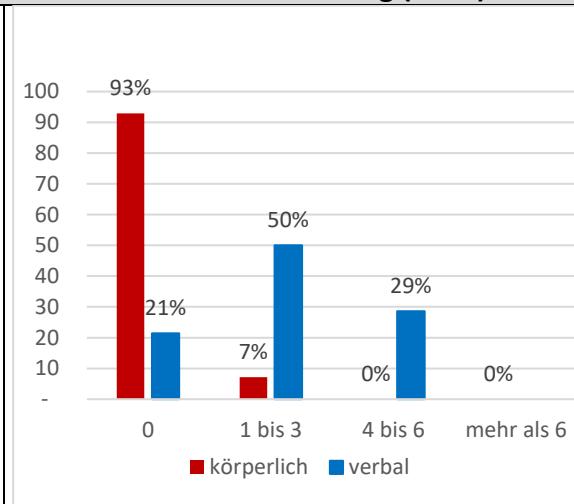
Hypothese: Neue Mitarbeitende fühlen sich sicher. Bei langjährigen Mitarbeitenden konnte das Sicherheitsgefühl aufgrund der baulichen Massnahmen von «neutral» zu «sicher» gesteigert werden.

3./4. Erlebte körperliche oder verbale Übergriffe auf die MP während der letzten drei Monate

Prä-Interventions-Messung (n=13)



Post-Interventions-Messung (n=14)



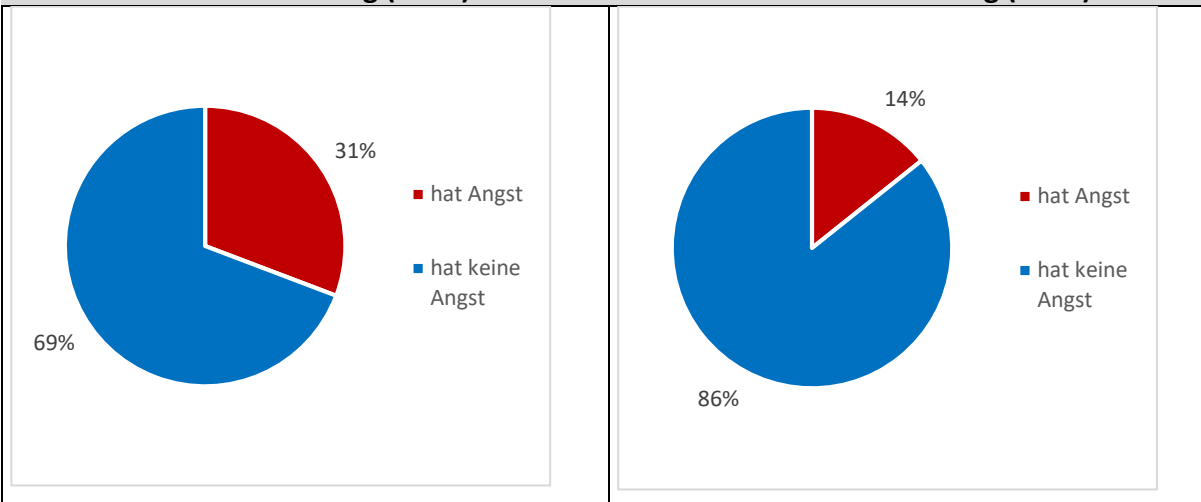
2018: 77 Prozent haben verbale und 8 Prozent haben körperliche Attacken erlebt.

2019: 79 Prozent haben verbale und 7 Prozent haben körperliche Attacken erlebt. Die Häufigkeit der verbalen Attacken hat somit 2019 zugenommen.

5. Angst vor PPA

Prä-Interventions-Messung (n=13)

Post-Interventions-Messung (n=14)



2018: 31 Prozent der MP geben an, dass sie im letzten Jahr ein- bis dreimal Angst vor PPA hatten.

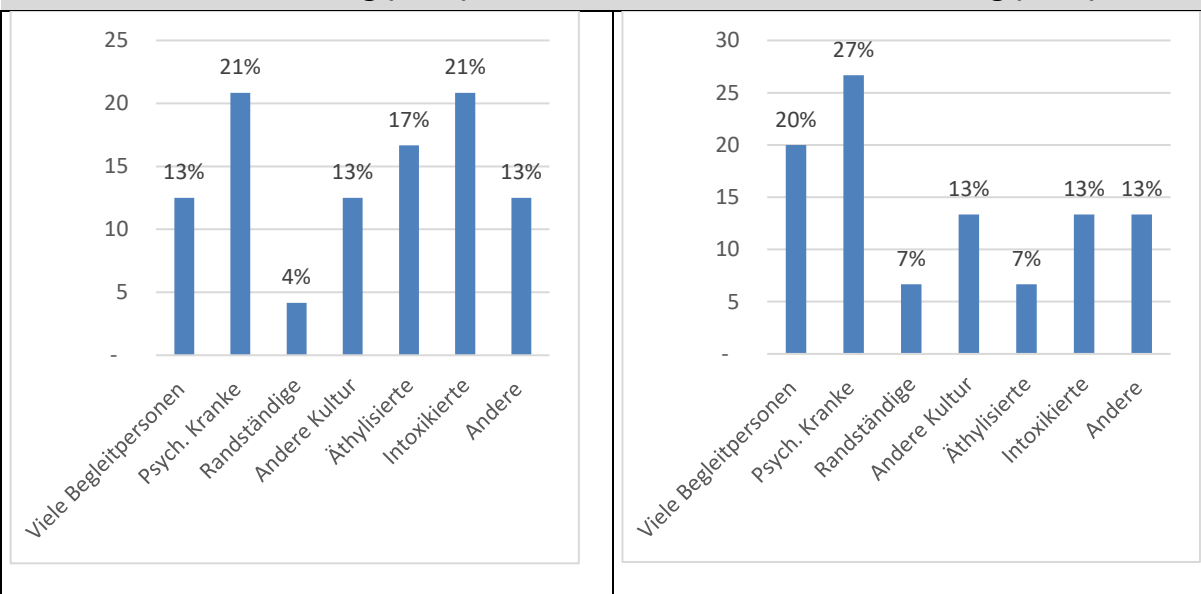
2019: Nach dem Umbau hatten nur noch 14 Prozent der MP im letzten Jahr ein- bis dreimal Angst vor PPA.

Der Umbau im Eingangsbereich förderte das Sicherheitsempfinden bei den MP.

6. Folgende Situationen verursachen Unsicherheit

Prä-Interventions-Messung (n=24)

Post-Interventions-Messung (n=15)



Nach dem Umbau verursachten 2019 vor allem viele Begleitpersonen und psychisch kranke PP Unsicherheit bei den MP.

Infolge der baulichen Massnahmen mit der Schliessung des Durchgangs kommt es seltener zu Unsicherheit aufgrund äthylisierter und intoxikierte PP.

Anmerkungen:

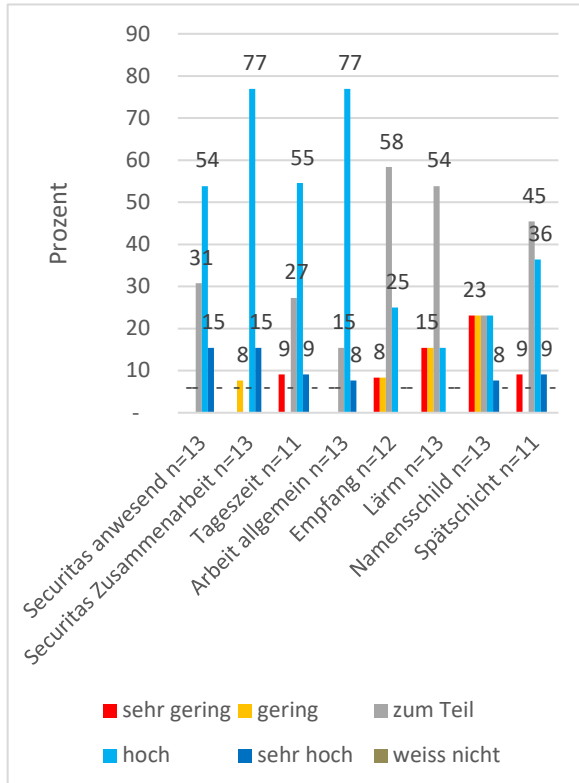
- Lügner

Anmerkung:

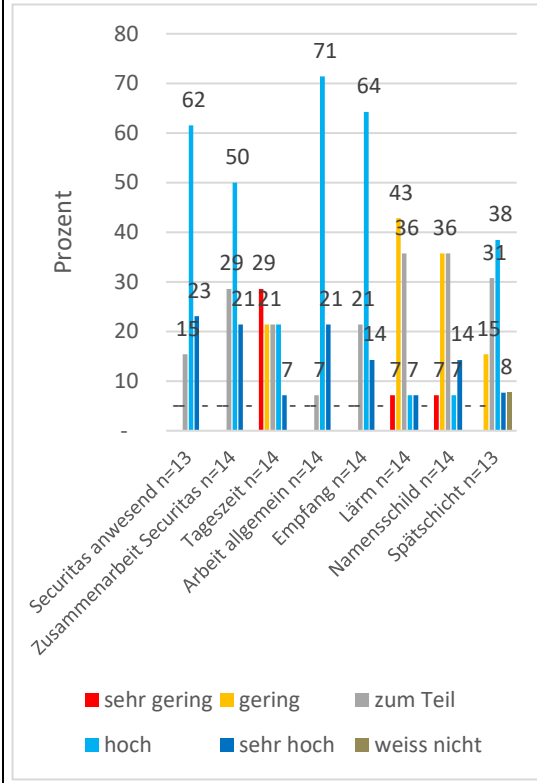
- Lügner, falsche Angaben
- Anmache

7. Fragen zur Sicherheit

2018



2019



1. Fühlst Du Dich sicher, wenn der Sicherheitsdienst anwesend ist?

2018 und 2019 ist die Anwesenheit des Sicherheitsdienstes ein Grund für das hohe Sicherheitsempfinden.

2. Wie zufrieden bist Du mit der Zusammenarbeit mit dem Sicherheitsdienst?

2018 und 2019 wurde die Zusammenarbeit mit dem Sicherheitsdienst als «gut» empfunden.

3. Hat die Tageszeit einen Einfluss auf Dein Sicherheitsempfinden?

Im 2019 steigerte sich das Empfinden der Unsicherheit je nach Tageszeit. Aggressionen wurden vor allem im Spät- und im Nachtdienst erlebt.

4. Wie sicher fühlst Du Dich bei der Arbeit im Allgemeinen?

Allgemein fühlen sich die Mitarbeitenden bei der Arbeit sicher.

5. Wie sicher empfindest Du den Arbeitsplatz am Empfang?

Hier fand eine Steigerung von «gut» und «sehr gut» von 25 Prozent auf 78 Prozent statt.

6. Wie sehr beeinflusst Lärm Dein Sicherheitsempfinden?

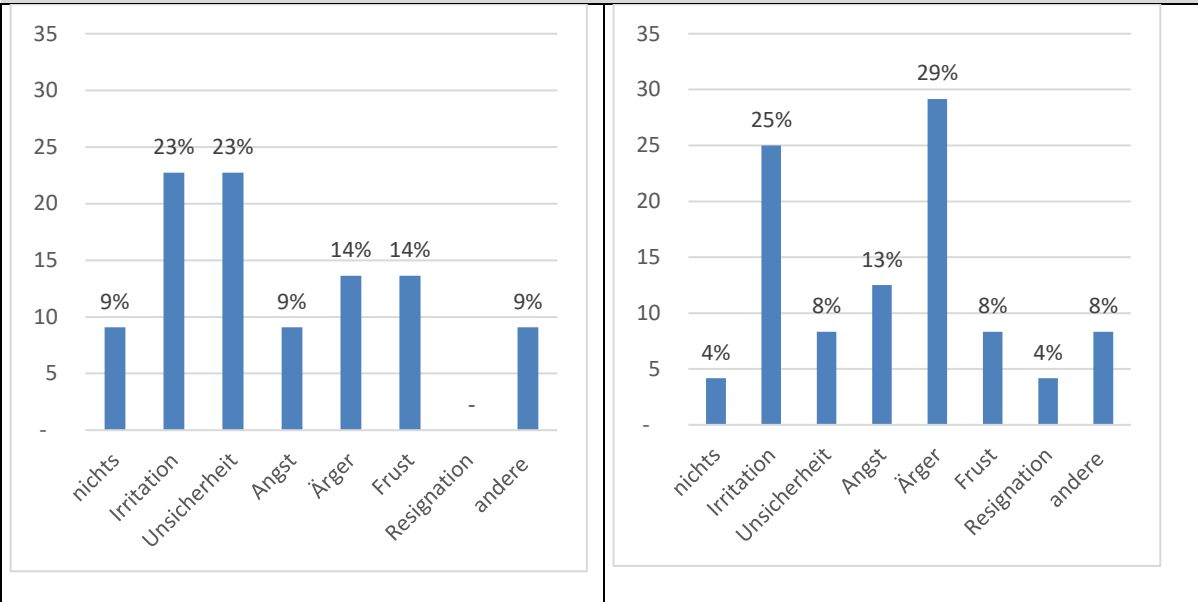
2018 empfanden 30 Prozent den Lärm als störend, 2019 waren es 50 Prozent.

7. Wie sicher fühlst Du Dich, wenn Du Dein Namensschild trägst?

2018 waren 46 Prozent durch das Tragen des Namensschildes verunsichert, 2019 waren es 43 Prozent.

8. Wie sicher fühlst Du Dich nach der Spätschicht, wenn Du zum Parkplatz gehst?
 2018 fühlten sich 45 Prozent der Mitarbeitenden in einem «hohen» bis «sehr hohen Mass» verunsichert, 2019 waren es 46 Prozent.

8. Folgende Situationen verursachen Unsicherheit
Prä-Interventions-Messung (n=22) **Post-Interventions-Messung (n=24)**

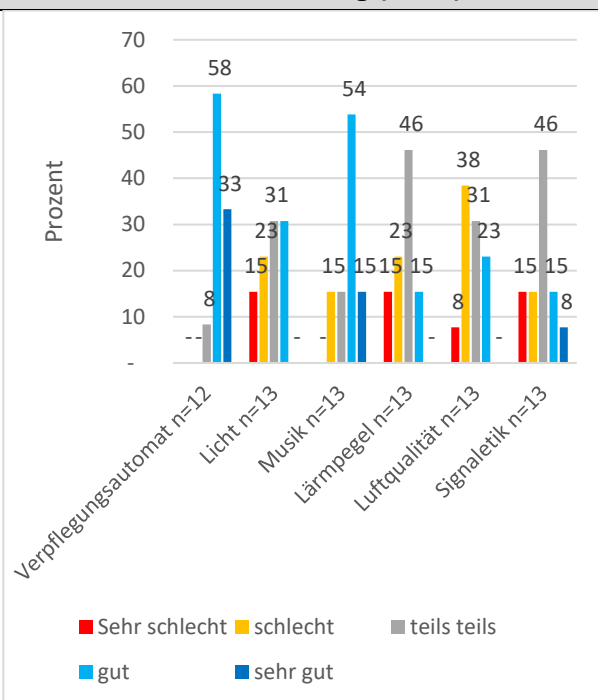


2018: Es wurden vor allem Irritation und Unsicherheit empfunden.
 2019: Es wurden vor allem Irritation und Ärger empfunden.

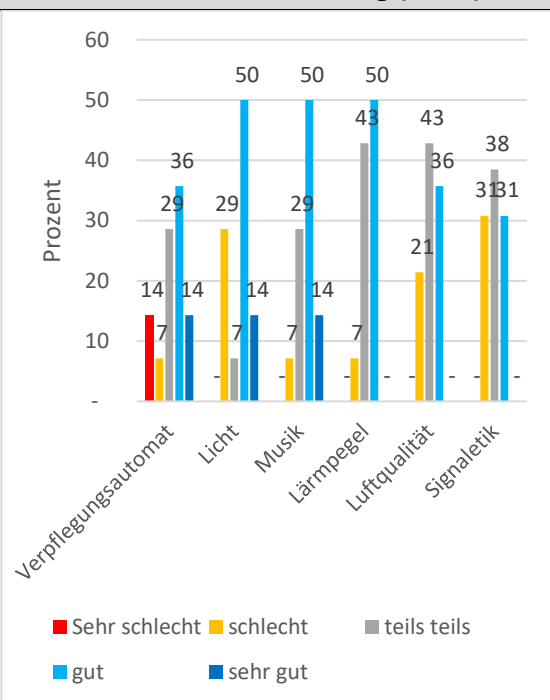
- Andere:
- Ich frage mich, wie reagieren die Kollegen
 - schon ein ungutes Gefühl

9. Fragen zum Warteraum

Prä-Interventions-Messung (n=13)



Post-Interventions-Messung (n=14)



Bewertung von:

- **Verpflegungssortiment im Automaten**

2019 empfanden 21 Prozent der Mitarbeitenden das Sortiment als «schlecht» bis «sehr schlecht».

→ Die Zufriedenheit mit dem Verpflegungssortiment nahm massiv ab.

- **Lichtverhältnisse**

2018: 38 Prozent waren unzufrieden und 31 Prozent waren zufrieden mit den Lichtverhältnissen. 2019: 29 Prozent waren unzufrieden und 64 Prozent waren zufrieden mit den Lichtverhältnissen.

→ Es fand eine Verbesserung der Lichtsituation statt.

- **Musik**

2018: 15 Prozent waren unzufrieden und 69 Prozent waren zufrieden mit der Musik.

2019: 7 Prozent waren unzufrieden und 64 Prozent waren zufrieden mit der Musik.

→ Es fand eine leichte Steigerung zu Gunsten der Zufriedenheit mit der Musik statt.

- **Lärmpegel**

2018: 38 Prozent waren unzufrieden und 15 Prozent waren zufrieden mit dem Lärmpegel.

2019: 7 Prozent waren unzufrieden und 50 Prozent waren zufrieden mit dem Lärmpegel.

→ Die Lärmsituation hat sich massiv verbessert.

- **Luftqualität**

2018: 46 Prozent waren unzufrieden und 23 Prozent waren zufrieden mit der Luftqualität.

2019: 21 Prozent waren unzufrieden und 36 Prozent waren zufrieden mit der Luftqualität.

→ Nach dem Umbau wurde die Luftqualität besser eingestuft.

- **Signaletik**

2018: 30 Prozent empfanden die Signaletik «schlecht» bis «sehr schlecht» und 23 Prozent stufen sie als «gut» bis «sehr gut» ein.

2019: 31 Prozent empfanden die Signaletik «schlecht» und 31 Prozent stufen sie als «gut» ein.

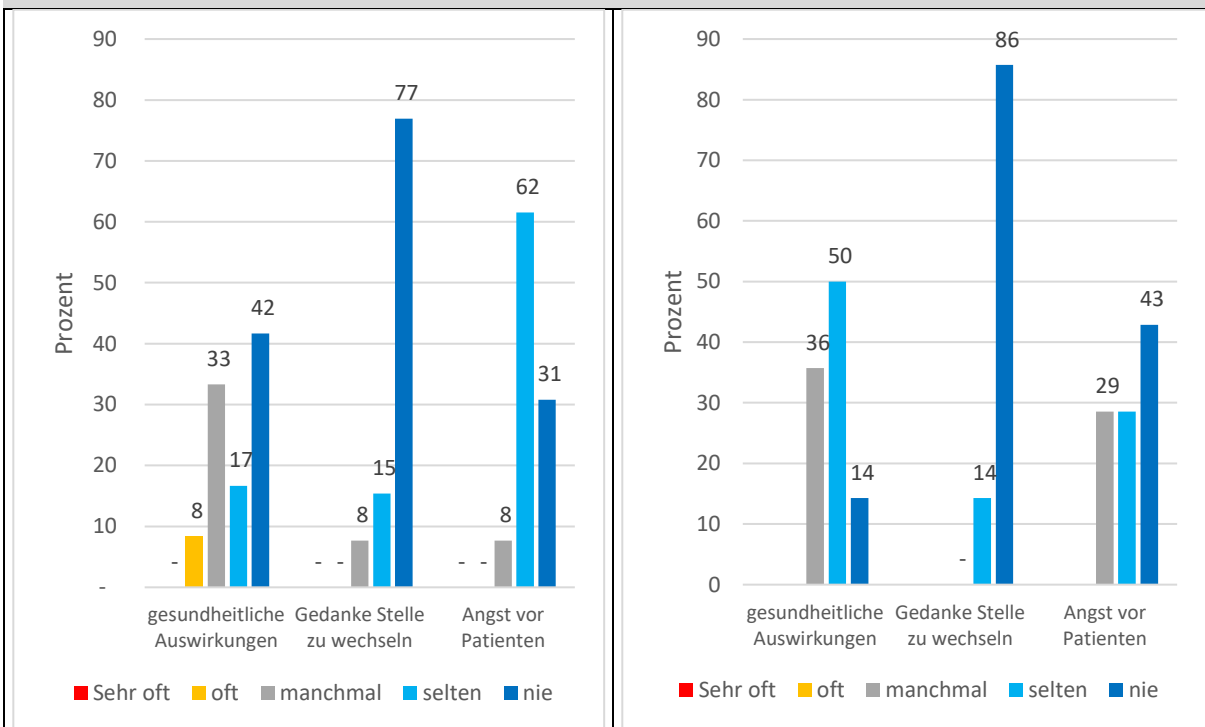
→ Die Signaletik wurde 2019 nicht mehr als «sehr schlecht», aber auch nicht als «sehr gut» beurteilt.

Fazit: 2019 wurde nur noch das Sortiment im Verpflegungsautomaten mit «sehr schlecht» beurteilt.

10. Gesundheit

Prä-Interventions-Messung (n=13)

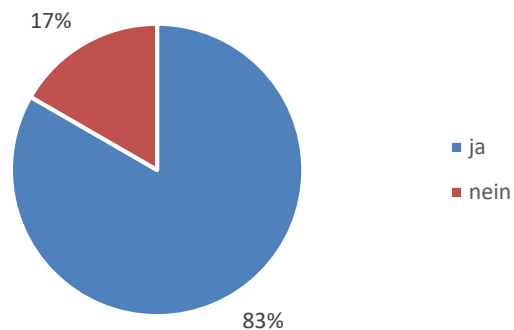
Post-Interventions-Messung (n=14)



- Wie oft fühlst Du körperliche oder psychische Auswirkungen, nachdem Du einen aggressiven Patienten/eine aggressive Patientin betreuen musstest?**
 2018: 42 Prozent hatten nie gesundheitliche Auswirkungen.
 2019: 14 Prozent hatten nie gesundheitliche Auswirkungen.
 → Es kam zu einer Zunahme der gesundheitlichen Auswirkungen.
- Wie oft hast Du wegen eines/einer verbal oder physisch aggressiven Patienten/Patientin bereits einmal daran gedacht, die Stelle zu wechseln?**
 2018: 23 Prozent hatten bereits einmal daran gedacht, die Stelle wegen aggressiver PP zu wechseln.
 2019: 14 Prozent hatten bereits einmal daran gedacht, die Stelle wegen aggressiver PP zu wechseln.
 → 2019 haben mehrere neue Mitarbeitende angefangen, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass sie noch nicht so viele Erfahrungen mit aggressiven PP gemacht hatten.
- Wie oft gab es Situationen, in denen Du Angst vor einem Patienten/einer Patientin hattest?**
 2018: 70 Prozent hatten bereits einmal Angst vor einem Patienten/einer Patientin.
 2019: 58 Prozent hatten bereits einmal Angst vor einem Patienten/einer Patientin.
 → Neue Mitarbeitende hatten noch keine solche Situation erlebt.

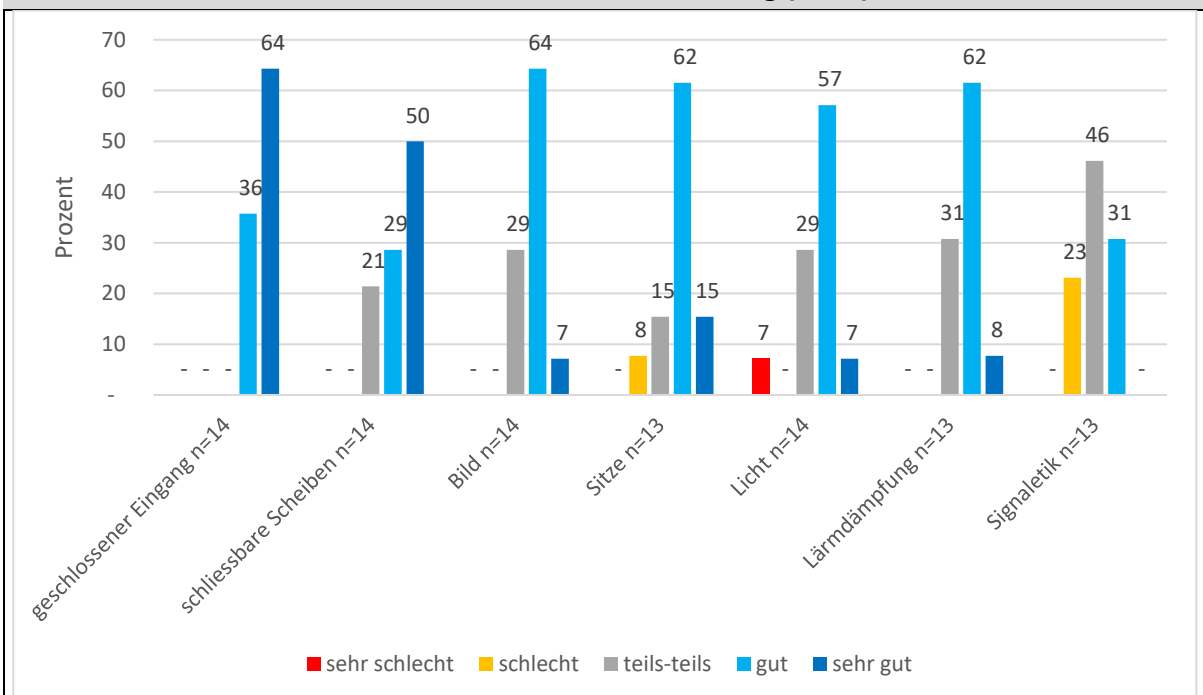
Zusatzfragen im Jahr 2019 nach der Intervention:

11. Sicherheit nach Umbau Post-Interventions-Messung (n=12)



83 Prozent der MP gaben an, dass sich die Sicherheit nach dem Umbau verbessert hat.

12. Überprüfung der umgesetzten Massnahmen Post-Interventions-Messung (n=12)



- Geschlossener Eingang**
 100 Prozent fanden den geschlossenen Eingang «gut» bis «sehr gut».
- Schliess- und verstellbare Scheiben**
 79 Prozent fanden diese Massnahme «gut» bis «sehr gut», niemand fand sie «schlecht».
- Bild und Naturelemente**
 71 Prozent fanden die Massnahme «gut» bis «sehr gut», niemand fand sie «schlecht».
- Sitzmöglichkeiten**
 77 Prozent fanden die neue Sitze «gut» bis «sehr gut», 8 Prozent fanden sie «schlecht».
- Lichtanpassung an Tageslicht**
 64 Prozent fanden die Lichtanpassungen «gut» bis «sehr gut», 7 Prozent fanden das Licht «sehr schlecht».
- Lärmdämpfende Elemente**
 70 Prozent fanden die Massnahme «gut» bis «sehr gut».
- Signaletik/Beschriftung**
 Nur 31 Prozent fanden die Signaletik «gut», 23 Prozent fanden sie «schlecht».

Fazit:

Verbesserungen bei der Signaletik sollten in Betracht gezogen werden.

11. Anmerkungen

Prä-Interventions-Messung (n=13)

- Nicht nur Patienten haben das Recht auf Datenschutz... Das Personal hat genauso dieses Recht. Die Sicherheit des Personales und ihr Datenschutz sind nicht mit dem heutigen UNZ Empfang gewährleistet. Wir hoffen auf markante Verbesserung des neuen Empfangs.
- Wichtig ist für das Personal, dass man vom Patienten keine Angst aber Respekt zeigt. Man muss in einem bestimmten Ton mit dem Patienten sprechen, nicht ängstlich und Unsicherheit zeigen. Von mehreren Securitas wurde mitgeteilt, dass einige weibliche Pflegenden gesagt haben, dass die Securitas in einigen Situationen überregiert, die Frage ist, wie ernst soll man dies nehmen. Wichtig ist hier zu zeigen, dass das Personal und die Securitas bestimmt, wie man sich auf einem Notfall verhält und nicht die schwierigen Patienten.
- Lichtverhältnisse sollten individuell steuerbar sein - auf den eigenen Arbeitsplatz bezogen. Die Dunkelheit stimmt mich oftmals traurig und ich sehe bei der Arbeit sehr schlecht, wenn ich kein helles Licht um mich habe – besonders, wenn es draussen sehr hell ist und die Sonne scheint. Die Dunkelheit im Arbeitsraum erinnern mich eher an einen Bergstollen, als an einen Empfang an einem Universitätsspital!
- Von mir aus gehören psychisch aggressive Patienten nicht auf den Notfall. Wir können uns schützen doch Patienten im Warteraum haben keine Chance.
- Ich denke, dass aggressive Patienten in den letzten Jahren stark zugenommen haben. Die langen Wartezeiten lösen bei Patienten und Besucher/Begleitenden oft Frustration/Ängste aus. Einen Teil der Aggressionen könnte bei einem "Wartezeit-Management" aufgefangen werden.

Post-Interventions-Messung (n=14)

- Es kommt oft vor, dass der Securitas, welcher am Eingang/Wartebereich stehen sollte, zu einer Bewachung auf den Stützpunkt gerufen wird.
- Viele Patienten fragen immer wieder nach dem Weg. Anstatt auf einen Zettel zu schreiben, wo sie hinmüssen, wäre eine Skizze oder Plan vom Grundriss vielleicht übersichtlicher und professioneller.
- Finde es schade, dass Holzbalken dieses Bild wie hinter Gitter erscheinen lässt. Es würde mehr Weite und Grösse entstehen ohne Holzleisten.
- Der Warteraum ist zu eng v.a. wenn es viele Patienten hat.

2 Interventionsstudien
- Bauliche Massnahme
- Schulung 5-Punkte-Fixation

Quantitative Studie
Umgesetzte Standards
in Notfallstationen
Schweiz

Quantitative Studie zu
intoxikierten und
aggressiven Patienten/
innen

Qualitative Studie
7 Experteninterviews



8.3 Resultate der quantitativen Multi-Center-Studie in anderen Notfallstationen der Schweiz

Ergebnisse der Befragung anderer Notfallstationen der Schweiz (n=33)

Befragungszeitraum 6.6.2018 – 3.7.2018

- 33 Pflegeleitungen von Notfallstationen haben den Fragebogen retourniert.
- Befragt wurden Notfallstationen in der Schweiz; geantwortet haben vor allem Notfallstationen der deutschen Schweiz.
- Befragt wurden Pflegeleitungen aus Notfallstationen von öffentlichen und von privaten Spitälern.

(Eine detaillierte Auswertung der Resultate findet sich im Anhang 19.15.1)

Mitgemacht haben folgende Spitäler (Auflistung alphabetisch nach Ortschaften):

- Kantonsspital Aarau
- Spital Affoltern
- Kantonsspital Baden
- Kinderspital Basel
- Kinderspital Bern
- Spitalzentrum Biel
- Kantonsspital Chur
- Kantonsspital Frauenfeld
- Kantonsspital Fribourg
- Spital Lachen
- Spital Männedorf
- Kantonsspital Münsterlingen
- Kantonsspital Nidwalden
- Kantonsspital Obwalden
- Kantonsspital Olten
- Spital Oberengadin in Samedan
- Kantonsspital Schaffhausen
- See-Spital Horgen
- Hirslanden Klinik St. Gallen
- Kantonsspital St. Gallen
- Kantonsspital Kinderspital St. Gallen
- Stadtspital Tiefenau
- Kantonsspital Thurgau
- Stadtspital Waid in Zürich
- Spital Wetzikon
- Kantonsspital Winterthur
- Kantonsspital Zug
- 6 anonyme Rückmeldungen

1. Allgemeines zur Notfallstation

1.1 Anzahl Mitarbeitende Pflege (Vollzeit)	4 bis 85
1.2 Anzahl Patient/innen 2017 (ambulant und stationär)	6'600 bis 51'000
1.3 Anzahl Aggressionsmeldungen aus der Notfallstation 2017 (verbal und physisch)	In 16 von 33 Notfallstationen wurden Meldungen erfasst. In 17 Notfallstationen sind die Zahlen nicht bekannt oder wurden nicht erfasst.
	56 Meldungen pro Jahr ist das Maximum an Meldungen, die in einem Spital erfasst wurden.

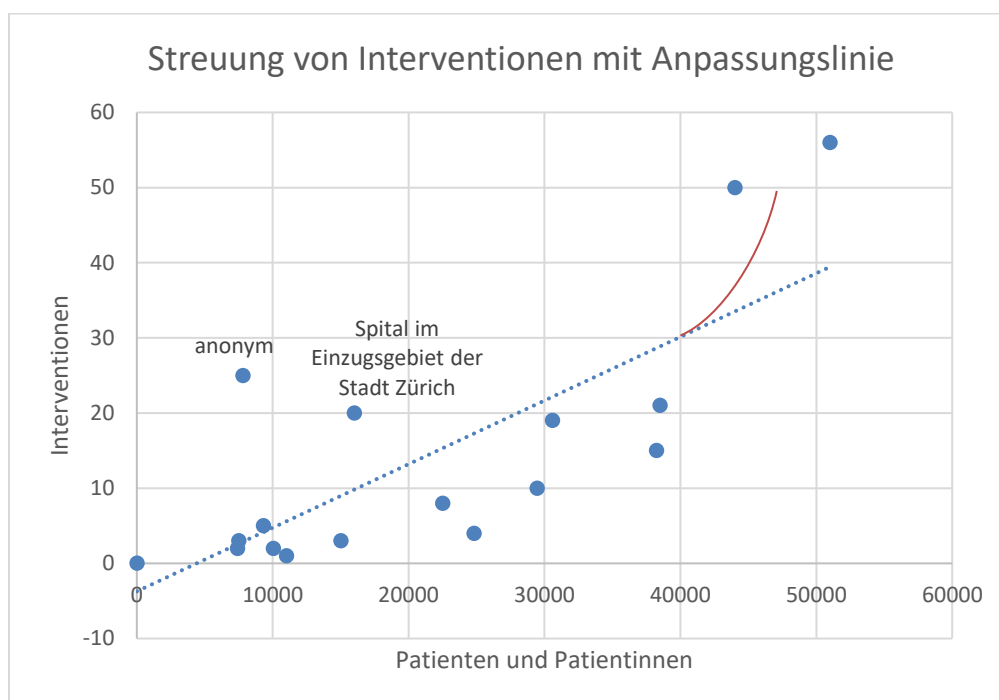


Abbildung 39: Interventionen zu Anzahl PP

Es kann zusammengefasst werden, dass es in grossen Notfallstationen mehr Interventionen gibt als in kleinen. Ab 40'000 PP steigt die Anzahl der Interventionen nicht mehr linear, sondern exponentiell an. Die grossen Universitätsspitäler Lausanne, Genf und Zürich haben an der Befragung nicht teilgenommen. Bei den Spitälern mit einem niederen Patientenaufkommen, gibt es zwei Ausreisser. Als der Grund für die vielen Interventionen könnte vermutet werden, dass es sich um einen Stadtteil mit sozial schwächeren Einwohnern handelt.

Das Ergebnis müsste mit Universitätsspitalern und grossen Kantonsspitalern, die über 40'000 PP pro Jahr behandeln, verglichen und bestätigt werden.






2. Wie schätzen Sie den Sicherheitsstandard in Ihrer Notfallstation ein?

 1 sehr niedrig	 2 niedrig	 3 teils-teils	 4 hoch	 5 sehr hoch
Mittelwert bei 3.13				

Frage 3: Mitarbeitende

	ja Prozent	nein Prozent	weiss nicht Prozent
Waren verbale oder physische Aggressionen eine Ursache dafür, dass Pflegepersonen krank wurden? (n=31)	13	84	3
Haben Pflegepersonen wegen aggressiver PP die Stelle gewechselt? (n=31)	6	85	9
Führen Sie mit dem Pflorgeteam regelmässig Fallbesprechungen zu Aggressionsfällen durch? (n=33)	36	64	
Führen Sie mit dem/der betroffenen Mitarbeiter/in ein Debriefing durch? (n=32)	84	16	
Tragen Mitarbeitende Namensschilder mit Vor- und Nachnamen? (n=33)	94	3	3 teilweise

Frage 4: Sicherheit (n=32)

	 sehr nieder 1	 nieder 2	 teils-teils 3	 hoch 4	 sehr hoch 5
Wie zufrieden sind Sie mit den getroffenen Sicherheitsmassnahmen?	Mittelwert 3.39				
Wie sicher fühlen Sie sich?	Mittelwert 3.79				
Wie schätzen Sie das Sicherheitsempfinden Ihrer Mitarbeitenden ein?	Mittelwert 3.24				

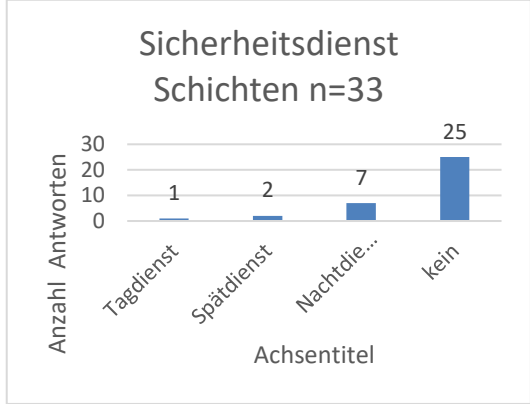
Frage 5: Sicherheitskonzept (n=33)

	ja Prozent	nein Prozent	Prozent
Besitzen Sie ein schriftliches Sicherheitskonzept für die Notfallstation?	26	74	
Wenn ja, kann es von Ihnen bezogen werden?	5	3	Rücklaufquote 24%

Frage 6: Welche Sicherheitsmassnahmen gibt es in Ihrer Notfallstation?

	ja Prozent	nein Prozent	teilweise Prozent
Schriftliche Standards n=29	28	69	3
Dokumentation von Aggressionsmeldungen n=31	71	29	
Debriefing nach Aggressionsmeldungen n=30	77	23	
Schulung in deeskalierenden Massnahmen n=33	79	21	
Schulung in Fixation n=33	33	67	
Bauliche Massnahmen zur Gewaltprävention n=33	45	55	
Alarmknöpfe n=33	85	15	
Überwachungskameras im Warteraum n=33	76	24	
Überwachungskameras in der Notfallstation n=32	47	50	3
Metalldetektoren n=33	0	100	
Sicherheitsdienst in der Notfallstation n=32	34	66	
Kompetenzen des Sicherheitsdienstes sind bekannt n=22	34	66	Rücklaufquote 33.3%
Der Parkplatz für die Mitarbeitenden ist beleuchtet n=27	78	19	4
Der Weg zum Parkplatz ist beleuchtet n=29	79	17	3
Sicherheitsdienst ist in der Nacht auf Parkplatz präsent n=29	24	76	



Frage 7: Sicherheitsdienst

Frage zum Sicherheitsdienst:	ja Prozent	nein Prozent	teilweise Prozent										
Der Sicherheitsdienst ist 24h in der Notfallstation n=33	12	85	3										
Teilpräsenz des Sicherheitsdienstes n=29	34	66											
Besetzte Schichten durch Sicherheitsdienst n=33	<div style="text-align: center;">  <p>Sicherheitsdienst Schichten n=33</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Schicht</th> <th>Anzahl Antworten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tagdienst</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Spätdienst</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nachtdie...</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>kein</td> <td>25</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>25 (75,8%) von 33 befragten Stationsleitungen gaben an, dass in keiner Schicht ein Sicherheitsdienst fix anwesend ist. Hier besteht eine Diskrepanz zur Frage 7.2.</p>			Schicht	Anzahl Antworten	Tagdienst	1	Spätdienst	2	Nachtdie...	7	kein	25
Schicht	Anzahl Antworten												
Tagdienst	1												
Spätdienst	2												
Nachtdie...	7												
kein	25												

85 Prozent der Notfallstationen haben keinen 24-Stunden-Sicherheitsdienst in der Notfallstation.

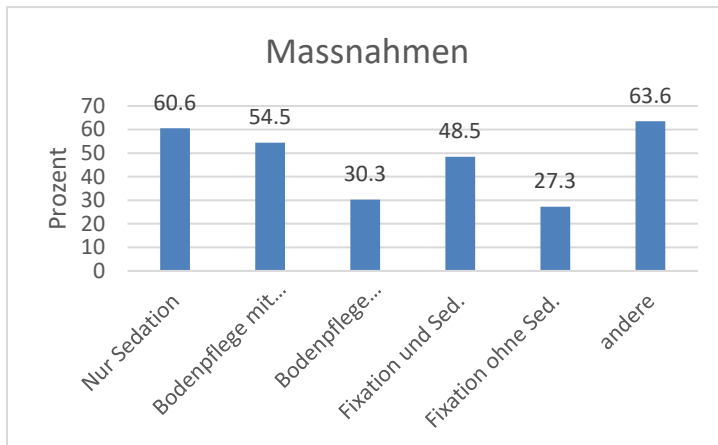
Bei 66 Prozent der Spitäler ist der Sicherheitsdienst in keiner Schicht fix in der Notfallstation stationiert.

7.4 Wichtigkeit des Sicherheitsdienstes auf einer Skala von eins bis fünf

 1 absolut unwichtig	 2 unwichtig	 3 teils-teils	 4 wichtig	 5 sehr wichtig
<p>Mittelwert 3.77 Der Einsatz eines Sicherheitsdienstes wird als wichtig empfunden.</p>				

Frage 8: Massnahmen, welche bei aggressiven PP angewendet werden

Die Stationsleitungen (n=33) wurden befragt, welche Massnahmen sie bei aggressiven PP anwenden. Es war möglich, mehrere Antworten anzukreuzen:



- Nur Sedation
- «Bodenpflege»¹ und Sedation
- «Bodenpflege» ohne Sedation
- Fixation und Sedation
- Fixation ohne Sedation
- andere

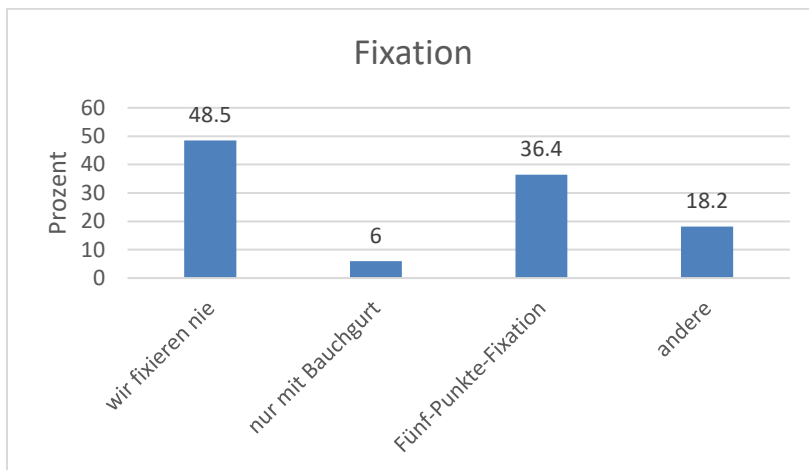
Abbildung 40: Massnahmen bei aggressiven PP (Quelle: Eigene Darstellung¹⁴)

Unter der Antwortmöglichkeit «andere» haben die Stationsleitungen folgendes vermerkt:

- Polizei wird involviert, um die Fixation vorzunehmen
- Verbale Deeskalation als erste und allerwichtigste Massnahme. Falls ohne Erfolg, dann ev. oben genannte Massnahmen (Fixation), ev. Beizug Sicherheitsdienst oder Polizei
- Fixation nur mit Sicherheitsdienst und Polizei
- Wird nur durch die Polizei durchgeführt
- Auf der Notfallstation wird nur eine Sedation durchgeführt. Meist wird in diesen Situationen die Polizei gerufen und erst dann eine Sedation durchgeführt.
- «Zevidecke» (=Fixationsdecke)
- Patienten werden rasch auf die IB verlegt
- Isolierungszimmer
- Überwachung durch Sicherheitsdienst
- Wir fixieren nie; Handschellen mit Polizei

¹⁴ Wenn nicht anders erwähnt, handelt es sich bei allen nachfolgenden Abbildungen, Tabellen und Darstellungen der erhobenen Resultate um eigene Darstellungen.

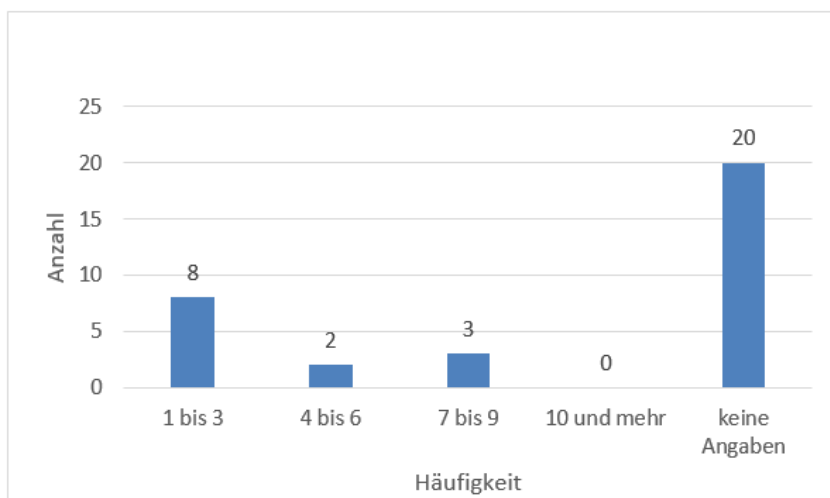
Frage 8: Wie wird ein Patient/eine Patientin bei Ihnen fixiert? (n=33)



Es dürfen mehrere Antworten angekreuzt werden. Dabei geben 48.5 Prozent der Stationsleitungen an, dass sie nie fixieren; 36.4 Prozent (zwölf Stationsleitungen) geben an, dass sie Fünf-Punkte fixieren.

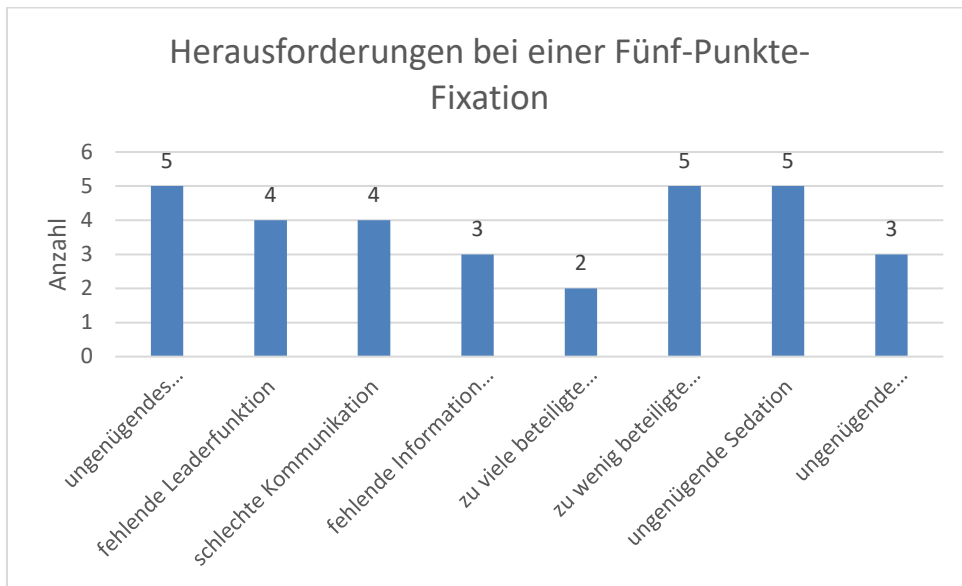
Frage 9: Fünf-Punkte-Fixation

9.1 Wie beurteilen Sie die Häufigkeit von Fünf-Punkte-Fixationen pro Monat?



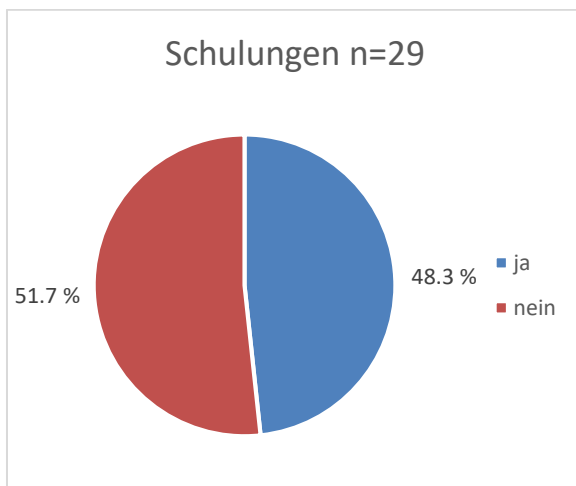
13 Stationsleitungen geben an, dass sie mit unterschiedlicher Häufigkeit fixieren. Acht Stationsleitungen denken, dass sie ein- bis dreimal pro Monat fixieren.

9.2. Welche Probleme erleben Sie im Alltag bei der Umsetzung einer Fünf-Punkte-Fixation? (mehrere Antworten sind möglich)



10 Schulungen/Weiterbildungen in Aggressionsmanagement

10.1 Führen Sie jährliche Schulungen in Aggressionsmanagement durch?



10.2 Zusammenfassung der relevantesten Erkenntnisse

Prävention

- Schulungen in Aggressionsmanagement werden als Pflichtweiterbildungen für alle neuen Mitarbeitenden angeboten. Die Stationsleitungen empfehlen zudem, Teilbereiche regelmässig zu repetieren.
- Die Mitarbeitenden kennen Aggressionsauslöser. Eine befragte Stationsleitung gab an, dass Menschen aus der Not heraus aggressiv werden. Sie empfiehlt den Mitarbeitenden herauszufinden, welche Not den Aggressor/die Aggressorin antreibt.

- Die Mitarbeitenden kennen die Deeskalationsmassnahmen, zum Beispiel verbale Deeskalation nach «ProDeMa» (Professionelles Deeskalationsmanagement).
- Das Unternehmen hat Standards zum Schutz der Mitarbeitenden implementiert (zum Beispiel wo, wann, welche Hilfe angefordert werden kann).
- Die Mitarbeitenden kennen die drei Alarmstufen: Hilfe holen, frühzeitig Sicherheitsdienst aufbieten, Polizei aufbieten.
- Alarmierungssysteme sind eingerichtet und werden genutzt. Aufgezählt wurden der Alarmknopf, das Aktivieren der Notfall-Kamera vor dem Notfall-Eingang und ein Telefon mit rotem Knopf bzw. Direktleitung zur Polizei.

Verhalten/Massnahmen

- Bei den Verhaltensmassnahmen wurden Selbstschutz und ein frühes Ansprechen im Falle einer absehbaren Eskalation empfohlen. Die Mitarbeitenden sollen kein Risiko eingehen und den Patienten/die Patientin aus dem Spital austreten lassen, wenn er/sie dies erzwingen möchte.
- Als wichtig empfinden die Stationsleitungen, dass gut informiert wird. Speziell wartende Personen benötigen Hinweise auf Verpflegungsmöglichkeiten. Eventuell kann eine Parkkarte oder ein Kaffeegutschein abgegeben werden, um die Situation zu beruhigen.
- Die Stationsleitungen beschrieben diverse deeskalierende Verhaltensweisen, vor allem die Ruhe bewahren, sich nicht provozieren lassen und sich nicht auf Diskussionen einlassen. Die Mitarbeitenden benötigen Verständnis für die Situation des Patienten/der Patientin und für die Ursachen der Aggression. Obwohl es schwerfällt, wäre eine wertschätzende Haltung wichtig. Die Pflegeperson sollte ihre Grenzen kennen und auch einmal Nein sagen können. Distanz sollte unbedingt eingehalten werden.
- Die Mitarbeitenden sollten sich bewusstwerden, wie sie auf die PP wirken.
- Ein Fluchtweg sollte immer frei sein.

Management

- Jeder Vorfall soll schriftlich dokumentiert und gemeldet werden.

Sonstige Bemerkungen

Unter sonstigen Bemerkungen haben die Stationsleitungen folgende Rückmeldungen gegeben:

- Im Warteraum kommt es zu Aggressionen, weil die PP sich als dringlichster Notfall sehen und deshalb um ihr Recht kämpfen, schnell behandelt zu werden.
- Eine Stationsleitung arbeitete in verschiedenen Spitälern. Sie empfindet einen grossen Unterschied zwischen Stadt- und Landspital. Im Gegensatz zur Stadt sind auf dem Land die meisten Alkohol- oder Drogen-Intoxikierten gut führbar.
- In einer Notfallstation tragen die Pflegepersonen einen Pfefferspray mit sich.
- Ein Telefon mit einem roten Knopf wurde installiert, damit die Pflegepersonen einen Reanimations-Alarm bzw. einen allgemeinen Alarm im ganzen Spital auslösen können.
- Die Anzahl der Aggressionsfälle hat etwas mit der Grösse der Notfallstation, mit dem Patientengut und mit der Örtlichkeit (Stadt/Land) zu tun.
- Einige Stationsleitungen sind der Meinung, dass ein Sicherheitsdienst vor allem Freitag- und Samstagabend in der Notfallstation präsent sein müsste.

2 Interventionsstudien
- Bauliche Massnahme
- Schulung 5-Punkte-Fixation

Quantitative Studie
Umgesetzte Standards
in Notfallstationen
Schweiz

Quantitative Studie zu
intoxikierten und
aggressiven Patienten/
innen

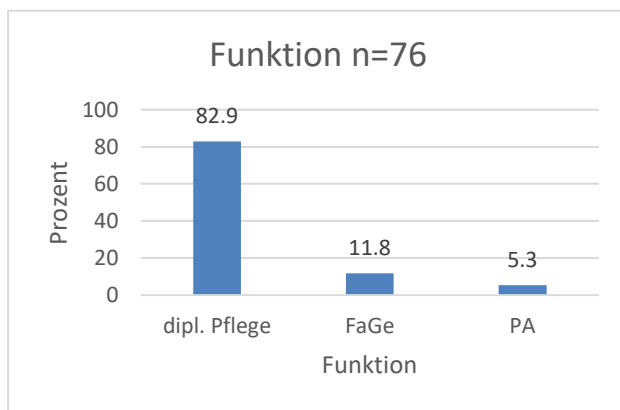
Qualitative Studie
7 Experteninterviews



8.4 Quantitative Studie zu intoxikierten und aggressiven Patienten und Patientinnen

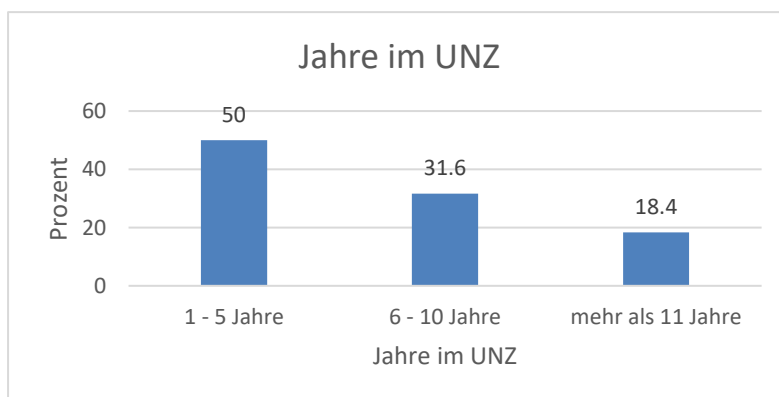
Ergebnisse zur Intoxikationsbefragung

Frage 1a: Funktion

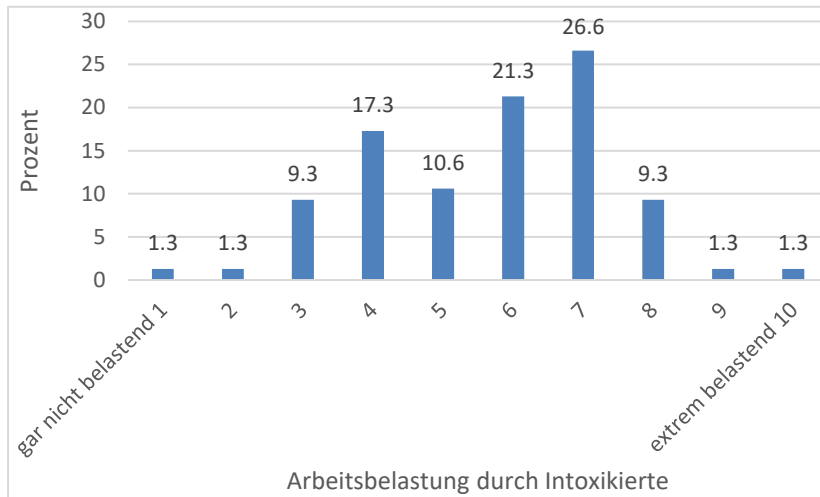


82.9 Prozent der Teilnehmenden waren diplomierte Pflegefachpersonen.

Frage 1b: Jahre im UNZ



Frage 2: Wie stark ist bei Deiner Arbeitstätigkeit die Belastung durch Intoxikierte?



59.8 Prozent geben eine Belastung bei der Arbeitstätigkeit durch Intoxikierte von 6 und mehr an.

Frage 3: Was macht eine Situation mit Intoxikierten besonders belastend?

Belastungen	Kommt nicht vor	Sehr gering/eher gering	Mittel	Ziemlich bis sehr stark	Weiss nicht/keine Antwort
	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
Patient «gärt» und es wird nichts gemacht	0	14.4	39.5	39.5	6.6
Belastung durch mehrere Intoxikierte	0	6.6	28.9	64.5	0
Intoxikiert und aggressiv	0	1.3	19.7	77.6	1.3
Fehlende Sedation	1.3	23.7	34.2	39.5	1.3
Ungenügende Sedation	0	21.1	38.2	40.8	0
Fünf-Punkte-Fixation	0	14.5	44.7	39.5	0
Arzt/Ärztin ist bei der Fünf-Punkte-Fixation nicht präsent	0	7.9	38.2	54.0	0
Lange Aufenthaltszeiten	0	2.6	19.7	77.0	0
Verhalten des Sicherheitsdienstes	4	33.3	36.0	26.7	0

Als «ziemlich» bis «sehr belastend» werden die langen Aufenthaltszeiten, mehrere Intoxikierte gleichzeitig sowie die Kombination intoxikiert und aggressiv empfunden.

Das Verhalten des Sicherheitsdienstes beurteilen 33.3 Prozent als «wenig belastend», 36 Prozent als «mittelmässig belastend» und 26.7 Prozent als «ziemlich» bis «sehr belastend».

Frage 4: Negative Auswirkungen belastender Situationen mit Intoxikierten und Aggressiven:

Auswirkungen	sehr gering/ eher gering	mittel	ziemlich bis sehr stark	nicht beantwortet
	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
Arbeitsklima	19.7	40.8	38.2	1.3
Emotion	11.8	42.1	46.1	0
Sicherheitsgefühl	28.9	35.5	34.2	1.3
Schlafqualität	69.2	25.0	5.2	0
Ängstlichkeit	63.2	31.6	5.2	0

Die Mitarbeitenden haben mehrheitlich keine Schlafprobleme und fühlen sich nach einer belastenden Situation mit aggressiven PP nicht ängstlich.

Frage 5: Strategien, die angewendet werden, um die Zunahme an intoxikierten und aggressiven Patienten und Patientinnen zu verkraften:

Strategien	gar nicht	selten/ fast nie	manch- mal	oft	weiss nicht
	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
Wähle vor allem den Stützpunkt B	17.1	35.5	32.9	13.2	1.3
Wähle andere PP	22.4	36.8	34.2	3.9	2.6
Ich bespreche den Fall im Team	5.3	44.7	42.1	7.9	0
Ich bespreche den Fall privat	6.6	40.8	36.8	14.5	1.3

Frage 6: Das hilft mir, belastende Situationen gut zu bewältigen:


Unterstützende Faktoren	gar nicht	wenig/ einiger- massen	ziemlich	völlig	weiss nicht
	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
Mein Team	0	13.2	67.1	19.7	0
Anzahl Anwesende pro Schicht	0	27.6	43.4	26.3	2.6
Gespräch mit Vorgesetzten	11.8	52.7	23.7	2.6	7.9
Wert der Null-Toleranz	17.1	57.9	15.8	5.3	3.9
Standards in Fünf-Punkte-Fixation	1.3	35.6	38.2	25	0
Schulungen und Weiterbildungen	0	23.7	42.1	34.2	0

2 Interventionsstudien
- Bauliche Massnahme
- Schulung 5-Punkte-
Fixation

Quantitative Studie
Umgesetzte Standards
in Notfallstationen
Schweiz

Quantitative Studie zu
intoxikierten und
aggressiven Patienten/
innen

Qualitative Studie
7 Experteninterviews



8.5 Qualitative Studie: Sieben Experteninterviews

Die Interviews wurden mit MAXQDA nach Kategorien und Subkategorien ausgewertet. Die relevantesten Expertenaussagen wurden den jeweiligen Kategorien und Subkategorien zugeordnet und mit der Nummer des Experten/der Expertin gekennzeichnet. Jede Hauptkategorie wurde mit einer Farbe gekennzeichnet.

Befragte Experten und Expertinnen aus Partnerorganisationen:

1. Direktor Bewachungsstation Bern
2. Stationsleitung Klinik für Allgemein- und Innere Medizin Inselspital
3. Leitung Rettungsdienst: Schutz und Rettung Bern
4. Leitung Patientenmanagement
5. Stationsleitung Intensivbehandlung Inselspital
6. Gruppenleitung Sicherheitsdienst Inselspital
7. Chefarzt Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

Für die Auswertung der Interviews wurden neun Hauptkategorien gebildet:

1. Einschätzung der Belastung der Mitarbeitenden (Hauptkategorie)

2. Auswirkungen des aggressiven Patientenverhaltens auf die Mitarbeitenden

3. Unterschiedlicher Umgang der Mitarbeitenden mit PP mit aggressivem Verhalten

4. Problembewusstsein von Führungspersonen in Bezug auf aggressives Patientenverhalten

5. Massnahmen zur Unterstützung der Mitarbeitenden gegenüber aggressivem Patientenverhalten

6. Wichtigste Massnahme, die die Mitarbeitenden im Umgang mit aggressivem Patientenverhalten beachten sollten

7. Von PO empfohlene Massnahmen zur Erhöhung der Mitarbeitersicherheit im UNZ

8. Erwartungen der PO hinsichtlich der Zusammenarbeit mit dem UNZ

9. Anmerkungen

Zusammenfassung der relevantesten Aussagen pro Haupt- und Subkategorie:

1. Einschätzung der Belastung der Mitarbeitenden (Hauptkategorie)

Experten	1.1 Wahrgenommene Belastung	1.2 Einschätzung dieser Belastung auf einer Skala von 1 bis 10
Experte 1 Bewa	Sehr hohe Belastung Es braucht genügend Personal.	Sehr hohe Belastung Normalerweise zwischen 7 und 8; zu Spitzenzeiten bei 10
Experte 2 Kaim	Bei Nichterfüllung der Erwartungen der PP kann es zu Gewalt kommen.	Niedrige Belastung 2–3
Experte 3 RD	Zunahme der Gewalt in der Nacht und am Wochenende durch Alkohol und Drogen.	Je nach Fall sehr hohe Belastung 1–10
Experte 4 LPM	Der Umbau hat die Sicherheit verbessert (geschlossener Tresen).	Mittelmässige Belastung 5
Experte 5 IB	Sehr hohe Belastung	Hohe Belastung 7
Experte 6 SD	Eigenschutz und Sicherheit sind nicht gewährleistet. Es kommt immer wieder zu physischen Verletzungen. Es ist schwierig, Provokationen auszuhalten und sich abgrenzen zu können.	Der Interviewte empfindet eine sehr niedrige Belastung. 1–2 für den Befragten und 3–4 bei den Kollegen
Experte 7 UPD	Berufserfahrung gibt Sicherheit und Gelassenheit. Nur erfahrene Psychiater/innen machen im UNZ Dienst. Alle aggressiven und intoxikierten PP aus dem Kanton Bern werden ins UNZ gebracht. Die Dienste sind deshalb sehr streng.	Hohe Belastung 6–7

Vier von sieben Expert/innen empfinden die Belastung als hoch. Für den LPM ist die Belastung mittelmässig (bei 5). Dies kommt daher, dass sein Personal hinter dem Tresen und mit einer schliessbaren Scheibe physisch in Sicherheit ist. Die MP fühlen sich vor allem durch verbale Aggressionen belastet. Im RD und in der Bewa kommt es in Spitzenzeiten zu einer Maximalbelastung, welche sie mit zehn Punkten angeben. Obwohl der Sicherheitsdienst im UNZ tätig ist und es immer wieder zu physischen Verletzungen durch aggressive PP kommt, gibt der Gruppenleiter des Sicherheitsdienstes an, dass seine Mitarbeitenden durch Aggressionen fast nicht belastet werden. Diese Antwort fällt im Vergleich zu den anderen fünf Expert/innen aus dem Rahmen. Die Stationsleitung der allgemeinmedizinischen Bettenstation Kaim empfindet

die Belastung ebenfalls als niedrig. Dies kommt daher, dass im dortigen Umfeld Aggressionen vor allem von einem Delirium oder einer Demenz herrühren.

2. Auswirkungen des aggressiven Patientenverhaltens auf die Mitarbeitenden

Der Gruppenleiter des Sicherheitsdienstes ist der einzige Experte, der angibt, dass es zu keinen gesundheitlichen Belastungen kommt. Im RD und auf der Intensivbehandlungsstation kommen physische Verletzungen vor. Allgemein geht hervor, dass Aggression ein Thema ist, welches die Mitarbeitenden beschäftigt.

2.2 Auswirkungen auf die Fluktuation

Ob Aggressionen einen Einfluss auf die Fluktuation haben, ist mehrheitlich nicht bekannt. Die Stationsleitung der IB sagt, dass sie erst beim Austrittsgespräch über den Kündigungsgrund informiert wird. Der LPM macht bereits beim Eintrittsgespräch auf das Patientengut aufmerksam.

2.3 Auswirkungen auf die Motivation

Sowohl der Leiter des RD als auch die Stationsleitung der IB denken, dass die Motivation und die Qualität der Versorgung sinken. Beim Patientenmanagement verursachen aggressive PPA bei 25 Prozent der Mitarbeitenden Verunsicherungen und Irritationen.

3. Unterschiedlicher Umgang der Mitarbeitenden mit PP mit aggressivem Verhalten

3.1 Ältere versus jüngere Mitarbeitende

Mehrheitlich sind sich die Befragten darin einig, dass vor allem die Persönlichkeit eine entscheidende Rolle spielt (Kaim, LPM, IB, UPD). Der Gruppenleiter des Sicherheitsdienstes meint, dass ältere Mitarbeitende mit einer langjährigen Berufserfahrung besser damit umgehen könnten. Im Gegensatz dazu seien jüngere Mitarbeitende motivierter (RD) oder sie nähmen es leichter (Kaim und LPM).

3.2 Neue versus langjährige Mitarbeitende

Langjährige Mitarbeiter können gut damit umgehen und besitzen die nötige Gelassenheit (Bewa, RD, SD). Der Gruppenleiter des Sicherheitsdienstes und der Chefarzt Psychiatrie der UPD geben an, dass die Belastung für neue Mitarbeitende höher ist. Gemäss der Stationsleitung der IB ist dies von der Persönlichkeit abhängig.

3.3 Frauen versus Männer

Die Stationsleitung der Kaim und der LPM meinen, dass Männer weniger Aggressionen erleben und diese auch lockerer hinnehmen würden. Der Chefarzt der UPD ist der Meinung, dass Frauen leichter zu beeindrucken und Männer dagegen schwerer zu attackieren seien. Die Stationsleitung der Kaim und der Leiter RD sind überzeugt, dass dies von der Persönlichkeit abhängig ist. Der Gruppenleiter SD erklärte, dass beim Sicherheitsdienst im UNZ keine Frauen eingesetzt werden, da die Arbeit zu hart ist.

3.4 Schwangere Mitarbeitende

Allgemein wird darauf geachtet, dass schwangere Mitarbeitende keine aggressiven Personen übernehmen müssen. Je nach Möglichkeit kommen sie in den Innendienst oder bekommen andere PP zugeteilt.

4. Problembewusstsein von Führungspersonen gegenüber aggressivem Patientenverhalten

4.1 Problembewusstsein ist vorhanden

Ausser dem Gruppenleiter des Sicherheitsdienstes geben alle an, dass der Führung die Problematik bekannt ist. Der Gruppenleiter des Sicherheitsdienstes meint, dass die Führung erst langsam die Thematik erkennt.

5. Massnahmen zur Unterstützung der Mitarbeitenden gegenüber aggressivem Patientenverhalten

5.1 Standards

Ausser den Experten LPM und SD geben alle anderen an, dass sie Fallbesprechungen oder ein Debriefing durchführen. Die Experten und Expertinnen der Bewa, Kaim, LPM und IB führen Checklisten und/oder Standards. Beim Patientenmanagement und beim RD führen die Mitarbeitenden inoffiziell Fallbesprechungen durch.

5.2 Schulungen neuer Mitarbeitender

Der Direktor der Bewa erklärt, dass die Ausbildung für die Funktion in der Bewa zwei Jahre und die Einführungszeit ein Jahr dauert. Damit hebt sich die Bewa von allen anderen Befragten massiv ab. Der Chefarzt der UPD sagt, dass nur erfahrenes Personal mit einem Aggressionsmanagement-Kurs im UNZ eingesetzt wird. Die Stationsleitung der Kaim, der Leiter RD und der LPM haben keine spezielle Schulung für neue Mitarbeitende. Neue Mitarbeitende des Sicherheitsdienstes erhalten eine zweitägige Weiterbildung für den Einsatz im Spital.

5.3 Regelmässige Schulungen aller Mitarbeitenden

Bewa und UPD besitzen ein vielfältiges Weiterbildungsangebot. Dagegen gibt es für Mitarbeitende der Kaim, des RD und des Patientenmanagements keine spezifischen Weiterbildungen im Bereich Aggressionsmanagement. Die Stationsleitung der IB erklärt, dass sie einmalig einen eintägigen Kurs durchgeführt haben. Ob dieser für neue Mitarbeitende wiederholt wird, bleibt offen. Der Gruppenleiter des Sicherheitsdienstes gibt an, dass sie einen eintägigen Kurs «Ordnungsdienst im Spital» abhalten. Der ist jedoch nur für neue Mitarbeitende gedacht. Für das Team des Sicherheitsdienstes gibt es keine Weiterbildungen.

5.4 Aggressionsmeldungen

Mitarbeitende der Bewa, Kaim, PM und IB dokumentieren Aggressionen. Aggressionsmeldungen schreiben die Mitarbeitenden der Kaim, PM, IB und des Sicherheitsdienstes. Der Chefarzt der UPD erklärt, dass Aggressionen unterschiedlich wahrgenommen werden und es verschiedene Definitionen von Aggression gibt. Deshalb ist es nicht möglich, die Fälle einheitlich zu erheben und eine Qualitätssicherung im UNZ durchzuführen.

5.5 Führungsperson hat Kenntnisse über Vorfälle

Gemäss der Rückmeldungen der Experten und Expertinnen sollten die Vorgesetzten mindestens die schwerwiegendsten Aggressionsfälle kennen.

5.6 Spezielle Schutzmassnahmen für schwangere Mitarbeitende

Wo nötig, werden Schutzmassnahmen für schwangere Mitarbeitende umgesetzt. Nur in der Kaim und der UPD kann es vorkommen, dass Schwangere einen direkten Patientenkontakt haben. Im Sicherheitsdienst arbeiten keine Frauen. Schwangere Pflegepersonen der Kaim und IB können jedoch die Versorgung von aggressiven PP ablehnen. Der Chefarzt der UPD erklärt, dass Schwangere gemäss Gesetz keinen Nachtdienst machen müssen. Im Tagdienst sind Aggressionen sehr selten.

5.7 Weitere bei den PO etablierte Massnahmen

Folgende etablierte Massnahmen haben die Experten und Expertinnen genannt:

- Für die Behandlung von aggressiven PP braucht es genügend Personal.
- Als Erstmassnahme empfehlen die Experten und Expertinnen: Hilfe anfordern, Alarmknopf (Securitas, Polizei) auslösen.
- Die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Behandlung von aggressiven PP ist ein entscheidender Faktor und muss gefördert werden.
- Bei der Auswahl von neuen Mitarbeitenden muss das aggressive Patientengut thematisiert werden. Bewerber und Bewerberinnen sollen wissen, was sie erwartet.
- Mitarbeitende sollen nie alleine zu aggressiven PP gehen.
- Nach einem Vorfall findet ein Gespräch mit der vorgesetzten Person statt.
- Es werden keine Selbstverteidigungskurse empfohlen, sondern Rückzug und Selbstschutz.
- Die baulichen Massnahmen im Warteraum des UNZ haben eine beruhigende Wirkung auf PP. Die Wartezeiten wurden eher toleriert und es gab weniger Aggressionen und Reklamationen.

5.8 Gewünschte interne Massnahmen bei den PO

Der Direktor der Bewa hätte gerne eine räumliche Trennung zwischen den verschiedenen Patientengruppen in der Bewa. Es sollte nur Einzelzellen geben. Die Stationsleitung der IB möchte eine einheitliche Umsetzung der medizinischen Standards durch das ärztliche Personal. Der Gruppenleiter des Sicherheitsdienstes hätte gerne, dass spitalspezifisches Fachwissen wie Fixation geschult würde. Er findet zudem, dass die Einführungszeit für neue Mitarbeitende länger als einen Tag dauern sollte. Der Chefarzt der UPD wünscht sich genügend personelle Ressourcen und eine adäquate Vergütung der Vorhalteleistung. Ausserdem bräuchten sie eigene Räumlichkeiten auf dem Insel-Campus.

6. Wichtigste Massnahme, die die Mitarbeitenden im Umgang mit aggressivem Patientenverhalten beachten sollten

6.1 Wichtigste Massnahmen, welche die Mitarbeitenden beachten sollten:

- Sicherheit/Selbstschutz kommt vor der medizinischen Versorgung
- Räumliche und personelle Vorbereitungen werden bei der Anmeldung eines aggressiven Patienten/einer aggressiven Patientin getroffen
(Aggressive PP werden durch den RD bei der Triage-Pflege telefonisch angemeldet. Sobald das Pflegepersonal im UNZ die Informationen erhalten hat, soll es die «Spezialkoje für aggressive PP» freiräumen und den Sicherheitsdienst sowie eventuell die Polizei aufbieten, damit diese bei Eintreffen des RD vor Ort sind.)
- Vorschriften einhalten
- Auf Provokation nicht reagieren
- Auslösende Faktoren für Aggression kennen und erkennen
- Wenn nötig sedieren und fixieren
- Aggressionen ernst nehmen und den Vorgesetzten melden
- Verbale Deeskalation
- Verstärkung anfordern
- Fluchtweg beachten
- Grenzen kennen und ziehen
- Sich mögliche Situationen geistig vorstellen und sich gedanklich darauf vorbereiten

- Die Mitarbeitenden erhalten Informationen über ansteckende Krankheiten sowie die Vorgeschichte der PP und können sich dadurch besser schützen.
- Empfehlung zur Betreuung aggressiver PP in der Koje: Niemand geht alleine zu aggressiven PP in eine Koje. Es sollten möglichst viele Personen in die Koje gehen («Show of Force»). Öffentlichkeit herstellen (Kojen Türen sollten offenbleiben).

7. Von den PO empfohlene Massnahmen zur Erhöhung der Mitarbeitenden-Sicherheit im UNZ

7.1 Empfohlene Massnahmen für die Pflegeleitung im UNZ

- Genügend Personal
- Schulungen
- Debriefing
- Das Pflegepersonal ist nicht für die Sicherheit zuständig.
- Um die Mitarbeitenden besser zu schützen, sollte das Namensschild nur noch mit dem Familiennamen ohne den Vornamen beschriftet werden.
- Das UNZ ist nicht immer der richtige Anlaufort für solche PP; es bräuchte medizinische Fachpersonen und Personen, die es gewohnt sind, mit gewalttätigen Menschen umzugehen.
- Wartezeiten im Warteraum sollten verhindert werden.
- Es bräuchte einen separaten, abgeschirmten Warteraum für psychiatrische PP.

8. Erwartungen der PO hinsichtlich der Zusammenarbeit mit dem UNZ

8.1 Wahrnehmung der Zusammenarbeit

Bewa: Die Zusammenarbeit ist gut. Erschwerend wird jedoch die hohe Rotation bei den Ärzten und Ärztinnen empfunden, weil neue Mitarbeitende die Behandlungsstandards nicht kennen.

Kaim: Die Stationsleitung der Kaim wünscht, dass sie über Aggressionen von Seiten der PP vor der Verlegung vom UNZ informiert wird.

RD: Es sollte keine Wartezeiten für den RD geben. Der Psychiater/die Psychiaterin sollte die PP rechtzeitig über eine FU informieren und nicht erst in Anwesenheit des Verlegungsteams. Er/sie sollte bei der Verlegung anwesend und der Verlegungsbericht sollte fertig erstellt sein.

LPM: Den MP fehlt das medizinische Fachwissen. Deshalb schätzen sie eine Situation anders ein als das Pflegepersonal. Sie wünschen sich eine bessere Absprache mit den und Informationen von Seiten der Triage-Pflegenden.

IB: Wenn möglich sollte keine Verlegung während IB-Rapportzeiten stattfinden; PP sollten eine Infusion und Sedation im UNZ erhalten.

SD: Die Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes benötigen Informationen über ansteckende Krankheiten.

8.2 Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit

Bewa: Der Informationsfluss ist entscheidend. Aufgrund des Datenschutzes dürfen keine gefährlichen Situationen entstehen. Das bedeutet, dass das Sicherheitspersonal und das Personal der Bewa Informationen bezüglich ansteckender Krankheiten benötigen und im Gegenzug muss das Pflegepersonal darüber informiert werden, wie gefährlich ein Patient/eine Patientin ist.

Speziell ausgebildetes Personal sollte für aggressive PP im UNZ eingesetzt werden.

Psychiater/innen benötigen einen weiteren Behandlungsraum infolge der Patientenzunahme.

8.3 Wünsche für die Zusammenarbeit

Bewa: Aus Ressourcen- und Sicherheitsgründen sollte die Behandlung im UNZ speditiv vorstattengehen, damit die Aufenthaltszeit so kurz wie möglich gehalten wird. Das UNZ ist ein offener und öffentlicher Raum. Diesen zu bewachen ist für das Bewa-Personal schwierig. Die kriminelle Energie von Bewa-Patient/innen darf nicht unterschätzt werden.

LPM: Ein Debriefing zwischen Patientenmanagement und Triage-Pflege sollte nach jeder Schicht implementiert werden.

9. Anmerkungen

9.1 Sonstige Anmerkungen

Das UNZ ist für dieses Patientengut personell nicht ausgestattet.

Das Thema sollte in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden.

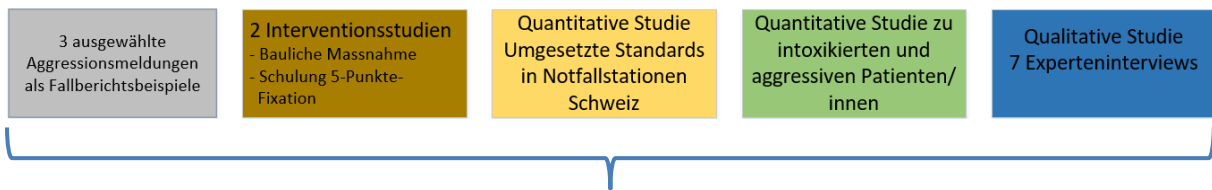
Aggressive PP binden viel Personal, welches folglich bei akuten Notfällen fehlt.

Die PP werden umso anspruchsvoller, je länger sie im UNZ bleiben. Das ist ein grosses Problem, weil das Gesundheitspersonal sich auf die Medizin und nicht auf die Sicherheit fokussiert.

Es müsste zwei Notfallstationen geben: eine für «normale» Notfälle und eine für Spezialfälle wie aggressive, intoxikierte, psychiatrische Personen. Entsprechend müsste speziell ausgebildetes Personal (psychiatrische Pflegepersonen) dort zuständig sein.

Mitarbeitende von verschiedenen Schnittstellen spüren die Wertschätzung von Seiten des UNZ. Deshalb arbeiten sie gerne mit dem Personal des UNZ zusammen.

8.6 Erkenntnis



Erkenntnisse aus den Ergebnissen der fünf Studien

Aus den oben abgebildeten fünf Blickwinkeln wurden das Aggressionsmanagement sowie die Auswirkungen von aggressiven PP auf Pflegepersonen im UNZ erforscht. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studien analysiert und es werden die relevantesten Erkenntnisse zusammengefasst.

Mit der Erforschung des Themas sollten folgende Ziele erreicht werden:

Hauptziel

- Sicherheitskonzept für das UNZ

Teilziele → Erkenntnisse über:

- Sicherheitsempfinden (Pflegepersonal und Patientenmanagement)
- Impact von zwei Interventionen (bauliche Massnahmen und Schulung Fünf-Punkte-Fixation)
- Sicherheitsstandards in Notfallstationen der Schweiz und wie Führungspersonen von Notfallstationen ihren Sicherheitsstandard beurteilen
- Einfluss des Managements auf die Sicherheit
- Sicherheitsstandards bei Partnerorganisationen
- Erkennen eines blinden Flecks in der bestehenden Praxis

Die Interventionsstudien wurden gemäss den vier Stufen des Deming-Kreises (auch **PDCA**¹⁵-Kreislauf genannt) umgesetzt (vgl. Moen; Norman, 2006, S. 9).

- **Plan** (definieren): Die mündlichen Rückmeldungen der Mitarbeitenden an ihre Vorgesetzten über eine Zunahme an Aggressionsfällen konnte mit der Erhebung der Fallzahlen belegt werden. Es wurden zwei Verbesserungsziele festgelegt: Als erstes sollte der

¹⁵ Das Akronym *PDCA* steht für: Plan, Do, Check, Act.

Eingangsbereich sicherer gestaltet werden; dabei sollten auch stressmindernde bauliche Elemente eingesetzt werden. Als zweite Massnahme sollten ein Standard für die Fünf-Punkte-Fixation von aggressiven PP und eine Easy-Learn-Schulung zur Fixation erarbeitet werden. Alle Pflegepersonen erhielten den Auftrag, die Easy-Learn-Schulung zu absolvieren. Vor der Umsetzung der Interventionen wurde eine Ist-Analyse mit einer schriftlichen Befragung des Pflegepersonals, der MP sowie der PP durchgeführt.

- **Do (verbessern):** Die Umsetzung der baulichen Massnahmen wurde in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule der Künste durchgeführt. Die Erarbeitung von Standards und die Schulung in der Fünf-Punkte-Fixation erfolgten durch die Mitarbeitenden des Qualitätszirkels. Die Standards wurden bei einer Teamsitzung vorgestellt und die Mitarbeitenden konnten die Fünf-Punkte-Fixation anlässlich eines Geräte-workshops üben.
- **Check (beobachten, messen):** Nach den Interventionen wurde wiederum eine Befragung beim Pflegepersonal, bei den MP und bei den PP durchgeführt.
- **Act (auswerten):** Die erhobenen Daten wurden ausgewertet und miteinander verglichen. Darauf folgt wieder der nächste PDCA-Kreislauf zur kontinuierlichen Verbesserung der Sicherheit im UNZ.

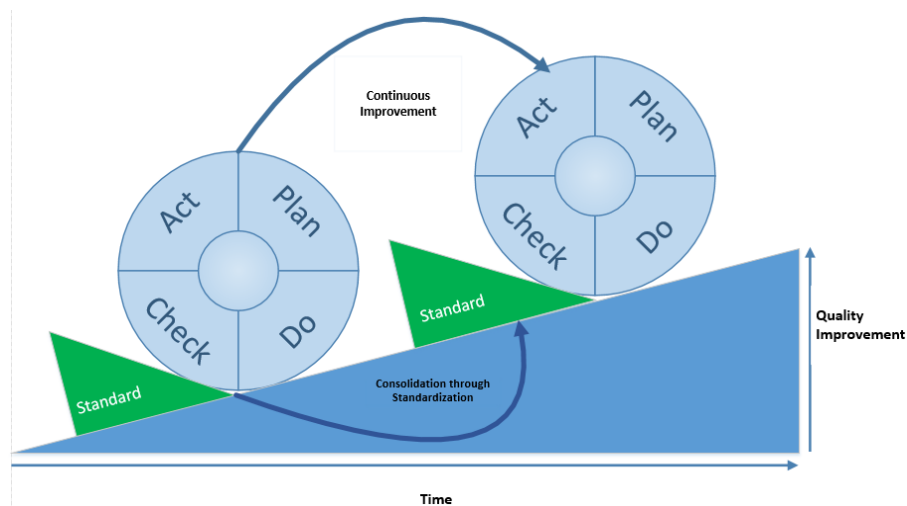


Abbildung 41: Deming-Circle (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Vietze, 2013, https://de.wikipedia.org/wiki/Demingkreis#/media/Datei:PDCA_Process.png [abgefragt am: 16.6.2020])

8.7 Darlegung der Ergebnisse

8.7.1 Drei ausgewählte Aggressionsmeldungen

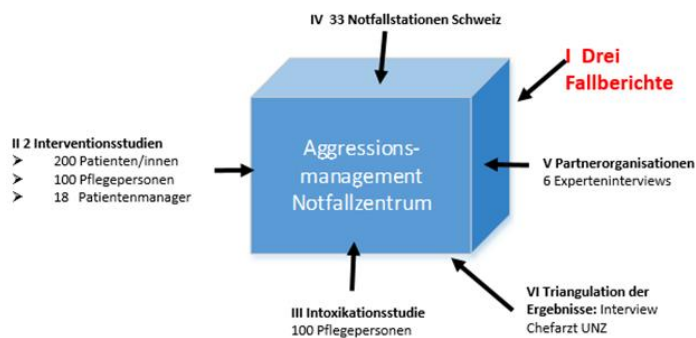


Abbildung 42: Blickwinkel Fallberichte (Quelle: Eigene Darstellung)

In allen drei Fällen war das Gefahrenpotential sehr gross. Bei zwei Fällen war der Patient/die Patientin bereits vor Eintritt ins UNZ wegen aggressiven Verhaltens aufgefallen und hatte Alkohol und Drogen konsumiert. Lang meint: «Bezüglich der Diagnose kann man pauschal sagen, dass Suchterkrankungen Gewaltverhalten begünstigen» (Lang, 2012, S. 15).

Die Polizei war beim Eintritt mit dabei. Gleich nach der Übergabe hatten die Polizist/innen das UNZ verlassen. Da der Patient/die Patientin aufgrund des Konsums von Alkohol und Drogen schläfrig geworden und nach der Übergabe durch den RD eingeschlafen war, wurde das Aggressionspotential von den Mitarbeitenden des UNZ primär falsch eingeschätzt. Beim Erwachen wurde der Patient/die Patientin erneut aggressiv und die Polizei musste wieder aufgebeten werden, weil Sicherheitsdienst, Pflegepersonal und Ärzte den Patienten/die Patientin nicht ruhigstellen konnten.

Beantwortung der Forschungsfragen:

Wie empfinden Pflegepersonen die Sicherheit im UNZ?

Trotz Anwesenheit des Sicherheitsdienstes kann es zu physischen Verletzungen kommen, wenn PP ein akutes fremdaggressives Verhalten an den Tag legen. In einer akuten Gefahrensituation haben Pflegepersonen Angst.

Mit welchen Massnahmen kann die Sicherheit des Personals im UNZ bei der Betreuung von aggressiven PP erhöht werden?

Die Mitarbeitenden sollten anhand der Vorgeschichte (Verhalten der PP vor Eintritt in das UNZ) eine Risikobeurteilung vornehmen und rechtzeitig den Sicherheitsdienst sowie eventuell die Polizei aufbieten. Potentiell gefährliche PP müssten dann in einer Sicherheitskoje aufgenommen und die Koje sollte immer in Begleitung des Sicherheitsdienstes betreten werden.

Zusammen mit dem Arzt ist eine frühzeitige Sedation und eventuell Fixation zu erwägen, um Eskalationen zu vermeiden. Bei spuckenden PP ist eine Schutzausrüstung (Brille, Mundschutz, Überkittel) angezeigt oder es wird den PP eine Spuckmaske angezogen.

8.7.2 Zwei Interventionsstudien

Patientenbefragung

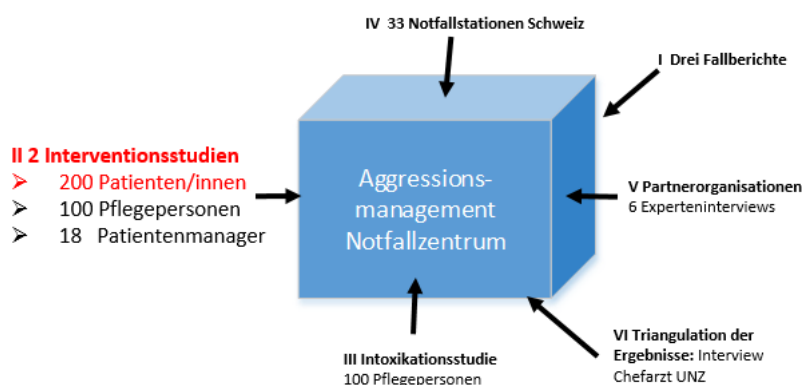


Abbildung 43: Blickwinkel PP (Quelle: Eigene Darstellung)

85 Prozent der Befragten haben einen Hausarzt/eine Hausärztin. Trotzdem zogen sie es vor, in das UNZ zu kommen. Zwei Drittel der Befragten kamen infolge einer Erkrankung in das UNZ.

Die Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal hat sich im Vergleich zum Vorjahr leicht verschlechtert (2018/4.28 und 2019/4.0); grundsätzlich waren die PP aber mit dem Personal zufrieden.

PP, die ins UNZ kamen, waren mit ihrem Gesundheitszustand nicht zufrieden (Median 2.64 im Jahr 2018 und Median 2.79 im Jahr 2019). Ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit

der Gesundheit und der Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal konnte nicht festgestellt werden.

Mit dem Lärmpegel, dem Licht, der Raumtemperatur und der Information waren die Befragten vor und nach dem Umbau zufrieden. Bei der Unterhaltung (Fernsehprogramm) und der Wahl der Musik gingen die Meinungen auseinander. Ob keine Musik zu einer grösseren Zufriedenheit führt, müsste in einer weiteren Studie untersucht werden.

Nach dem Umbau haben sich Änderungen in der Signaletik ergeben, sodass der Verpflegungsautomat von den PPA nicht mehr gesehen wurde. Trotzdem empfanden 88 Prozent der Befragten die Signaletik als «gut» bis «sehr gut».

Obwohl es einige Anmerkungen sowie Verbesserungsvorschläge gab und es zu einer Steigerung des Patientenaufkommens kam, waren neun Prozent der PP nach dem Umbau zufriedener, das heisst, sie empfanden die Wartezeiten weniger negativ. Nach dem Umbau haben 65 Prozent der Befragten den Eingangsbereich als freundlich empfunden; im Vergleich dazu waren es vor dem Umbau 50 Prozent.

Patientenwünsche und Anmerkungen zum Warteraum

- ❖ Die Wartezeit soll so kurz wie möglich sein.
- ❖ Es wurde eine bessere Information über voraussichtliche Wartezeiten gewünscht.
- ❖ Die Musik wurde unterschiedlich bewertet. Deshalb kann dazu keine Aussage gemacht werden.
- ❖ Mehrere PP gaben an, dass sie den Verpflegungsautomaten nicht fanden.
- ❖ In der Nacht ist der Haupteingang geschlossen. Die PP bemängelten den langen Fussweg vom Haupteingang zum Eingang des UNZ.
- ❖ Die Befragten wünschten sich mehr Parkplätze vor dem UNZ.
- ❖ Bei hohem Patientenaufkommen wurde der Lärmpegel im Warteraum als störend empfunden.
- ❖ Es wurden kleine Wartenischen gewünscht, um mehr Privatsphäre zu haben.
- ❖ Die Privatsphäre der Personen im Warteraum wird durch Patientenverlegungen durch den Warteraum gestört.
- ❖ Es wurde eine grössere Auswahl an Zeitungen und an Büchern für Kinder gewünscht.
- ❖ In der Nacht empfanden einige PP die Raumtemperatur im Warteraum als zu kalt.

Beantwortung der Forschungsfragen:

Mit welchen Massnahmen kann die Sicherheit bei der Betreuung von aggressiven PP erhöht werden?

Welchen Impact haben ausgewählte Interventionen auf die Sicherheit (bauliche Massnahmen)?

15 Prozent empfinden die Warteraumatmosphäre nach dem Umbau als freundlicher und 8 Prozent sind zufriedener mit der Wartezeit bei einer Steigerung des Patientenaufkommens von 3.2 Prozent und durchschnittlich gleich langen Wartezeiten.

Die Frage nach der Verpflegung wurde 2019 von 42 Prozent der Befragten nicht beantwortet, weil sie den Verpflegungsautomaten nicht gefunden hatten. Ob sich die Zufriedenheit nochmals steigern liesse, wenn der Verpflegungsautomat besser sichtbar wäre, müsste untersucht werden.

Ob und welche Art von Musik stressmindernd wirkt, müsste vertieft erforscht werden. Die Signaletik bzw. die Information zum Standort der Verpflegungsautomaten sollte verbessert werden.

Befragung des Pflegepersonals

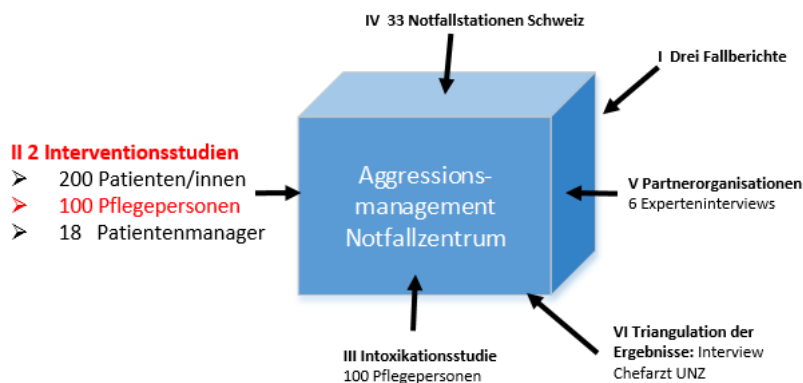


Abbildung 44: Blickwinkel Pflegepersonal (Quelle: Eigene Darstellung)

Es gab drei Fragen zur Sicherheit:

- **Wie sicher fühlst Du Dich in der Notfallstation?** ([Interventionsstudie Frage 2](#))
Diese Frage wurde zu Beginn der Befragung gestellt und bezieht sich auf das Sicherheitsempfinden bei der Betreuung von aggressiven PP.
- **Wie sicher fühlst Du Dich bei der Arbeit im Allgemeinen?** ([Interventionsstudie Frage 7.4](#))
- **Gefühlte Verbesserung der Sicherheitssituation im UNZ nach der Umsetzung der verschiedenen Massnahmen** ([Interventionsstudie Frage 15](#), Zusatzfrage im Jahr 2019).

Interventionsstudie Frage 2: Im Jahr 2019 äusserten 71 Prozent, dass sie sich nur «teilweise» sicher fühlen. Im Vorjahr hatten sich noch 82 Prozent «sicher» bis «sehr sicher» gefühlt.

Hinsichtlich der Anzahl der Interventionen durch den Sicherheitsdienst fällt auf, dass es jährlich zu einer Zunahme an Einsätzen durch den Sicherheitsdienst kommt. So wurde im Jahr 2018 bei 2.5 Prozent, 2019 bei 2.6 Prozent und 2020 bei 3.5 Prozent aller PP der Sicherheitsdienst zur Bewachung aufgeboten. Die Zunahme könnte der Grund für eine Verschlechterung des Sicherheitsempfindens sein.

Weiter kann vermutet werden, dass es mit einer Personalfuktuation zu einer Abnahme des Sicherheitsempfindens kommt. Im Jahr 2018 betrug die Fluktuation 19 Prozent und im Jahr 2019 waren es 14 Prozent. Das bedeutet, dass bei der zweiten Befragung ca. 30 Prozent neue Mitarbeitende befragt wurden.

Eine Veränderung des Ausmasses oder der Schwere des aggressiven Verhaltens durch die PP wäre ein weiterer Faktor, welcher das Resultat beeinflusst haben könnte.

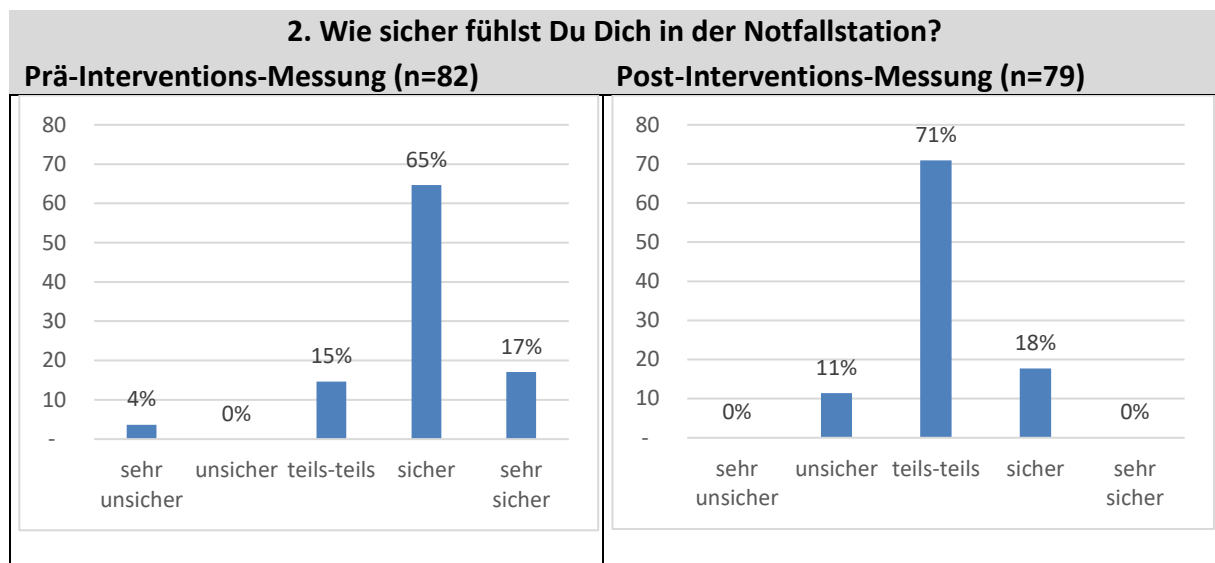


Abbildung 45: Frage 2 der Interventionsstudie

Interventionsstudie Frage 7.4: Im Jahr 2019 gaben 89 Prozent der Befragten an, dass sie sich im Allgemeinen in einem «hohen» bis «sehr hohen Mass» sicher fühlten. Die Zahlen waren im fast identisch wie im 2018.

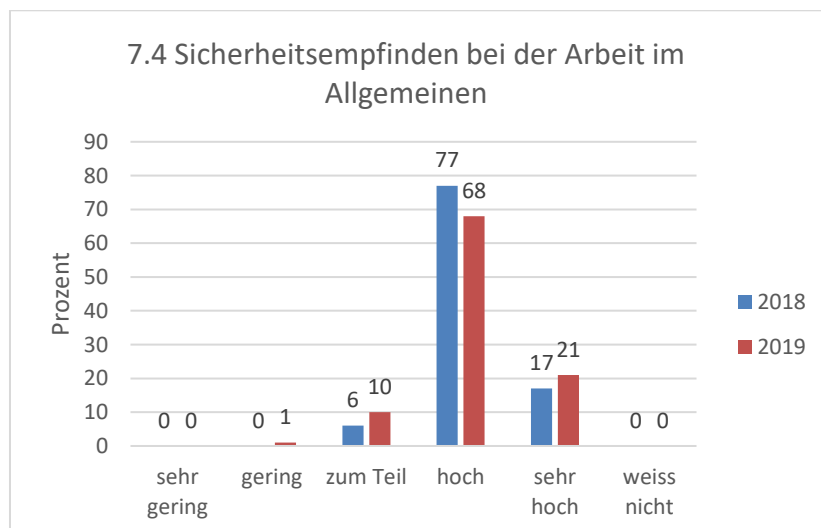


Abbildung 46: Sicherheitsempfinden bei der Arbeit im Allgemeinen

Interventionsstudie Frage 15: Bei der Zusatzfrage Nummer 15 im Jahr 2019 gaben 81 Prozent an, dass sich das Sicherheitsempfinden nach den Interventionen erhöht hat.

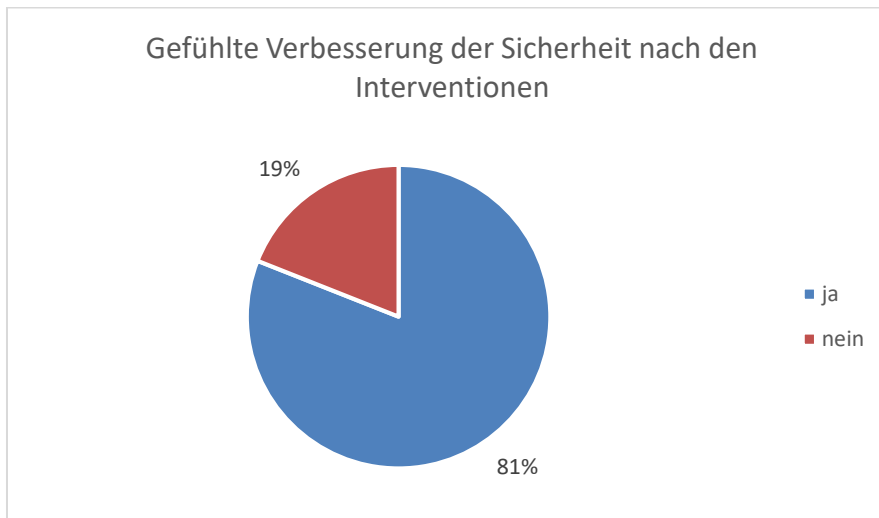


Abbildung 47: Gefühlte Verbesserung der Sicherheit nach den Interventionen

Trotz der zwei Interventionen nahm das Sicherheitsempfinden beim Pflegepersonal ab. Im Jahr 2018 fühlten sich 82 Prozent der Mitarbeitenden «sicher» bis «sehr sicher». Im Jahr 2019 fühlten sich nur noch 18 Prozent «sicher» bis «sehr sicher». Zu erklären ist diese deutliche Verschlechterung des Sicherheitsempfindens auch durch die Zunahme an intoxikierten und aggressiven PP sowie durch fluktuationsbedingte Neuanstellungen (19 Prozent 2018 und 14 Prozent 2019). Es stellt sich die Frage, wie die Auswertung ohne die beiden Interventionen ausgefallen wäre. Trotz dieser markanten Abnahme wurde das Sicherheitsempfinden bei der Arbeit im Allgemeinen als hoch eingeschätzt. Mit der Zusatzfrage Nummer 15 wurde diese Aussage nochmals bestätigt. 82 Prozent der Mitarbeitenden gaben an, dass sich die Sicherheit dank der Interventionen verbessert hat.

Körperliche und verbale Attacken in den letzten drei Monaten

Im Jahr 2019 erlebten in den letzten drei Monaten vor der Befragung 97 Prozent der Pflegepersonen **verbale** Attacken, im Jahr 2018 waren es 91 Prozent. Dies bedeutet eine Zunahme von 6 Prozent.

Im Jahr 2018 haben 59 Prozent **physische** Attacken erlebt, im Jahr 2019 waren es 45 Prozent. Dies bedeutet einen Rückgang von 14 Prozent. Auch die Literatur zeigt, dass es mehr verbale als physische Attacken gibt (vgl. Gilchrist et al., 2011, S. 12; vgl. Kowalenko et al., 2005, S. 142). Für den Rückgang der physischen Attacken können nur Vermutungen angestellt werden, zum

Beispiel könnten ein frühzeitiger Einsatz des Sicherheitspersonals oder Schulungen in Aggressionsmanagement dafür verantwortlich gewesen sein.

Angst vor PP

Im Jahr 2019 kam es zu einer Steigerung der verbalen Attacken sowie zu einer Zunahme an aggressiven und intoxikierten PP. Trotzdem hatten weniger Pflegepersonen als im Vorjahr Angst vor einem Patienten/einer Patientin (66 Prozent im Jahr 2019 versus 71 Prozent im Jahr 2018).

Über 90 Prozent der Mitarbeitenden hatten mehr als einmal Angst. Im Jahr 2019 hatten vier Prozent der Befragten zwischen vier- und sechsmal Angst und fünf Prozent hatten mehr als siebenmal Angst vor einem Patienten/einer Patientin. Es fällt allerdings auf, dass es im Jahr 2019 eine Zunahme von Personen gab, die mehrmals Angst hatten.

Angstmachende Situationen

Psychisch Kranke, Intoxikierte und Äthylisierte verursachen am häufigsten Angst.

Faktoren, die das Sicherheitsempfinden beeinflussen

Die Frage 7 beschäftigt sich mit den Faktoren, die das Sicherheitsempfinden beeinflussen. Genau wie bei der Frage 2 verschlechterte sich das Sicherheitsempfinden im Allgemeinen. Es kam zu einem Rückgang von fünf Prozent. Das Vertrauen in den Sicherheitsdienst sank um 12 Prozent, obwohl die Mitarbeitenden bei der Befragung angaben, dass sich die Zusammenarbeit um 10 Prozent verbessert hatte. Bei den Anmerkungen gaben die Pflegepersonen an, dass es personenabhängig ist, wie gut die Zusammenarbeit funktioniert.

Nach dem Umbau hat sich das Sicherheitsempfinden an der Triage um 15 Prozent verbessert. 50 Prozent der Pflegepersonen gaben an, dass Lärm störend wirkt und das Sicherheitsempfinden beeinflusst. Die Mitarbeitenden fühlten sich nur teilweise von den Vorgesetzten unterstützt. Die Teamgröße wurde wiederum als bedeutender Faktor angegeben: Je grösser das Team, umso mehr Personen stehen bei einer eskalierenden Situation helfend zur Seite.

Durch aggressive PP verursachte Gefühle

Aggressive PP verursachen vor allem Ärger, Angst und Frustration.

Fragen zum Warteraum

Nach der Anpassung des Lichtes im Warteraum an die Lichtverhältnisse im Aussenbereich und an die Tageszeit empfanden 24 Prozent der Mitarbeitenden die Lichtverhältnisse angenehmer. Hintergrundmusik, Geräuschpegel und Luftqualität haben sich für die Mitarbeitenden nach dem Umbau ebenfalls verbessert.

Die Modelle nach Walter et al. (2012, S. 91), Steck-Egli (2005, S. 13) und Levin et al. (2012, S. 251) zeigen, dass Umgebungsfaktoren Aggressionen auslösen können. Deshalb liess sich die Klinikleitung des UNZ von der Berner Fachhochschule der Künste beraten und implementierte verschiedene stressmindernde Massnahmen im Eingangsbereich des Notfallzentrums, zum Beispiel ein grosses Naturbild, Holzelemente, Regelung der Belichtung mit einem Sensor nach Tageszeit, einen geschlossenen Schalter, verstellbare Fenster am Schalter, lärmdämpfende Elemente an der Decke und bequeme Sitzmöglichkeiten.

Die Befragung der **PP** ergab, dass sie den Warteraum nach dem Umbau freundlicher empfanden und die Wartezeiten eher tolerierten. Es zeigte sich, dass die Empfehlungen von Ulrich et al. (1991, S. 201ff) für den neugestalteten Warteraum des UNZ mit dem grossen Naturbild und den verschiedenen Massnahmen einen positiven Effekt auf PP, Pflegepersonen und MP haben. Gates et al. (2006, S. 336) sind der Meinung, dass Aggressionen bei «High-Risk-PP» zwar nicht verhindert werden können, dass eine positive Warteraumatmosphäre das Aggressionspotential jedoch senkt. Beide Aussagen konnten im Rahmen der vorliegenden Studie bestätigt werden.

Am offensichtlichsten hat sich das Sicherheitsempfinden nach dem Umbau bei den **MP** verbessert, sodass sich 85 Prozent im Jahr 2018 und 100 Prozent im Jahr 2019 sicher fühlten. Der abschliessbare Raum und die verstellbaren Scheiben trugen wesentlich zur Steigerung des Sicherheitsempfindens bei.

Die Befragung des **Triage-Personals** hat gezeigt, dass sich das Sicherheitsempfinden beim Empfang/Triage um 15 Prozent verbessert hat. Für den Triage-Dienst werden nur die Mitarbeitenden eingeteilt, die ein Nachdiplomstudium in Notfallpflege absolviert haben und bereits seit mehreren Jahren im UNZ arbeiten. Die Verbesserung des Sicherheitsempfindens zeigt deutlich, dass die baulichen Interventionen das gesteckte Ziel erfüllt haben.

Das **Pflegepersonal** äusserte bei den offenen Fragen den Wunsch: «Abgesonderter Warteraum für agitierte, wartende PP, die in Begleitung der Polizei oder Rettungsdienst kommen» (vgl. Befragung Pflegepersonal, 2019. 24E).

Vor allem die Aussagen des LPM zeigen eindrücklich, wie sich die Situation nach dem Umbau im Warteraum verbessert hat (vgl. D, 2020):

«Es hat auf verschiedenen Ebenen etwas bewirkt. Einerseits durch die Gestaltung der Gesamtsituation, mit Holz, mit Farben, hat das Ganze so einen dämpfenden, beruhigenden Eindruck. Es ist auch so, dass die Schallisolierung besser ist, also das wirkt dann weniger aggressiv. Die Lichtsituation: Es ist nicht so ein grelles Licht. Das ist besser, und dann eben auch die Tiefe des Tresens, das gibt eine Distanz zum Patienten. Sei es, wenn er jetzt eben niesen, husten, was auch immer, es ist eine Distanz da. Er kann auch nicht reingreifen. Und eben auch die Möglichkeit, die Scheibe runterzulassen oder sie oben zu lassen. Wenn ich mich nicht sicher fühle, kann ich sie runterlassen. Also auf ganz verschiedenen Ebenen eine wirkliche Verbesserung» (D, 2020. #00:01:14–9#).

Auf die Frage, ob der Umbau etwas gebracht hat, meinte der LPM (D, 2020):

«Also, man kann ja einfach umbauen, damit umgebaut ist. Aber, er hat für mich diese Ziele eben, die Gesamtsituation zu entlasten, zu beruhigen, eine angenehme Situation und mehr Sicherheit zu, zu bringen, das hat er für mich jetzt wirklich, nicht 100, aber 99 Prozent gebracht» (D, 2020. #00:01:43-1#).

«Ich denke, die Wartesituation ist generell angenehmer. Und ich habe jetzt das Gefühl, dass wir, trotz hoher Patientenzahlen, praktisch keine Rückmeldungen mehr haben, dass Patienten aggressiv geworden sind, wegen des Wartens, wegen der Wartesituation. Aber es hat immer Einzelfälle, die in einer Verfassung sind, in der sie sich nicht beherrschen können. Das können wir nicht beeinflussen. Aber generell denke ich, hat es eine Beruhigung gebracht. Die Leute sitzen auch viel bequemer. Das sieht man, wenn du da durchläufst, das ist ein ganz anderer Eindruck. Das ist einerseits subjektiv. Objektiv, weil, ich bin ja nicht den ganzen Tag dort, aber meine Leute melden mir nicht, dass, sie Probleme haben» (D, 2020. #00:02:59-3#).

«Meine Mitarbeiter melden mir weniger Probleme mit der Wartezone. Also, die Leute warten genau immer noch, es sind immer noch Menschen, die warten müssen. Aber das Warten wird, ist nicht mehr Thema» (D. 2020. #00:03:18-1#).

Der Chefarzt der UPD ist der Meinung:

«Ja, optimal wäre es, wenn wir genug Platz im Wartezimmer hätten, sodass sich Leute auseinandersetzen können, also praktisch aus dem Weg gehen können, auch akustisch. Ich glaube, dass dies stresst» (G, 2020. #00:17:49-2#).

Weiterbildung in Aggressionsmanagement

34 Prozent mehr Mitarbeitenden geben einen Nutzen der Weiterbildungen im Alltag an. 22 Prozent der Mitarbeitenden fühlen sich dadurch im Umgang mit aggressiven PP sicherer.

Fragen zur Umsetzung der Fünf-Punkte-Fixation

Obwohl das Pflorgeteam in der Fünf-Punkte-Fixation geschult wurde, sind die Fixationen um 14 Prozent schlechter verlaufen.

Bei der Befragung im Jahr 2018 wurden vor allem ungenügende Sedation, mangelndes Fachwissen und zu viele beteiligte Personen beanstandet. Im Jahr 2019 wurden die fehlende Lead-Funktion und eine ungenügende Sedation bemängelt. Das Pflegepersonal erwartet, dass der Arzt/die Ärztin den Lead übernimmt. Die Dokumentation hat sich nach der Schulung verbessert. Wenn fixiert wurde, dann wurden die Fixation vor und nach der Schulung als indiziert angegeben. Emotional ging es den Mitarbeitenden nach einer Fixation mehrheitlich gut. Sie vermuteten, dass es zwischen drei bis vier Fixationen pro Monat gibt.

Auswirkungen auf die Gesundheit

Nach der Betreuung von aggressiven PP hatten nur 16 Prozent der Mitarbeitenden nie physische oder psychische Auswirkungen. 65 Prozent haben nie daran gedacht, aufgrund dieses Patientengutes die Stelle zu wechseln, und nur 5 Prozent hatten noch nie Angst vor einem Patienten/einer Patientin.

Anmerkungen

Bei der Frage nach weiteren Anmerkungen gaben die Pflegepersonen an, dass eine psychiatrische Pflegeperson im UNZ wünschenswert wäre. Weiter sollten psychiatrische PP direkt in die Psychiatrie eingeliefert werden. Als Verbesserungsmaßnahme gaben sie an, mehr spezifisch geschultes Personal für die Betreuung von «schwierigen» Patienten anzustellen. Weiter wünschten sie sich einen abgesonderten Warteraum für dieses Patientengut.

Wenn die Pflegeperson eine Verrichtung bei einem/r aggressiven Patienten/Patientin vornimmt, sollte der Sicherheitsdienst nicht vor der Türe sitzen bleiben, sondern die Pflegeperson in die Koje begleiten. Nicht alle Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes unterstützen das Pflegeteam gleich gut.

81 Prozent der Mitarbeitenden sind der Ansicht, dass sich durch die getroffenen Massnahmen die Sicherheit verbessert hat. Vor allem die Mitarbeitenden-Information, die Easy-Learn-Schulungen und die Weiterbildungen zur Fünf-Punkte-Fixation sowie die Lichtanpassungen, die schliessbaren Fenster und der geschlossene Zugang haben erheblich zur Verbesserung beigetragen.

Beantwortung der Forschungsfragen

Mit welchen Massnahmen kann die Sicherheit des Personals im UNZ bei der Betreuung von aggressiven PP erhöht werden?

- **Welchen Impact haben zwei ausgewählte Interventionen auf die Sicherheit (bauliche Massnahmen, Schulung Fünf-Punkte Fixation)?**

81 Prozent der Pflegepersonen empfinden die baulichen Massnahmen als eine Verbesserung.

92 Prozent empfinden die Weiterbildung und das Easy-Learn zur Fünf-Punkte-Fixation als gut bis sehr gut. **Obwohl die Interventionen von den Mitarbeitenden als eine Verbesserung der Sicherheit angesehen wurden, nahm das Sicherheitsempfinden ab. Diese Erkenntnis führte zur Intoxikationsstudie, im Rahmen welcher die Belastungen durch Intoxikierte untersucht wurden.**

- **Wie empfinden Pflegepersonen des UNZ die Sicherheit und welche Massnahmen würden sie sich wünschen?**

	2018	2019	Bemerkung
Verbale Aggression (in 3 Monaten)	91%	97%	
Physische Aggression (in 3 Monaten)	59%	45%	
Angst vor PPA (Frage 5)	71%	66%	Die Kontrollfrage 14 weist eine Differenz zur Frage 5 auf.
Gibt es Situationen, in denen Du Angst vor Patienten hast?	40% manchmal 2% oft	40% manchmal 1% oft 1% sehr oft	
Wenn Angst, wie häufig kam dies vor?	98% (1–3 Mal) 0 % 2% (über 7 Mal)	91% (1–3Mal) 4% (4–6 Mal) 5 % (über 7 Mal)	
Sicherheitsempfinden	82%	18%	Trotz der Interventionen nimmt das Sicherheitsempfinden massiv ab.
Allgemeines Gefühl der Sicherheit	94%	89%	
Gesundheitliche Auswirkungen	38% manchmal 4% oft 1% sehr oft	34% manchmal 5% oft 1% sehr oft	

Obwohl fast alle Mitarbeitenden physische und verbale Aggression erleben, haben nicht alle Angst. Neun Prozent der Mitarbeitenden hatten im 2019 mehrmals Angst. Im Jahr 2018 fühlten sich 82 Prozent der Mitarbeitenden sicher bis sehr sicher. **2019 waren es 18 Prozent.** Trotz den Interventionen nahm das Sicherheitsempfinden ab.

Im Allgemeinen fühlten sich die Mitarbeitenden 2018 zu 94 Prozent in einem hohen bis sehr hohen Mass sicher und im Jahr **2019 waren es 89 Prozent.**

Vor allem intoxikierte, äthylisierte und psychiatrische PP verunsichern das Pflegepersonal.

Die Anwesenheit des Sicherheitsdienstes ist die wichtigste Massnahme, die den Mitarbeitenden Sicherheit vermittelt.

Die Teamgrösse ist ein weiterer wichtiger bis eher wichtiger Faktor (50 Prozent 2018 und 57 Prozent 2019).

Gewünschte Massnahmen: Bessere Unterstützung durch die Ärzte und Ärztinnen bei der Fünf-Punkte-Fixation.

- **Wie nehmen die Mitarbeitenden den Einfluss des Managements auf die Sicherheit wahr?**

Die Vorgesetzten hatten 2018 bei 34 Prozent und 2019 bei 32 Prozent in einem hohen bis sehr hohen Mass Einfluss auf das Sicherheitsempfinden. Vor allem die Teamgrösse beeinflusst das Sicherheitsempfinden in hohem bis sehr hohem Mass (50 Prozent 2018 und 57 Prozent 2019).

- **Zusatzfrage nach gesundheitlichen Auswirkungen:** 38 Prozent (2018) und 34 Prozent (2019) empfinden manchmal gesundheitliche Auswirkungen. Ein Prozent (2018) bzw. ein Prozent (2019) hat sehr oft gesundheitliche Auswirkungen und vier Prozent (2018) und fünf Prozent (2019) verspüren oft gesundheitliche Auswirkungen.

- **Zusatzfrage nach dem Wunsch, die Stelle zu wechseln:** Neun Prozent (2018 und 2019) der Mitarbeitenden denken aufgrund der aggressiven PP manchmal daran, die Stelle zu wechseln.

Befragung der Mitarbeitenden Patientenmanagement

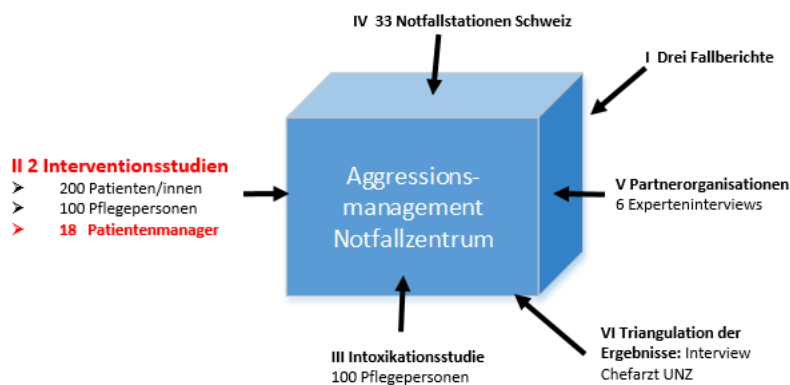


Abbildung 48: Blickwinkel MP (Quelle: Eigene Darstellung)

Sicherheitsempfinden

Das Sicherheitsempfinden der MP hat sich nach dem Umbau erhöht (85 Prozent 2018 und 100 Prozent 2019).

Körperliche und verbale Attacken in den letzten drei Monaten

Die Anzahl körperlicher Attacken ist fast gleichgeblieben (8 Prozent 2018 und 7 Prozent 2019).

Im Jahr 2018 haben 15 Prozent ca. vier bis sechs verbale Attacken erlebt; im Jahr 2019 waren es 29 Prozent. Die Mitarbeitenden erlebten eine Zunahme an verbaler Aggressivität. Trotzdem fühlen sich 100 Prozent der Mitarbeitenden sicher.

Angst vor Patient/innen

Nach dem Umbau hat die Angst vor aggressiven PP abgenommen (31 Prozent 2018 und 14 Prozent 2019).

Angstmachende Situationen

Nach dem Umbau haben vor allem viele Begleitpersonen und psychisch kranke Personen die MP verunsichert.

Faktoren, die das Sicherheitsempfinden beeinflussen

Die Arbeitsplatzsicherheit beim Empfang steigerte sich nach dem Umbau um 53 Prozent (25 Prozent 2018 und 78 Prozent 2019) und wurde mit «hoch» bis «sehr hoch» bewertet. Weitere

wesentliche Gründe für das Sicherheitsempfinden sind die Anwesenheit eines Sicherheitsdienstes im UNZ und die Zusammenarbeit mit diesem. Der Lärm, das Namensschild und die Spätschicht haben dagegen einen geringen Einfluss auf das Sicherheitsempfinden.

Durch aggressive Patienten und Patientinnen verursachte Gefühle

Aggressive PP verursachen vor allem Irritation und Ärger.

Fragen zum Warteraum

Mit dem Umbau konnten die Lichtverhältnisse, der Lärmpegel und die Luftqualität verbessert werden. Die Zufriedenheit mit dem Verpflegungssortiment hat abgenommen; die Zufriedenheit mit der Musik und Signaletik ist gleichgeblieben.

Auswirkungen auf die Gesundheit

Im Jahr 2018 hatten 42 Prozent nie gesundheitliche Auswirkungen verspürt; im Jahr 2019 waren es nur noch 14 Prozent.

Im Jahr 2018 hatten 8 Prozent manchmal Angst vor einem Patienten/einer Patientin; im Jahr 2019 waren es 29 Prozent.

Zusatzfrage

83 Prozent gaben an, sich seit dem Umbau sicherer zu fühlen.

100 Prozent finden den geschlossenen Eingang «gut» bis «sehr gut».

Anmerkungen

Der Warteraum wird bei grossem Patientenaufkommen als zu klein empfunden.

Beantwortung der Forschungsfragen:

- **Wie ist das Sicherheitsempfinden der Mitarbeitenden und welchen Impact haben bauliche Massnahmen?**

Das Sicherheitsempfinden ist nach dem Umbau des Eingangsbereichs massiv gestiegen. 83 Prozent der Befragten fühlen sich sicher. Mit dem Umbau tolerieren die PP die Wartezeiten besser und dadurch sinkt die Belastung für die MP.

- **Mit welchen Massnahmen kann die Sicherheit des Personals im UNZ bei der Betreuung von aggressiven PP erhöht werden?**

Die MP wünschen sich einen Sicherheitsdienst beim Eingang.
Der Warteraum ist bei hohem Patientenaufkommen zu eng.

- **Welchen Impact haben bauliche Massnahmen?**

83 Prozent der MP fühlen sich nach dem Umbau sicherer.

- **Zusatzfragen:**

	2018	2019	Bemerkungen
Gesundheitliche Auswirkungen	42% nie	14% nie	Mitarbeitende haben gesundheitliche Auswirkungen.
Gedanke, die Stelle zu wechseln	77% nie	86% nie	Nur wenige denken daran, die Stelle zu wechseln.
Angst vor PP	8% manchmal 62% selten 31% nie	29% manchmal 29% selten 43% nie	Obwohl die MP eine Scheibe und einen hohen Tresen zwischen sich und den PP haben, gibt es Mitarbeitende, die Angst vor PP haben.

Zusammenfassung und Vergleich der drei Befragungsgruppen:

Interventionsstudie		
Patient/innen n=202/2018 n=245/2019	Pflegepersonal n=83/2018 n=79/2019	Mitarbeitende Patientenmanagement n=13/2018 n=14/2019
<p>Mittelwerte: Zufriedenheit mit Pflegepersonal 4.28/2018 4.00/2019</p> <p>Zufriedenheit mit Gesundheit 2.64/2018 2.79/2019</p>	<p>Angst vor PPA im letzten Jahr: 71% im Jahr 2018 66% im Jahr 2019</p> <p>40% geben an, dass sie manchmal Angst vor PP haben.</p> <p>2019 haben einzelne Mitarbeitende mehrmals Aggression zu spüren bekommen. (4% hatten 2019 zwischen vier- und sechsmal Angst. 5% hatten siebenmal und häufiger Angst.)</p> <p>Aggressor/innen Sowohl 2018 als auch 2019 verursachten vor allem Intoxikierte, Äthylisierte und/oder psychisch Kranke Unsicherheiten.</p> <p>Aggressive PPA verursachen vor allem Ärger, Angst und Frustration.</p> <p>Wie sicher fühlst Du Dich bei der Arbeit im Allgemeinen? 2018: 94% «hoch» bis «sehr hoch» 2019: 89% «hoch» bis «sehr hoch»</p>	<p>Die Häufigkeit der verbal erlebten Attacken hat 2019 zugenommen. 15% erlebten 2018 vier bis sechs verbale Attacken; 2019 waren es 29%.</p> <p>77% (2018) und 71% (2019) fühlten sich bei der Arbeit sicher.</p> <p>Das Sicherheitsempfinden beim Empfang stieg von 25% im Jahr 2018 auf 78% im Jahr 2019.</p> <p>2018 hatten 70% bereits einmal Angst vor PP, 2019 waren es nur noch 58%.</p> <p>Aggressor/innen verursachten 2019 vor allem Irritation und Ärger.</p>

Faktoren, welche die Sicherheit und das Sicherheitsempfinden beeinflussen

Patienten und Patientinnen	Pflegepersonal	Mitarbeitende Patientenmanagement
<p>Räumlichkeit Die Signaletik hat sich nach dem Umbau verschlechtert.</p> <p>Bei der Hintergrundmusik gehen die Meinungen auseinander. Ob Musik und wenn ja, welche Art, müsste weiter erforscht werden.</p> <p>Der Durchgangsverkehr durch den Warteraum wirkt störend und verbreitet Hektik.</p> <p>Die Lichtverhältnisse und die Temperatur werden nach dem Umbau als angenehmer empfunden.</p> <p>Nach dem Umbau hat sich die Atmosphäre verbessert.</p> <p>Wartezeiten Die Wartezeiten werden nach dem Umbau als weniger unangenehm empfunden (15% im Jahr 2018 und 13% im Jahr 2019).</p> <p>Information Die PP waren mit der Information, die sie bekamen, zufrieden.</p>	<p>Räumlichkeiten An der Triage hat sich das Sicherheitsempfinden nach dem Umbau bei 15% der Befragten verbessert.</p> <p>81% geben an, dass sich die Sicherheitssituation nach dem Umbau und den Schulungen verbessert hat.</p> <p>Weiterbildung Weiterbildungen in Aggressionsmanagement werden im Alltag als sehr hilfreich empfunden und erhöhen das Sicherheitsempfinden.</p> <p>Nach der Schulung in der Fünf-Punkte-Fixation wird die Umsetzung der Fixation als schlechter empfunden.</p> <p>Fixation 2019 gaben 83% der Mitarbeitenden an, dass die Fixation indiziert war. Nach einer Fixation geht es 51% der Mitarbeitenden gut.</p> <p>Ungenügende Leader-Funktion und Sedation sind die Hauptgründe, weshalb eine Fixation nicht gut verläuft.</p> <p>55% dachten, dass es mehr als drei Fixationen pro Monat gibt.</p> <p>Manchmal kommt es nach Fixationen zu gesundheitlichen Auswirkungen.</p>	<p>Räumlichkeiten Das Sicherheitsempfinden hat sich nach dem Umbau von 85% (2018) auf 100% (2019) erhöht.</p> <p>83% geben an, dass sich die Sicherheit nach dem Umbau verbessert hat.</p> <p>Nach dem Umbau hat die Angst vor PP abgenommen (31% im Jahr 2018 und 14% im Jahr 2019).</p> <p>Unsicherheit verursachten vor dem Umbau psychisch Kranke, Äthylisierte und Intoxikierte. Nach dem Umbau waren es vor allem psychisch Kranke und viele Begleitpersonen.</p> <p>Zusammenarbeit mit Sicherheitsdienst Ein entscheidender Faktor für das bessere Sicherheitsempfinden ist die 24/7-Präsenz des Sicherheitsdienstes im UNZ.</p> <p>Diverse Faktoren Ausser dem Verpflegungsautomaten haben sich für die MP nach dem Umbau Licht, Musik, Lärmpegel, Luftqualität und Signaletik verbessert.</p> <p>(→ Im Gegensatz zu den MP haben die Pflegepersonen diese Faktoren sowie die Zusammenarbeit mit dem Sicherheitsdienst viel kritischer beurteilt.)</p>

	<p>Zusammenarbeit mit Sicherheitsdienst Vor allem die 24/7-Anwesenheit des Sicherheitsdienstes und die Teamgrösse tragen zum Sicherheitsgefühl bei. Die Zusammenarbeit mit dem Sicherheitsdienst hat sich 2019 verschlechtert. Gleichzeitig nimmt das Sicherheitsempfinden 2019 ab, wenn der Sicherheitsdienst anwesend ist.</p> <p>1. Diverse Faktoren ohne Einfluss Tageszeit, Lärm, Vorgesetzte und Namensschild tragen nur wenig zum Sicherheitsgefühl bei.</p>	
--	--	--

Allgemeine Rückmeldungen

Patienten und Patientinnen	Pflegepersonal	Mitarbeitende Patientenmanagement
	<ul style="list-style-type: none"> • Eine 100 % Sicherheit ist nicht möglich. • Wartezeiten verursachen Aggressionen. • Die Fachkompetenz des Sicherheitsdienstes ist unterschiedlich. Ich fühle mich nicht bei allen Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes gleich sicher. Es gibt ein bis zwei Personen, von denen ich mich nicht unterstützt fühle. • Ein paar Mitarbeitende des Sicherheitsdienstes mischen sich manchmal ein. Teilweise haben sie eine aggressive Haltung und die Patienten reagieren darauf wiederum mit Aggression. • Ich habe bis jetzt keinen Patienten angezeigt, da ich ansonsten meine Personalien bekannt gegeben müsste. Ich möchte nicht, dass ich auf meinem Arbeitsweg zum Spital oder zu Hause bedroht werde. Ich habe den Eindruck gewonnen, dass sich selten massgebliche Konsequenzen für aggressive Patienten nach sich ziehen, da wir eine Behandlungspflicht haben. • Fix eine Psychiatriepflegeperson wäre wünschenswert. • Mehr spezifisch geschultes Personal für die Betreuung von «schwierigen» Patienten anstellen. • Abgesonderter Warteraum für agitierte, wartende Patienten, die in Begleitung der Polizei oder Sanität kommen. • Warteraum zu klein; ist auch zu «unruhig». Überreizung für psychiatrisch dekompenzierte Patienten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Warteraum zu klein • Psychisch aggressive Patienten gehören nicht in einen Notfall. Wir können uns schützen, doch Patienten im Warteraum haben keine Chance. • Ich denke, dass die Anzahl aggressiver Patienten in den letzten Jahren stark zugenommen hat. • Die langen Wartezeiten lösen bei Patienten und Angehörigen oft Frustration/Ängste aus. Einen Teil der Aggressionen könnte bei einem «Wartezeit-Management» aufgefangen werden.

8.7.3 Stationsleitungen Notfallstationen der Schweiz n=33

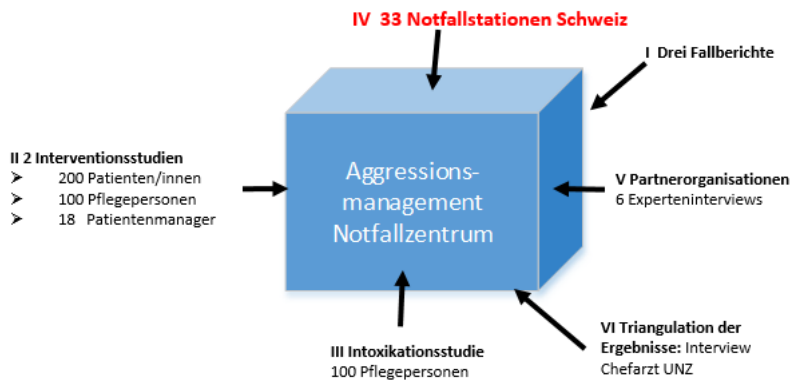


Abbildung 49: Blickwinkel Stationsleitungen Notfallstationen (Quelle: Eigene Darstellung)

Bei den Notfallstationen gibt es in Bezug auf die Anzahl der PP und Mitarbeitenden grosse Unterschiede: Die kleinste Notfallstation beschäftigt vier Mitarbeitende und behandelt 6'600 PP im Jahr; die grösste beschäftigt 85 Mitarbeitende und behandelt 51'000 PP pro Jahr. Das Spital mit dem höchsten Patientenaufkommen weist auch die höchste Zahl an Aggressionsmeldungen pro Jahr auf (56 Meldungen). Vier von 33 gaben an, dass es zu **krankheitsbedingten Personalausfällen** wegen aggressiver PP kam, und einmal wurde angegeben, es nicht zu wissen. Zwei Stationsleitungen vermerkten, dass Mitarbeitende wegen aggressiver PP gekündigt haben (Stellenwechsel: 2 ja / 26 nein / 3 weiss nicht). Die Präsenz eines Sicherheitsdienstes wurde mit einem Mittelwert von 3.77 als eher wichtig bewertet.

Obwohl keine Fixation ohne Sedation durchgeführt werden sollte, gaben 27.3 Prozent an, dass sie nicht sedieren. Nur 36.4 Prozent der Stationsleitungen gaben an, dass sie eine Fünf-Punkte-Fixation machen. Es lässt sich vermuten, dass nur die grossen Kliniken auch jenes Patientengut haben, welches fixiert werden muss. Bei drei Notfallstationen werden zwischen sieben und neun Fixationen pro Monat vorgenommen. Bei der Umsetzung der Fixation sind ungenügendes Fachwissen, zu wenig Personal und eine ungenügende Sedation die Hauptprobleme.

Lediglich rund ein Viertel der Befragten verfügt über ein Sicherheitskonzept. Obwohl Standards, Schulungen, Überwachungskameras und ein Sicherheitsdienst in den Notfallstationen fehlen, sind die Stationsleitungen mit den Sicherheitsstandards zu 3.39 («teils-teils») zufrieden. Die Verantwortlichkeit für die Erfassung und für die Dokumentation der Fälle ist nicht festgelegt. Ob das Sicherheitsrisiko von den Stationsleitungen richtig eingeschätzt wird, kann

nicht nachgeprüft werden. Das Resultat stimmt jedoch mit der Zufriedenheit mit den bestehenden Massnahmen und Prozessen überein.

Kleine Spitäler und Privatspitäler erhalten nicht das gleiche aggressive Patientengut wie die grossen öffentlichen Spitäler, weshalb sie keine Fixationen durchführen müssen. Nebst der Statistik bestätigt die folgende Aussage diese Erkenntnis: «Ich habe auch in der Stadt im Notfall gearbeitet. Der Unterschied Stadt-Land ist sehr gross. Auf dem Land sind die meisten Alkoholvergiftungen und Drogenintoxikations-Patienten gut handhabbar» (Befragung Stationsleitungen der Schweiz, 2018).

In den grossen Spitälern kommen Fixationen häufig vor. Geschätzt sind es durchschnittlich sechs Fixationen pro Monat.

Beantwortung der Forschungsfragen:

- **Wie beurteilen Stationsleitungen aus Notfallstationen der Schweiz ihren Sicherheitsstandard?**

Die Sicherheitsstandards wurden mit einem Mittelwert von 3.13 als mittelmässig erlebt. Führungspersonen empfinden sich etwas sicherer als ihre Mitarbeitenden (Mittelwert 3.79 versus 3.24).

- **Welche Massnahmen wurden implementiert?**

Die Auswertung zeigte vor allem, was nicht gemacht wurde:

52 Prozent der Notfallstationen erfassen keine Aggressionsmeldungen.

74 Prozent haben kein Sicherheitskonzept.

69 Prozent haben keine Standards.

67 Prozent haben keine Fixationsschulungen.

66 Prozent haben keinen Sicherheitsdienst in der Notfallstation.

66 Prozent kennen die Kompetenzen des Sicherheitsdienstes nicht.

85 Prozent haben keinen 24-Stunden-Sicherheitsdienst.

In einer Notfallstation tragen Pflegepersonen einen Pfefferspray.

Da einige Notfallstationen keinen Sicherheitsdienst haben, müssen sie bei jedem Vorfall die Polizei aufbieten.

8.7.4 Intoxikationsbefragung

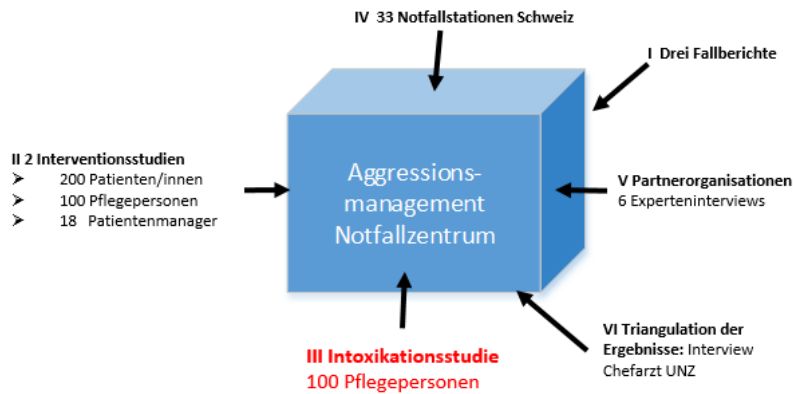


Abbildung 50: Blickwinkel Intoxikationsstudie (Quelle: Eigene Darstellung)

Da sich 71 Prozent der Pflegepersonen nach den Interventionen nur noch teilweise sicher fühlten, wurde im Jahr 2019 die **Intoxikationsstudie** durchgeführt. Dabei wurden Fragen zur Belastung, zur Sicherheit und zu den Massnahmen gestellt.

Zudem wurden die Fälle intoxikierter PP von 2018 und 2019 über sechs Monate **elektronisch ausgewertet und miteinander verglichen**. 2018 wurden während sechs Monaten 695 PP mit einer Intoxikation behandelt und 2019 waren es 822; dies ist **eine Steigerung von 18.3 Prozent**.

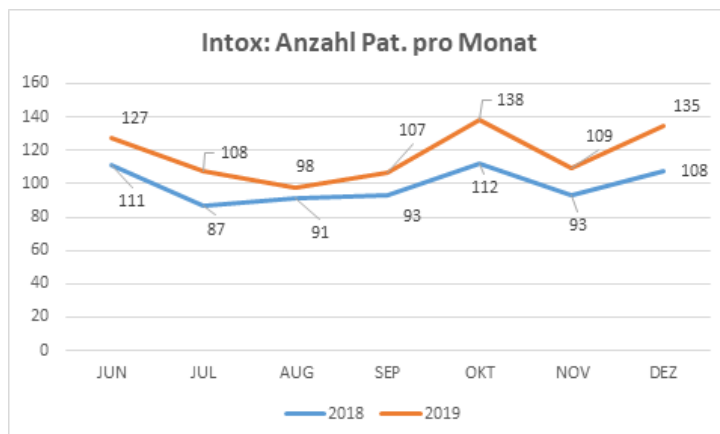


Abbildung 51: Anzahl intoxikierte PP pro Monat (Quelle: Utiger, 2020, nicht veröffentlicht)

Mit der **Intoxikationsstudie** konnten die Aussagen aus der Interventionsstudie, dass auch Ärzte und Ärztinnen sowie die Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes geschult werden müssen, bestätigt werden. Als sehr belastend wurde empfunden, wenn gleichzeitig mehrere aggressive intoxikierte PP eintraten und wenn bei einer sich zuspitzenden Situation von ärztlicher Seite nichts unternommen wurde. Bei 54 Prozent der Fünf-Punkte-Fixationen war kein Arzt/keine Ärztin anwesend. 40 Prozent gaben an, dass eine fehlende Sedation als sehr belastend empfunden wurde. 77 Prozent empfanden die lange Aufenthaltszeit der aggressiven PP im Notfall als sehr belastend. Das Verhalten des Sicherheitsdienstes wurde von 26.7 Prozent als sehr belastend empfunden.

Trotzdem stuft das Pflegepersonal die Sicherheit im UNZ als «sehr gut» ein: zum einen, weil sie in einem Team arbeiten und nicht alleine auf der Schicht sind, und zum anderen, weil ein Sicherheitsdienst 24/7 präsent ist. Zudem kann innert kürzester Zeit die Polizei aufgeboten werden. Die Auswertungen zeigen jedoch auch, dass die Sicherheit und das Sicherheitsempfinden des Pflegepersonals trotz verschiedener Massnahmen sanken.

Vom Pflegepersonal wurde der Wunsch geäussert, dass fix eine Psychiatriepflegeperson im UNZ eingesetzt wird oder dass der psychiatrische Notfall aus dem UNZ ausgelagert wird. Dem Pflegepersonal fehlt das Fachwissen für die Betreuung aggressiver psychiatrischer PP. In den Experteninterviews äusserten sich die Experten der Bewa, des RD und der UPD entsprechend dem Pflegepersonal, dass aggressive und psychiatrische PP nicht auf eine «normale» Notfallstation gehören.

43 Prozent der Befragten gaben an, dass die Vorgesetzten nur einen geringen Einfluss auf die Sicherheit haben. Dafür fanden 57 Prozent, dass die Teamgrösse einen grossen bis sehr grossen Einfluss hat. Die Versorgung von aggressiven PP erfolgt immer im interprofessionellen und interdisziplinären Team. Beteiligt sind Pflegepersonen, Ärzte/Ärztinnen, Sicherheitspersonal, Psychiater und je nach Situation auch noch die Polizei. Es konnte keine Studie gefunden werden, in welcher der Faktor «Team» in der Notfallstation bezüglich Schutz bzw. Belastung untersucht wurde. Vorgesetzte können indirekt Einfluss auf die Sicherheit nehmen, indem sie Rahmenbedingungen wie genügend Personal, Weiterbildungen, Standards, Teamkommunikation etc. fördern.

Beantwortung der Forschungsunterfragen:

Wie stark ist bei der Arbeitstätigkeit die Belastung durch Intoxikierte?

59.8 Prozent geben einen Belastungswert durch Intoxikierte von 6 und grösser an. Mehrere intoxikierte aggressive PP und lange Aufenthaltszeiten im UNZ, geben die Mitarbeitenden als besonders belastend an. Weiter empfinden die Pflegepersonen eine fehlende oder ungenügende Sedation, das Fehlen des Arztes/der Ärztin vor Ort und die Fünf-Punkte-Fixation als ziemlich bis sehr belastend.

Intoxikierte aggressive PP haben eine Auswirkung auf das Arbeitsklima, die Emotionen und das Sicherheitsgefühl.

Welche Massnahmen treffen die Mitarbeitenden?

Es gibt Mitarbeitende, die versuchen, möglichst andere PP zu übernehmen, damit sie keine aggressiven intoxikierten PP betreuen müssen.

Vor allem das Team, die Teamgrösse, Schulungen und die Fünf-Punkte-Fixation werden als Unterstützung wahrgenommen. Das Gespräch mit Vorgesetzten wird als wenig unterstützend angesehen.

Massnahmen, die sich die Mitarbeitenden wünschen:

- Es wird eine gemeinsame Schulung von Pflegepersonen, Ärzten/Ärztinnen und Sicherheitspersonal in verbaler Deeskalation gewünscht. Ein gemeinsamer Standard würde die Zusammenarbeit verbessern.
- Die Pflegepersonen gaben an, dass zu spät und ungenügend sediert werde. Eine Schulung und Sensibilisierung der Ärzte und Ärztinnen in Aggressionsmanagement würde deren Fachkompetenz erhöhen.
- Der Arzt/die Ärztin soll bei einem aggressiven Patienten/einer aggressiven Patientin präsent sein und das Pflegepersonal unterstützen.
- Aggressive PP sollten so kurz wie möglich und nur so lang wie nötig im UNZ bleiben.
- Eine weiterführende Diagnostik, welche für die aktuelle Problematik nicht relevant ist, sollte bei aggressiven PP nicht durchgeführt werden, denn dadurch verlängert sich unnötigerweise die Aufenthaltszeit im UNZ.

- Da nur ein/e Psychiater/in Dienst hat, kommt es bei einem gleichzeitigen Eintreten von mehreren selbst- und fremdgefährdenden PP zu Wartezeiten. Die Wartezeiten sind für PP und für das Pflegepersonal ein erheblicher Stressfaktor. Die Pflegepersonen wünschen sich deshalb genügend psychiatrisches Personal. Des Weiteren sind sie der Ansicht, dass eine freiheitsberaubende Unterbringung schneller entschieden werden sollte.
- Aggressive und intoxikierte PP sollten von den anderen Notfällen räumlich getrennt versorgt werden, da sie eine Belastung und eine Gefahr für andere bedeuten.
- Die Pflegepersonen wünschen sich, dass für psychiatrische PP eine psychiatrische Pflegeperson angestellt wird. Die Pflegepersonen im UNZ verfügen nicht über die Fachkompetenz einer psychiatrischen Pflegeperson.
- Um fünf-Punkte-fixierte PP auf die Intensivbehandlung verlegen zu können, kommt es häufig zu Wartezeiten. Eine Verkürzung der Übernahmezeit würde die Belastung erheblich senken.
- Obwohl der Arzt/die Ärztin in der Fünf-Punkte-Fixation nicht geschult ist, trauen sich die Pflegepersonen nicht, den Lead zu übernehmen. Hier bedarf es einer Klärung der Kompetenzen.

8.7.5 Experteninterviews

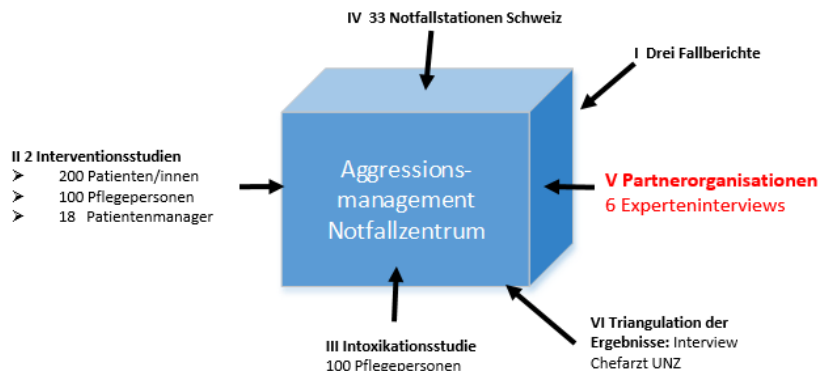


Abbildung 52: Blickwinkel Partnerorganisationen (Quelle: Eigene Darstellung)

Die Expert/innen der Bewa, des RD, der Intensivbehandlungsstation und der UPD schätzen die Belastung durch aggressive PP als hoch ein. Im Gegensatz dazu gibt der befragte Experte des Sicherheitsdienstes eine sehr niedrige Belastung an. Weiter gibt er an, dass es zu keinen gesundheitlichen Belastungen kommt. In einer späteren Aussage wird allerdings erwähnt, dass keine Frauen im Sicherheitsdienst arbeiten, weil die Arbeit zu belastend sei. Ausserdem komme es immer wieder zu physischen Verletzungen bei der Ruhigstellung eines Patienten/einer Patientin. Der Befragte des Sicherheitsdienstes gab als einziger an, dass die Führung die Problematik der aggressiven PP erst langsam erkenne. Dies ist umso erstaunlicher, da die Hauptaufgabe des Sicherheitsdienstes im UNZ die Erhaltung der Sicherheit des Personals und der PP ist.

Die Stationsleitung der Intensivbehandlungspflege erfährt erst beim Austrittsgespräch den Kündigungsgrund ihrer Mitarbeitenden. Deshalb empfiehlt sie, bereits beim Eintrittsgespräch auf das Patientengut aufmerksam zu machen. Allgemein meinen die Experten und Expertinnen, dass die Persönlichkeit des Pflegepersonals eine Rolle spielt (in erster Linie, wie es mit Aggressionen umgeht). Das Alter oder die Berufserfahrung sehen sie als weniger relevant an.

Die Expert/innen des RD und der Intensivbehandlungsstation erkennen eine Qualitätseinbusse bei der Behandlung von aggressiven PP, weil die Motivation beim Personal sinkt. Als sinnvolle Massnahmen werden Fallbesprechungen, Debriefing, Checklisten und Standards genannt. Das Personal der Bewa und das Personal der UPD erhalten zu diesem Thema die besten Ausbildungen und Weiterbildungen.

Die Ausbildung des Personals des Sicherheitsdiensts dauerte bis vor zwei Jahren lediglich zehn Stunden. Seither gibt es den Ausbildungsgang «Ordnungsdienst im Spital». Dieser dauert zwei Tage. Neue Mitarbeitende des Sicherheitsdienstes kommen seither in den Genuss dieser Weiterbildung. Die Rückmeldungen vom Pflegepersonal zeigen auf, dass die Zusammenarbeit verbessert werden könnte. Die Ausbildung des Sicherheitsdienstes im Spital müsste noch mehr den Bedürfnissen der Mitarbeitenden in einer Notfallstation angepasst werden.

Aggressionsmeldungen werden auch von den Psychiater/innen geschrieben. Der Experte der UPD erklärt, dass Aggression unterschiedlich wahrgenommen und definiert wird, weshalb die Psychiater/innen die Aggressionsfälle nicht zählen und folglich auch keine Daten für eine Qualitätssicherung erheben.

Gemäss Rückmeldung der Experten und Expertinnen sollten sie in ihrer Funktion als Vorgesetzte zumindest die schwerwiegendsten Zwischenfälle erfahren. Ob dies der Fall ist, können sie nicht sagen.

Empfehlungen der Experten und Expertinnen

Genügend Personal: Diese Empfehlung kann im UNZ für den Nachtdienst oder bei einer vollen Notfallstation nicht garantiert werden, weil der Stellenetat nicht für Spitzenzeiten oder für mehrere behandlungsintensive PP über 24 Stunden genehmigt ist.

Schulungen: Personalabbau und Kosteneinsparungen führen zu Einsparungen bei der Anzahl der Weiterbildungstage.

Debriefing: Der Arbeitsaufwand verunmöglicht ein Debriefing während der Schicht. Da die Finanzierung der Überzeiten auf Kosten des Stellenplans geht, wird am Ende der Schicht kein Debriefing gemacht.

Das Pflegepersonal ist nicht für die Sicherheit zuständig: Es fühlt sich aber für die Sicherheit der PP im UNZ verantwortlich.

Das UNZ ist nicht immer der richtige Anlaufort für solche Patienten. Es bräuchte medizinische Fachpersonen und Personen, die gewohnt sind, mit aggressiven und/oder gewalttätigen Menschen umzugehen: Dieser Wunsch steht im Konflikt mit den bestehenden finanziellen Ressourcen.

Wartezeiten im Warteraum sollten verhindert werden: Zum einen bestehen räumliche Engpässe, weshalb PP warten müssen, und zum anderen gibt es nur einen Psychiater, der nur einen Patienten/eine Patientin nach dem/der anderen behandeln kann.

Es bräuchte einen separaten, abgeschirmten Warteraum für psychiatrische Patient/innen: Hierfür müssten Räumlichkeiten neben dem UNZ freigeräumt werden.

Niemand geht alleine zu einem/einer aggressiven Patienten/Patientin in eine Koje: Dazu fehlen die personellen Ressourcen.

Verbesserungsvorschläge in der Zusammenarbeit:

Ein Informationsfluss zwischen den Partnerorganisationen ist unverzichtbar. Aus Datenschutz-Gründen dürfen keine gefährlichen Situationen entstehen. Zum Beispiel müsste das Personal der Bewa über ansteckende Krankheiten Bescheid wissen und im Gegenzug müsste das Personal im UNZ über das Gefahrenpotential des Patienten/der Patientin informiert werden.

Die Bewachung ist im UNZ schwieriger als in der Bewa, da das UNZ ein öffentlicher Raum ist. PP sollten schnellstmöglich dorthin verlegt werden. Die kriminelle Energie von Bewa-Patient/innen darf nicht unterschätzt werden.

Sonstige Anmerkungen

Nachfolgend werden nochmals die wesentlichen Empfehlungen der Experten und Expertinnen wiedergegeben:

- Das UNZ ist für dieses Patientengut personell nicht ausgerichtet.
- Ein aggressiver Patient/eine aggressive Patientin bindet viel Personal, welches dann bei den akuten Notfällen fehlt. Die PP werden umso anspruchsvoller, je länger der Aufenthalt dauert. Das ist ein grosses Problem, weil sich das Personal auf die medizinische Versorgung und nicht auf die Sicherheit fokussieren sollte.
- Es müsste zwei Notfallstationen geben: eine für «normale» Notfälle und eine für Spezialfälle wie aggressive, intoxikierte, psychiatrische Personen mit dem entsprechend ausgebildeten Personal.

Beantwortung der Forschungsfragen:

Welchen Sicherheitsstandard haben PO?

	Bewa	Kaim	RD	LPM	IB	SD	UPD
Einführungszeit	1 Jahr					1 Tag	
Schulung neuer Mitarbeiter	2 Jahre Diplom	Keine	Keine			2 Tage	Kurs mehrtägig
Regelmässige Schulungen	x				Einmalig 1 Tag	Keine	x
Schwangere	Innen-dienst	Nicht immer möglich	Innen-dienst	Keinen direkten Kontakt	Können wünschen	Keine Frauen	Nur Tag-dienst
Problembewusstsein der Führung	Sehr gross	Sehr gross	Sehr gross	Sehr gross	Sehr gross	Kommt erst langsam	Sehr gross
Dokumentation von Aggressionen	x	x		x	x		
Aggressionsmeldungen		x		x	x	x	Keine Meldungen
Kenntnis über Vorfälle der Führung	Alle Expert/innen hoffen, dass sie über die schwerwiegendsten Vorfälle in Kenntnis gesetzt werden.						

Weitere genannte Standards

	Bewa	Kaim	RD	LPM	IB	SD	UPD
Genügend Personal	x						
Hilfe anfordern		x		x	x		
Fördern der Inter-professionalität		x			x		
Thematisieren bei Rekrutierung				x			
Nicht alleine zu aggr. PP gehen	x					x	
Gespräch mit vorgesetzter Person		x					
Rückzug → Keine Selbstverteidigung			x				
Bauliche Massnahmen beim Empfang				x			

Forschungsfragen

- Welche Empfehlungen geben die Partnerorganisationen der Leitung des UNZ?

	Feedback und Wünsche zur Zusammenarbeit mit UNZ	Empfehlungen für das UNZ
Bewa Dauer: 50'	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr gute Zusammenarbeit; ist jedoch auch personenabhängig. • Hohe Rotation bei den Ärzten wirkt erschwerend, da sie die Standards nicht kennen. • Information über ansteckende Erkrankungen an Bewachungspersonal. • Aufenthaltszeiten im UNZ sollten so kurz wie möglich sein; denn die Bewachung in einem öffentlichen Raum ist schwierig. 	<ul style="list-style-type: none"> • Für die Betreuung von aggressiven PP sollte speziell ausgebildetes Personal eingesetzt werden. • Die kriminelle Energie von Bewa-PP sollte nicht unterschätzt werden. • Personen mit einem frischen Hafttitel können einen «Haftschock» haben; dann ist nicht sicher, wie sie reagieren (zum Beispiel Gefahr von Suizidalität). • Die PP werden umso anspruchsvoller, je länger sie im UNZ gehalten werden. Das ist ein grosses Problem, weil sich das Personal auf die medizinische Versorgung und nicht auf die Sicherheit fokussieren sollte. • Sicherheit geht vor der medizinischen Betreuung. • Am wichtigsten ist, dass genügend Personal vor Ort ist. • Für die Sicherheit ist nicht das Pflegepersonal zuständig, sondern die Bewa, der Sicherheitsdienst oder die Polizei. • Aufgrund des Datenschutzes darf es nicht zu gefährlichen Situationen kommen. • Debriefing • Schulung des Personals
Kaim Dauer: 21'	<ul style="list-style-type: none"> • Information der Abteilung über aggressives Verhalten vor der Verlegung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Stationsleitung empfiehlt, dass das Pflegepersonal im UNZ die Telefonnummer des Sicherheitsdienstes kennt. (Anmerkung Autorin: Die Stationsleitung ist sich nicht bewusst, dass 24/7 ein Sicherheitsdienst im UNZ vor Ort ist.) • Die Pflege sollte den Arzt/die Ärztin über aggressive PP informieren, damit er/sie dies ebenfalls im Bericht festhält. (Anmerkung Autorin: Diese Informationen werden nicht in den Arztbericht aufgenommen; sie stehen im Pflegebericht.) • Die Problematik sollte in der Gesellschaft bekannt gemacht werden.
RD Dauer: 26'	<ul style="list-style-type: none"> • Die Zusammenarbeit mit dem UNZ ist sehr angenehm. • Mit der Anmeldung sollte sich das Pflegepersonal im UNZ für den Fall vorbereiten (Sicherheitsdienst und eventuell Polizei aufbieten, gesicherten Raum vorbereiten). • Keine Wartezeiten, wenn PP verlegt werden sollen. • PP sollen über FU informiert sein. • Psychiater/in soll bei Verlegung anwesend sein. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es müsste zwei Notfallstationen geben: eine für «normale» Notfälle und eine für Spezialfälle wie aggressive, intoxikierte, psychiatrische Personen. • Einige PP sollten direkt in die Psychiatrie oder in eine forensische Psychiatrie mit einer Notfallabteilung eintreten und nicht über das UNZ. • Es braucht speziell ausgebildetes Personal (psychiatrische Pflegepersonen). • Leider kann im UNZ kein Polizeiposten eröffnet werden.
LPM Dauer: 26'	<ul style="list-style-type: none"> • Information zur Situation durch Triage-Pflege. • Debriefing zwischen PM und Triage-Pflege am Ende der Schicht. 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstschutz • Hilfe aufbieten (stiller Alarm)

	Feedback und Wünsche zur Zusammenarbeit mit UNZ	Empfehlungen für das UNZ
IB Dauer: 19'	<ul style="list-style-type: none"> Keine Verlegung zu Rapportzeiten Aggressive PP sollten mit Infusion und sediert verlegt werden. Information vor der Verlegung über die Fünf-Punkte-Fixation Der Sicherheitsdienst wird vom UNZ abgezogen. 	<ul style="list-style-type: none"> Selbstschutz Aggressive PP binden viel Personal, welches folglich bei den akuten Notfällen fehlt.
Sicherheitsdienst Dauer: 29'	<ul style="list-style-type: none"> Information über ansteckende Erkrankungen. 	<ul style="list-style-type: none"> keine
UPD Dauer: 34'	<ul style="list-style-type: none"> Mehr Räumlichkeiten Mehr Personal Zweiter Warteraum Es besteht bereits ein enger Austausch. 	<ul style="list-style-type: none"> Selbstschutz «Show of Force»: Möglichst viele Personen gehen zu aggressiven PP Öffentlichkeit schaffen (Türe offen) Das UNZ ist personell und räumlich nicht für dieses Patientengut eingerichtet. Aggressionsmanagement-Kurse Debriefing Das Thema sollte in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden.

Interviewdauer gesamt: 206 Minuten

8.8 Triangulation der Ergebnisse

Flick (2010, S. 520) beschreibt die Triangulation wie folgt: «Triangulation lässt sich als Ansatz der Geltungsbegründung der Erkenntnisse, die mit qualitativen Methoden gewonnen wurden, verwenden, wobei die Geltungsbegründung nicht in der Überprüfung von Resultaten, sondern in der systematischen Erweiterung und Vervollständigung von Erkenntnismöglichkeiten liegt. Triangulation wird damit weniger zu einer Strategie der Validierung der Ergebnisse und Vorgehensweisen als zu einer Alternative dazu (Denzin & Lincoln 2000b; Flick 1992, 2011a, 2015c), die Breite, Tiefe und Konsequenz im methodischen Vorgehen erhöht».

Aus diesem Grund sollte durch ein Interview mit dem Chefarzt und Klinikdirektor des UNZ Inselspital Bern das bestehende Wissen nochmals vertieft und weitere Erkenntnisse gewonnen werden. Vorgängig erhielt er schriftliche Informationen über den Ablauf und den Fragebogen. Das Gespräch fand in einer ruhigen Atmosphäre statt und wurde elektronisch aufgenommen. Nach dem Interview wurden die Aussagen sinngemäss wiedergegeben und dem Befragten zum Gegenlesen zugesandt.

Wie sieht Ihre Haltung zu den folgenden Fragen aus?

- ❖ **97 Prozent der Pflegepersonen haben innerhalb der letzten drei Monate verbale und 45 Prozent haben physische Gewalt erfahren. Sind Pflegepersonen der Notfallstation bei der Behandlung von aggressiven PP belastbarer als Pflegepersonen anderer Kliniken?**

Der Chefarzt und Klinikdirektor des UNZ (im Folgenden CK-UNZ genannt) findet, dass nicht von Belastung, sondern von Resilienz gesprochen werden sollte. Nicht die aktuelle Belastung spielt eine Rolle, sondern wiederholende Belastungen. Diese üben einen Druck auf die Struktur aus, bis sich diese verändert bzw. kaputtgeht. Er glaubt, dass ein Grossteil des Personals im UNZ im Umgang mit aggressiven PP resilienter ist als Pflegepersonen anderer Kliniken. Es handelt sich dabei um eine Präselektion. Er vergleicht das Pflegepersonal des UNZ mit dem Personal der Feuerwehr: Personen, die Angst vor Feuer haben, würden nicht bei der Feuerwehr arbeiten. Auch bei der Feuerwehr besteht nur ein geringer Teil der Aufgaben im Löschen von Bränden. Im UNZ ist es identisch. Die Mitarbeitenden *möchten* im akuten Setting des Notfallzentrums arbeiten. Der Umgang mit aggressiven PP stellt, wie bei der Feuerwehr das Löschen von Bränden, ebenfalls nur einen verschwindend kleinen Teil der Palette an Aufgaben dar.

- ❖ **Im UNZ gibt es ca. sieben Fixationen pro Monat. Eine Fixation ist für das Pflegepersonal kein Grund, eine Aggressionsmeldung zu schreiben. Haben sich die Mitarbeitenden an Aggression gewöhnt? Was könnten die Gründe dafür sein?**

CK-UNZ ist der Ansicht, dass das Pflegepersonal die Aggression vor allem bei den PP dokumentiert, welche sich absichtlich aggressiv verhalten und ohne Einsicht sind. Er denkt, dass PP, die fixiert werden müssen, vom Pflegepersonal nicht als aggressiv, sondern als krank wahrgenommen werden. Wenn eine um sich schlagende und tobende Person sediert und intubiert¹⁶ werden muss, so wird die Fünf-Punkte-Fixation als eine medizinische Intervention wahrgenommen; sie wird zum Schutz des Personals und des Patienten/der Patientin durchgeführt. CK-UNZ vermutet, dass das Pflegepersonal auch Mitleid mit dem Patienten/der Patientin hat, da dieser/diese durch die Erkrankung bereits schwer belastet ist und zudem fixiert wird. Das Pflegepersonal möchte wohl aus diesen Gründen keine Anzeige machen. Ob bei PP, die als krank wahrgenommen werden (zum Beispiel psychisch

¹⁶ Intubieren: Einführen eines Schlauches in die Luftröhre zur Sicherung der Atemwege; PP werden darüber beatmet.

Kranke/Borderliner), weniger Aggressionsmeldungen gemacht werden als bei Patient/innen, die nicht als psychisch krank erachtet werden (zum Beispiel nach Alkohol- oder Drogenkonsum), sollte weiter untersucht werden. Weiter denkt er, dass ein Teil der PP, die fixiert werden, bestens bekannt ist – es handelt sich hierbei um wiederkehrende PP.

❖ **Wiederkehrende aggressive intoxikierte PP werden als Belastung aufgefasst. Die Anzahl dieser Klientel steigt stetig. Sollte etwas dagegen unternommen werden?**

CK-UNZ meint, dass diese Klientel ein Teil ihrer Arbeit ist und als «New Normal» gilt. Die wiederkehrenden aggressiven PP kommen weltweit in Notfallstationen vor. Er ist der Meinung, dass im Grunde alle Notfallstationen in Bern den gleichen Versorgungsauftrag haben.

❖ **Wie schätzen Sie die Belastung infolge der langen Aufenthaltszeiten dieser PP im UNZ ein?**

Das ist ein Problem. Das liegt daran, dass das UNZ keine psychiatrische Station inklusive einer somatischen Behandlung hat. Eigentlich müsste es ganz in der Nähe des UNZ eine geschlossene psychiatrische Notfallstation geben, auf die die PP weiterverlegt werden könnten. Langfristig ist dies in Planung. In einer psychiatrisch-somatischen Klinik bräuchte es einen notfallmedizinisch geschulten Arzt, der die Überwachung sicherstellt. Die Bewa funktioniert nach diesem Prinzip. Sie besitzt geschultes Sicherheits- und medizinisches Personal. Die Psychiatrie hat dies nicht. Sie verfügt weder über medizinisch geschultes Personal, weil sie kein Geld hat, noch ist sie willig, Patient/innen zu nehmen, die ein somatisches Problem wie eine Intoxikation, eine Hyperglykämie oder sonst ein medizinisches Problem haben. Die Herausforderung könnte in einer psychiatrischen Klinik analog zum Konzept der Bewa gelöst werden. Dafür bräuchte es allerdings mehr Personal. Für dieses Personal gibt es kein Geld, weil dies tariftechnisch bei den Krankenkassen nicht abgebildet ist. Es bräuchte eine psychiatrische Intensivstation. CK-UNZ stellt sich vier bis fünf Zimmer vor, Pflegepersonal sowie einen Arzt, die sich um Suizidale oder Intoxikierte kümmern. Das wäre allerdings sehr teuer und finanziell nirgends dargestellt – deshalb bleiben diese PP zur Behandlung im UNZ hängen.

❖ **Hat das Pflegepersonal genügend Fachkompetenz?**

Nein. Sowohl beim Pflegepersonal als auch bei den Ärzten und Ärztinnen ist das Wissen über Notfallpsychiatrie gering. Die Psychiatrie ist im Medizinstudium ein Nebenfach. Sie ist ein Fach, das in der Ausbildung relativ wenig vorkommt und nur für diejenigen infrage kommt, die sich wirklich dafür interessieren und die es wirklich ausüben wollen. Die Psychiatrie galt lange nicht als richtige Medizin, weil die PP nicht angefasst, sondern Gespräche geführt werden. Genau dies ist das Problem. Hier herrscht eine doppelte Problematik. Es gibt die Psychiater und Zahnärzte. Die haben mit dem Soma überhaupt nichts zu tun, wenn sie Facharzt sind. Wenn sie sich vorher nicht für innere Medizin interessiert haben, haben sie keine Ahnung davon. Es ist auch kein Teil ihrer Ausbildung. Andererseits haben die Somatiker keine Ahnung von der Psyche. Dies ist nichts, wo man reinstechen, reinschneiden oder röntgen kann. Das ist ein riesengrosses Problem. So haben sich die Disziplinen voneinander entfernt.

Beim Pflegepersonal ist es genau gleich. Das Thema psychiatrische Notfälle ist viel häufiger als zum Beispiel der Katastrophenplan. Psychiatrische Notfälle kommen täglich vor. Eigentlich müsste das medizinische Fachpersonal nicht nur in der Lage sein, ein EKG¹⁷ zu lesen, sondern auch ein Gespräch zu führen. Weil es zeitaufwändig ist, wird dies nicht gemacht. Es gibt keine Intervention von fünf Minuten, um herauszufinden, ob jemand suizidal ist. Man benötigt Zeit; das dauert eine Stunde. Diese hat man im UNZ nicht, weil es zu viele PP und zu wenig Personal gibt. Somit dreht sich die Problematik komplett im Kreis.

❖ **Gibt es genügend Personal für diese behandlungsaufwändigen aggressiven PP?**

Nein. Im UNZ gibt es nur Pflegepersonen und keine Psychiatriepflege. Es ist wie bei der Polizei: Die haben genügend Personal für die Streife. Wenn es jedoch zu einem Bankraub kommt, dann muss das Personal abgezogen werden. Dann fehlen diese wieder auf der Strasse. Das ist im UNZ gleich. Früher hatte man ein personelles Polster von ca. 20 Prozent, das als Springer bei schwierigen Situationen eingesetzt wurde.

❖ **Werden kriminelle Energien unterschätzt? (Aussage Bewa)**

CK-UNZ würde nicht von krimineller Energie, sondern eher vom Aggressionspotenzial der PP sprechen. Dieses wird regelmässig unterschätzt.

¹⁷ EKG: Elektrokardiogramm.

❖ **Braucht es gemeinsame Schulungen von Ärzten/Ärztinnen, Sicherheitsdienst und Pflegepersonal in der Fünf-Punkte-Fixation und in der Umsetzung von Standards?**

Das fände er sehr gut.

❖ **Wie ist das Interesse der Ärzte und Ärztinnen zu diesem Thema?**

Das Thema ist für CK-UNZ wichtig. Er findet, dass auch Ärztinnen und Ärzte in der Lage sein müssen, Fünf-Punkte-Fixationen durchzuführen.

❖ **Weshalb werden PP ohne Infusion und Sedation mit einer Fünf-Punkte-Fixation auf die IB verlegt?**

Jemand, der fünf-Punkte-fixiert wird, braucht einen venösen Zugang. Dies sollte umgesetzt werden.

❖ **Wie beurteilen Sie die Ausbildung des Sicherheitsdienstes für die Arbeit im UNZ?**

Die Ausbildung reicht nicht aus. Das Personal des Sicherheitsdienstes sollte BLS¹⁸-Niveau haben. In den USA haben sie eine BLS-Ausbildung. Sie sollten erkennen, ob es jemandem schlechter oder bessergeht, und in der Lage sein, Erste-Hilfe-Massnahmen einzuleiten. CK-UNZ glaubt, dass die Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes dies schätzen würden und dass dadurch ihre Position gestärkt würde. Ausserdem sollten sie die wichtigsten Krankheitsbilder auf der Notfallstation kennen. Sie sollten in der Lage sein, auf eine/n schizophrene/n, eine/n psychotische/n, intoxikierte/n etc. Patientin/Patienten aufzupassen und zu wissen, worauf sie achten müssen. Dafür braucht es keine medizinische Ausbildung.

❖ **Braucht es eine räumliche Trennung (Warteraum/Behandlungszone) von den «normalen» Notfällen? (Aussage Bewa, UPD, RD, PP)**

Nein. CK-UNZ meint, psychiatrische oder aggressive PP sollten nicht warten müssen. Depressive PP könnten warten. Ein/e agitierte/r Patient/in ist dagegen ein Notfall und somit auch eine Gefährdung für sich und für die Umgebung – er/sie sollte daher nicht warten. Ein/e Patient/in, der/die sich suizidal äussert, ist ein Notfall und muss sofort behandelt werden.

¹⁸ BLS: Basic Life Support.

❖ **Musik im Warteraum ist bei PP, MP und Pflegepersonal umstritten. Was ist Ihre Meinung?**

Im UNZ läuft nun der Fernseher und ein Informationsfilm; da braucht es nicht noch zusätzlich Musik. Es gibt eine gewisse Abschirmung und es gibt Unterhaltung. Musik wäre zu viel.

❖ **Gibt es noch weitere Anmerkungen/Ergänzungen von Ihrer Seite?**

Es ist so wie mit Covid-19: Man hofft, dass es sich von alleine auflöst. Das wird es jedoch nicht. Es ist sehr wichtig, dass langfristig Wege gefunden werden und dass eine Auseinandersetzung mit der Thematik stattfindet.

❖ **Ergänzungsfrage: Was macht Covid-19 mit den Menschen?**

Das gälte es langfristig zu untersuchen. CK-UNZ glaubt nicht, dass es die Leute aggressiver macht. Die Frage ist, ob es depressiver macht. Covid-19 verschiebt ein paar Dinge – noch ist allerdings nicht klar, welche. Grundsätzlich ist das Thema Aggressionsmanagement zentral und es wird auch weiter zentral bleiben. Man tut gut daran, zu schauen, wie das Personal geschützt werden kann.

❖ **Was würden Sie anderen Führungspersonen empfehlen?**

CK-UNZ wünscht sich, dass sich das UNZ als ein «Center of excellence in Aggressionsmanagement» entwickeln würde. Das UNZ hat die Aufgabe, sein Wissen zu teilen. Dies wäre ein sehr gutes Pflegeethema. Hier könnte das UNZ sehr viel beitragen. Es wäre toll, wenn das UNZ ein Konzept in der Art der BAS oder «Standards of aggressive patient care» erstellen könnte.

Fazit:

Das Interview mit CK-UNZ zeigte nochmals eine neue Dimension auf, nämlich den Faktor Resilienz. Rees et al. (2018, S. 452) stellten fest: «The experience of Occupational Violence (OV) significantly impacts nurse resilience and levels of burnout. To retain nurses, attention must be given to reduce OV and support nurses who have experienced it.» Tubbert (2016, S. 47) hat die Resilienz von Notfallpflegepersonal untersucht und sieben Resilienz-Faktoren herausgearbeitet, nämlich: «présence d'esprit, decisive action, tenacity, interpersonal connectedness, honesty, self-control, and optimism». Sie empfiehlt Resilienz-Trainings. Obwohl CK-UNZ davon ausgeht, dass ein Grossteil der Notfallpflegenden resilienter

ist als andere Pflegepersonen, fanden Adriaenssens et al. (2015, S. 658) heraus, dass ca. 26 Prozent der Notfallpflegepersonen bereits einmal an einem Burnout gelitten haben. In ihren Augen sind die Fluktuation und die Burnout-Rate beim Notfallpflegepersonal hoch. Deshalb sollten nebst den Schulungen in Aggressionsmanagement Schulungen in Resilienz in Betracht gezogen werden. Darius et al. (2020, S. 90) haben ähnliche Erkenntnisse gewonnen und meinen: «Um die psychische Gesundheit zu schützen, sollten Präventionskurse (Stressverarbeitungskurse, Entspannungskurse) vonseiten des Arbeitgebers angeboten und von Mitarbeitenden genutzt werden.»

Ob es wirklich Mitgefühl ist oder ob es sich um andere Gründe handelt, weshalb auf das Schreiben von Aggressionsmeldungen verzichtet wird, müsste untersucht werden. Hamilton et al. (2016, S. 100 ff) haben verschiedene Gründe herausgefunden, die in Notfallstationen zu einem Verlust des Mitgefühls (*compassion fatigue*) führen. Ein wesentlicher Faktor dafür ist der aggressive Patient/die aggressive Patientin.

CK-UNZ spricht bei der Zunahme von aggressiven und intoxikierten PP von einem «New Normal» (vgl. Exadaktylos, 2020). Es besteht die Haltung: «Too many nurses and other hospital employees see these scenarios as part of the job, rationalizing that if you want to work in the emergency department then you must learn to deal with this aspect of human nature» (Ray, 2007, S. 258). Die «American Nurses Association» ist der Ansicht, dass Gewalt am Arbeitsplatz eliminiert werden muss. Aus Sicht der Pflegepersonen sollten für diese Fälle Psychiatriepflegepersonen oder speziell ausgebildete Pflegepersonen hinzugezogen werden.

Wie die Experten und Expertinnen vertritt auch CK-UNZ die Meinung, dass genügend Personal benötigt wird. Weiter ist er der Ansicht, dass die Fachkompetenz von Pflegepersonen und Ärzten/Ärztinnen für psychiatrisch-somatische Notfälle nicht ausreicht und dass entsprechende PP direkt in einer psychiatrischen Notfallstation behandelt werden sollten, wo gleichzeitig ein Allgemeinmediziner tätig ist.

9 Diskussion, Interpretation und Konklusion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden Fragestellungen, Resultate, Triangulation und Literatur aufgezeigt, zusammengefasst, interpretiert und diskutiert.

1. Hauptfragestellung

Wie sicher fühlen sich die Mitarbeitenden im UNZ und mit welchen Massnahmen kann die Sicherheit des Personals bei der Betreuung von aggressiven PP erhöht werden?

Vertiefungsfragen

- Wie beurteilen Pflegepersonen und MP des UNZ die Sicherheit am Arbeitsplatz und wie ist ihr Sicherheitsempfinden?
- Welche Massnahmen würden sie sich wünschen?
- Wie nehmen Mitarbeitende den Einfluss des Managements auf die Sicherheit wahr?
- Welche Auswirkungen haben aggressive intoxikierte PP auf die Gesundheit der Pflegefachpersonen und der MP?

Resultate

MP: Im Jahr 2018 hatten 31 Prozent Angst vor aggressiven PPA und im 2019 waren es noch 14 Prozent. 2018 fühlten sich 85 Prozent im Allgemeinen «sicher» bis «sehr sicher» und 2019 waren es 100 Prozent. 79 Prozent haben während der letzten drei Monate verbale Attacken und 7 Prozent haben körperliche Attacken erlebt.

Pflegepersonal: Bei der Frage 2 gaben die Mitarbeitenden an, dass sich **82 Prozent** im Jahr 2018 «sicher» bis «sehr sicher» fühlten, im 2019 waren es nur noch **18 Prozent**. Das bedeutet, dass das **Sicherheitsempfinden bei der Betreuung von aggressiven PP sank**. Im Allgemeinen fühlten sich jedoch 94 Prozent der Mitarbeitenden im Jahr 2018 und 89 Prozent im Jahr 2019 bei der Arbeit sicher. Im Jahr 2018 hatten 71 Prozent Angst vor PPA und im Jahr 2019 waren es 66 Prozent. Dafür hatten 5 Prozent im Jahr 2019 siebenmal und häufiger Angst vor PPA.

Vor allem psychiatrische, intoxikierte und äthylisierte PP verunsichern die Mitarbeitenden.

Im Jahr 2019 haben 97 Prozent der Mitarbeitenden innerhalb von drei Monaten verbale Attacken und 45 Prozent haben physische Attacken erlebt.

Faktoren, welche das Sicherheitsempfinden stärken:

Vor allem die Zusammenarbeit mit dem und die Anwesenheit des **Sicherheitsdienstes** sind für MP und Pflegepersonen die wesentlichsten Sicherheitsfaktoren.

Ein weiterer bedeutender Faktor für das Pflegepersonal ist die **Teamgrösse**.

Gewünschte Massnahmen:

MP: Die MP möchten einen grösseren Warteraum und dass sich fix ein Sicherheitsdienst im Warteraum aufhält.

Pflegepersonal: Die Pflegepersonen wünschen sich für die Betreuung von aggressiven PP, dass eine Psychiatriepflegeperson angestellt wird. Sie sind weiter der Meinung, dass psychiatrische PP nicht über das UNZ, sondern direkt in die Psychiatrie eintreten sollten. Für psychiatrische und aggressive PP müsste es einen abgesonderten Warteraum geben (vgl. Befragung Pflegepersonal, 2019, 24E). Die Warte- und Behandlungszeiten von aggressiven PP sollten so kurz wie möglich sein. Die Pflegepersonen wünschen sich, dass auch Ärzte und Ärztinnen den Aggressionsmanagementkurs besuchen.

Experteninterviews: Der Experte der UPD ist der Meinung, dass mit der Präsenz vieler Personen die Übermacht der Mitarbeitenden gegenüber dem Aggressor vermittelt werden kann. Auch der Direktor der Bewa betont die Bedeutung von **genügend Mitarbeitenden**.

Resultate: Einfluss des Managements

43 Prozent der Pflegepersonen geben an, dass die Massnahmen der Vorgesetzten «teilweise» einen Einfluss auf das Sicherheitsempfinden haben. 12 Prozent geben den Einfluss der Vorgesetzten in einem «sehr geringen» bis «geringen Mass» an. → 55 Prozent der Pflegepersonen nehmen den Einfluss des Managements nicht oder nur teilweise wahr.

In Anbetracht des Umstandes, dass das Patientenmanagement eine andere Abteilung ist und eine eigene Leitung hat, wurde den MP diese Frage nicht gestellt.

Resultate: Auswirkungen auf die Gesundheit

PM: 41 Prozent hatten 2018 «oft» bis «sehr oft» gesundheitliche Auswirkungen. 2019 gab niemand von den MP an, «oft» bis «sehr oft» gesundheitliche Auswirkungen zu haben.

Pflegepersonal: Beim Pflegepersonal blieben die gesundheitlichen Auswirkungen 2019 fast identisch zu 2018. Gesundheitliche Auswirkungen erfahren 1 Prozent «sehr oft», 5 Prozent «oft» und 34 Prozent «manchmal».

Triangulation:

Sicherheit: Aggressives Verhalten steigt in Notfallstationen weltweit. Dieser Umstand wird als *New Normal* betrachtet. CK-UNZ vermutet, dass Aggressionen vom Pflegepersonal als Teil der Krankheit betrachtet werden, weshalb aggressive PP häufig nicht gemeldet werden. Das Aggressionspotential wird seines Erachtens regelmässig unterschätzt. Dies entspricht den Ergebnissen der Fallanalysen.

Massnahmen: Eine gleichmässige Verteilung der aggressiven Fälle auf alle Notfallstationen im Raum Bern würde eine Entlastung für das UNZ bringen. CK-UNZ kann sich eine psychiatrisch-somatische Intensivstation vorstellen, wo diese PP behandelt werden.

Er fände eine Schulung für Ärzte und Ärztinnen sowie für das Personal des Sicherheitsdienstes sehr gut. Für psychiatrisch-somatische PP fehlen das Fachwissen und die Zeit, um Gespräche führen zu können.

Zu Spitzenzeiten würden mehr Mitarbeitende für die Betreuung von aggressiven PP benötigt. Hier stimmt CK-UNZ mit den Expert/innen der UPD und Bewa überein.

Management: Das UNZ könnte sehr viel zu diesem Thema beitragen, indem es einen «Berliner Aggressionsstandard» erstellen könnte, der für andere Notfallstationen erhältlich wäre.

Gesundheit: Mitarbeitende wählen die Arbeit im Notfall-Setting und wissen um die Belastungen. CK-UNZ geht davon aus, dass sie deshalb resilienter sind als Mitarbeitende anderer Abteilungen.

Literatur:

Sicherheit: Weltweit steigen die Zahlen an aggressiven PP (vgl. Viottini et al., 2020, S. 2). Al-Ali et al. (2016, S. 87) beobachteten, dass das Sicherheitsgefühl bei Pflegepersonen nach einer Schulung stieg. Koch et al. (2018, S. 20) schreiben: «Obwohl die Problematik bekannt ist, wird Aggression in Institutionen des Gesundheitswesens oft unterschätzt, so dass meist nur unzureichende Massnahmen zur Prävention ergriffen werden.»

Bei einer Befragung von 717 Mitarbeitenden des RD in Deutschland haben 57.7 Prozent der Teilnehmenden angegeben, Gewalt während eines Einsatzes erlebt zu haben (vgl. Jüchser;

Richter, 2020, S. 26). Die Autor/innen der Rettungsdienststudie haben herausgefunden, dass die Gewalt auch im ländlichen Raum zunimmt und zum Berufsalltag gehört (S. 28). Es muss vermutet werden, dass es auch in der Schweiz eine Zunahme an Aggressionen im ländlichen Raum gibt. Solange die RD im Raum Bern die aggressiven PP hauptsächlich ins UNZ bringen, sind die kleineren Spitäler auch weiterhin nicht von dieser Entwicklung betroffen.

Gesundheit: Aggressionen können gesundheitliche Auswirkungen haben (vgl. Walter et al., 2012, S. 50ff; vgl. Alameddine et al., 2011, S. 455; vgl. Estry-Behar et al., 2008, S. 107). Eine hohe Anzahl an Aggressionsfällen hängt mit einer erhöhten Rate an Burnout zusammen (vgl. Estry-Behar et al., 2008, S. 107). Magnavita (2014, S. 372) beschreibt, dass verbale Aggression, eine hohe Belastung über eine längere Zeit und soziale Isolation signifikante Faktoren für psychische Probleme sind.

Massnahmen: Die *Occupational Safety and Health Administration (OSHA)* und das *US Department of Labor* haben allgemeine Empfehlungen für sichere Arbeitsbedingungen herausgegeben. Eine spezifische und umfassende Empfehlung für Notfallstationen wurde nicht gefunden.

Management: Heckemann et al. (2017, S. 3055) untersuchten den Einfluss der Führung auf die Sicherheit von Mitarbeitenden im Umgang mit aggressiven PP. Gemäss Hahn et al. (2016, S. 227) trägt die Haltung des Managements wesentlich zur Sicherheit und zum Sicherheitsempfinden von Mitarbeitenden bei. Gemäss der *Joint Commission* übernimmt die Führung eine entscheidende Rolle bei der Prävention von Gewalt (vgl. DiBlasi Moorehead, 2019). In der Literatur wird die **Bedeutung des Managements vor allem bei der Prävention** von Gewalt beschrieben (vgl. Koch et al., 2018; vgl. Hahn et al., 2016).

Diskussion:

Die Forschungsergebnisse bestätigen, dass die Belastung durch aggressive PP kontinuierlich steigt. Im Gegensatz zur Erkenntnis von Al-Ali et al. (2016, S. 87) hat sich das Sicherheitsempfinden beim Pflegepersonal UNZ nach den Schulungen verringert. Ein möglicher Grund könnte der **Zeitpunkt der Befragung** sein: Al-Ali et al. (2016, S. 85) haben die zweite Befragung bereits nach fünf Wochen durchgeführt. Im UNZ wurde die Fünf-Punkte-Fixation im November 2018 geschult und die Umfrage fand im Juni 2019 statt. Das würde bedeuten, dass der Effekt nach einer gewissen Zeit abnimmt und es deshalb in regelmässigen Abständen Schulungen braucht. Diese Hypothese müsste überprüft werden.

Der Wunsch des Pflegepersonals nach einer psychiatrischen Pflegeperson, einem separaten Warteraum und einer interdisziplinären Schulung sollte bei zukünftigen Sicherheitsmassnahmen in Betracht gezogen werden. Empfehlungen dazu wurden in der Literatur nicht gefunden. Die Auswirkungen dieser Empfehlung müssten weiter untersucht werden.

Ob Pflegepersonen des UNZ resilienter sind als Pflegepersonen der Abteilung, kann nicht gesagt werden. Die Befragung zeigt jedoch, dass aggressive PP eine grosse Belastung für das Personal im UNZ bedeuten. Welche gesundheitlichen Auswirkungen die Mitarbeitenden im UNZ konkret erlebt haben, wurde nicht befragt. Auch bei den offenen Fragen gab es dazu keine Rückmeldungen.

Der **Faktor Management** wird von den Mitarbeitenden nicht als relevant betrachtet. Dies ist insofern verständlich, als die Mitarbeitenden im Alltag nur durch ihre Arbeitskolleg/innen und durch den Sicherheitsdienst eine Unterstützung erleben. Das Management ist nur zu Bürozeiten vor Ort und deshalb mehrheitlich nicht anwesend, wenn aggressive PP eintreten. Nichtsdestoweniger ist das Management zuständig für das Budget, das für Sicherheitsmassnahmen eingesetzt wird (zum Beispiel Weiterbildungen, Standards, Stellenetat, strategische Massnahmen zur Unterstützung des Teams), und dafür, dass die Werte der Null-Toleranz nach aussen sichtbar gemacht werden.

Vertiefung der Ergebnisse durch die Intoxikationsstudie

- Wie stark ist die Belastung durch Intoxikierte?
- Was macht eine Situation mit Intoxikierten besonders belastend?
- Welches sind die negativen Auswirkungen belastender Situationen mit Intoxikierten?
- Welche Strategien werden angewendet, um die Zunahme an Intoxikierten und Aggressiven emotional zu verkraften?
- Was hilft den Mitarbeitenden, eine belastende Situation gut bewältigen zu können?

Resultate:

Stärke der Belastung: 59 Prozent der Pflegepersonen fühlen auf einer Skala von 1 bis 10 eine Belastung von > 6.

Besondere Belastung: Die Mitarbeitenden empfinden die Situation als besonders belastend, wenn mehrere aggressive intoxikierte PP über mehrere Stunden im UNZ behandelt werden.

Negative Auswirkungen: Mehrere aggressive intoxikierte PP haben eine Auswirkung auf das Sicherheitsgefühl, die Emotionen und das Arbeitsklima.

Strategien der Mitarbeitenden: Diese Fälle werden im Team oder im Privaten besprochen. Ein Drittel der Mitarbeitenden übernimmt manchmal andere PP, um keine aggressiven intoxikierten PP pflegen zu müssen.

Unterstützende Faktoren: Vor allem das Team, die Teamgrösse und Schulungen/Weiterbildungen werden als unterstützende Faktoren wahrgenommen.

Zusammenfassung der Rückmeldungen zu offenen Fragen:

Hier sprechen die Pflegepersonen an, dass das ärztliche Personal nicht geschult ist, bei Fixationen nicht anwesend ist und die PP ungenügend sediert werden. Sie wünschen sich separate Räumlichkeiten und psychiatrisch geschultes Personal für die Behandlung dieser PP. Ausserdem sollten die Aufenthaltszeiten so kurz wie möglich sein und die Diagnostik sollte auf die wichtigsten Parameter beschränkt werden. Diese Rückmeldungen entsprechen den Aussagen der Interventionsstudie.

Triangulation: Das Wissen über Notfallpsychiatrie ist gemäss CK-UNZ relativ gering. Gleichzeitig verfügen Psychiater/innen über wenig Wissen hinsichtlich somatischer Erkrankungen. Für die Gespräche mit psychiatrischen PP wird Zeit benötigt; diese steht im UNZ bei dem hohen Patientenaufkommen nicht zur Verfügung.

Bei einer Fünf-Punkte-Fixation fehlt es an genügend Personal. Der Stellenetat hat solche Situationen nicht einkalkuliert.

Literatur:

Nau et al. (2019, S. 400) erklären, dass die wissenschaftlichen Untersuchungen psychischer Folgen nach einem PP-Übergriff international gesehen erst begonnen haben. Viele Gewaltereignisse können psychische Probleme zur Folge haben (vgl. Nau et al., 2019, S. 402). Gesundheitliche Auswirkungen haben Needham et al. (2005, S. 286f) in einem Literaturreview in einer systematischen Übersicht zusammengefasst. Sie unterscheiden zwischen biophysiologicalen, kognitiven, emotionalen und sozialen Auswirkungen.

Unterstützende Faktoren: Nau et al. (2019, S. 403) empfehlen verbale Deeskalationsstrategien und körperliche Abwehrtechniken. Des Weiteren befürworten sie Debriefings und posttraumatische Unterstützung durch ausgebildete psychologische Erste-Hilfe-Teams (vgl. Nau et al., 2019, S. 414).

In der psychiatrischen und psychologischen Forschung wird das Konzept der Resilienz empfohlen (vgl. Graber et al., 2015, S. 5).

Diskussion:

Auch wenn davon ausgegangen wird, dass Mitarbeitende des UNZ resilienter sind als Pflegepersonen in anderen Abteilungen, so ist die Belastung durch mehrere aggressive intoxikierte PP für das Personal dennoch gross. Weiterbildungen in Resilienz wären eine Ergänzung zur Schulung in Aggressionsmanagement.

Teilfragestellung

Bauliche Interventionen

Wie verändert sich das Sicherheitsempfinden der Pflegepersonen und der MP nach der Implementierung von evidenzbasierten baulichen Massnahmen beim Empfang (Einsatz von Naturelementen, tiefenwirksamen Landschaftsbildern und schalldämpfenden Elementen sowie Anpassung der Beleuchtung im Warteraum)?

Resultate:

Mitarbeitende Patientenmanagement: Für die MP war die wichtigste Massnahme der geschlossene Arbeitsbereich. Hier kam es nach dem Umbau zu einer Steigerung des Sicherheitsempfindens von «gut» und «sehr gut» bei 25 Prozent auf 78 Prozent. 83 Prozent geben an, dass sich die Sicherheit nach dem Umbau verbessert hat.

Pflegepersonal: 81 Prozent geben an, dass sich nach den Interventionen die Sicherheit verbessert hat. Für das Pflegepersonal bedeuteten die baulichen Massnahmen eine Verbesserung bei Licht, Lärm und Luftqualität. Die Massnahmen wirken stressmindernd.

Experteninterview Leiter Patientenmanagement: Gemäss dem Experteninterview mit dem LPM haben die baulichen Massnahmen eine beruhigende Wirkung auf die PP. Die Wartezeiten wurden seitdem besser toleriert und es kam zu weniger Aggressionen und Reklamationen im Warteraum.

PP: Für PP sind vor allem ihr Gesundheitszustand und die Wartezeiten störend. Allgemein wird der Warteraum nach dem Umbau als freundlicher beurteilt.

Triangulation:

Aggressive psychiatrische PP sollten nicht warten, sondern möglichst zeitnah behandelt werden.

Literatur:

Trotz belastender Umstände wie Krankheit oder Unfall wurde durch die baulichen Massnahmen das Erleben der Wartezeit bei PP positiv verändert. Umgebungsfaktoren können Stress und Aggressionen auslösen (vgl. Walter et al., 2012, S. 91).

Ulrich et al. (2008, S. 63; 1991, S. 201ff) beschreiben die stressreduzierende Wirkung von baulichen Massnahmen. Ihre Resultate konnten mit der Empirie bestätigt werden. **PP tolerierten die Wartezeiten besser und es kam zu weniger Reklamationen.**

MP, Pflegepersonal und der Chefarzt der UPD meinten, dass psychiatrische, intoxikierte und/oder aggressive PP in einem von «normalen» Notfällen getrennten Warteraum warten sollten. **Es wurden keine Studien mit einer ähnlichen Empfehlung gefunden.**

Offen bleibt, welche Art von Musik zu einer beruhigenden Atmosphäre beiträgt. Hier gingen die Meinungen auseinander: Einige PP bevorzugten einen ruhigen Warteraum, andere bevorzugten unterschiedliche Musikrichtungen. Auch das Pflegepersonal und die MP hatten dazu unterschiedliche Meinungen. Filus et al. (2015, S. 206ff) zeigen auf, dass der Lärmpegel vor allem im Eingangsbereich von Notfallstationen hoch ist. Ob eine bestimmte Musikrichtung oder Lautstärke einen Einfluss auf das Wohlbefinden der PP im Eingangsbereich der Notfallstation haben, müsste erforscht werden.

Diskussion: Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Da die Resultate von 2018 und 2019 ähnlich ausfielen und weil über 200 PP befragt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass die Antworten repräsentativ für die Mehrheit der PP sind. Ausserdem wurden die Umfrageformulare durch die MP und nicht durch das Pflegepersonal verteilt, da vorgängige Befragungen gezeigt haben, dass die MP gewissenhafter Fragebögen abgeben als das Pflegepersonal. Es kann jedoch nicht mit absoluter Sicherheit gesagt werden, ob wirklich alle eintretenden PP angefragt wurden oder ob die MP eine Selektion durchführten, um möglichst positive Antworten zu erhalten.

Es erstaunt, dass die baulichen Massnahmen durch das Pflegepersonal nicht besser beurteilt wurden, zumal das Projekt zusammen mit der Berner Fachhochschule der Künste nach evidenzbasierten Kriterien implementiert wurde (Licht, Luft, Lärmschutz, Naturelemente). Womöglich spielt auch hier der Zeitfaktor (wann die zweite Umfrage durchgeführt wurde) eine entscheidende Rolle. Der Umbau fand im Dezember 2018 statt und die Umfrage im Juni 2019.

Fünf-Punkte-Fixation

- Welche Schwierigkeiten erkennen die Mitarbeitenden bei der Fünf-Punkte-Fixation?
- Welche Auswirkungen hat die Schulung des Pflegepersonals in der Fünf-Punkte Fixation?

Resultate:

Schwierigkeiten bei der Umsetzung: Da der Sicherheitsdienst und die Ärzte und Ärztinnen nicht geschult wurden, vergrößerten sich die Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung. Am häufigsten wurden der fehlende Lead und eine ungenügende Sedation genannt.

Auswirkungen: Die Weiterbildungen in der Fünf-Punkte-Fixation werden sehr geschätzt, die Mitarbeitenden fühlen sich im Umgang mit aggressiven PP sicherer und sehen darin einen Nutzen im Alltag. Allgemein finden sie jedoch, dass die Fixationen schlechter verlaufen.

Das Pflegepersonal des UNZ gab bei der Befragung an, dass die Fixationen **indiziert** waren. Ohne Fixation wäre es nicht möglich gewesen, die gleiche Sicherheit für den Patienten/die Patientin und das Personal zu erreichen.

Die Anzahl der Fixationen nahm im Jahr 2019 zu.

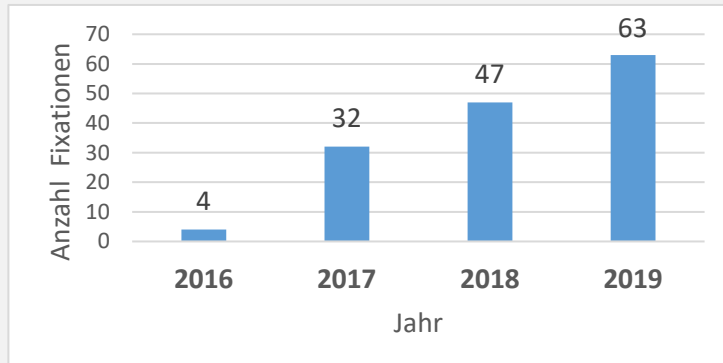


Abbildung 53: Jährliche Zunahme der Fünf-Punkte-Fixationen (Quelle: Utiger, 2020, nicht veröffentlicht)

Nach der Schulung in der Fünf-Punkte-Fixation und der Einführung eines Standards wurden im Dezember 2019 die Fixationsprotokolle überprüft. Es zeigte sich, dass die Defixierung, die Nachbesprechung durch den Arzt/die Ärztin mit dem Patienten/der Patientin sowie das Debriefing in sieben von acht Fällen nicht ausgefüllt wurden. Die Pflegepersonen wissen, dass alle durchgeführten Massnahmen, die sie nicht dokumentieren, als nicht gemacht gelten. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass diese Massnahmen nicht umgesetzt wurden.

Überprüfung der Fixationsprotokolle zu folgenden Themen:	Aus- gefüllt	Nicht aus- gefüllt	Bemerkungen
Angabe der Eintrittsart (Rettungsdienst, Polizei, Privat)	8x		
Eintrittsgrund	8x		
Urteilsfähigkeit	7x	1x	
Deeskalierende Massnahmen	6x	2x	
Eskalierende Massnahmen: Freiheitsentzug	6x	2x	
Aggressionsmeldung	4x	4x	
Vorbesprechung des Vorgehens	5x	3x	
Beteiligte Fachpersonen	7x	1x	
Medikation	6x	2x	Meist kombiniert nasal, intravenös, intramuskulär 2x nur nasal
Pflegerische Interventionen	7x	1x	
Evaluation der Fixation	5x	3x	
Defixierung	1x	7x	
Debriefing	1x	7x	
Nachgespräch Arzt/Ärztin mit Patient/in	1x	7x	

Tabelle 7: Überprüfung der Dokumentation der Fünf-Punkt-Fixation

Triangulation:

Sowohl Ärzte/Ärztinnen als auch das Personal des Sicherheitsdienstes sollten geschult werden.

Literatur:

Emde und Merkle (2002) fanden heraus, dass die Anzahl der Fixationen nach der Schulung der Mitarbeitenden von 20 auf 7 pro Monat reduziert wurde.

Fröhlich et al. (2018, S. 241) fanden keine Evidenz für einen Nutzen der Fixation. Sie erforschten im Rahmen einer Literaturrecherche den Nutzen der Fixation in Intensivstationen.

Fish und Culshaw schreiben (2005, S. 103), dass sowohl PP als auch Mitarbeitende ein Post-Inzidenz-Debriefing sehr schätzen. Sie konnten ebenfalls feststellen, dass ein Debriefing selten durchgeführt wird.

Roche et al. (2010, S. 13) fanden heraus, dass mit einer höheren Fachkompetenz die Sicherheit für PP und Mitarbeitende steigt. Weiter schreiben sie, dass Mitarbeitende, die sich sicher fühlen, effizienter und motivierter arbeiten und eine bessere Versorgungsqualität erzielen.

Davison (2005, S. 362ff) untersuchte das Aggressionsmanagement und die Prävention von Gewalt in psychiatrischen Kliniken. Wenn die deeskalierenden Massnahmen nicht greifen und eine **akute Gefahr besteht, dann soll zum Schutz des Patienten/der Patientin und der Mitarbeitenden schnellstmöglich fixiert werden** (vgl. Davison, 2005, S. 365). Dafür wird **ausreichend und gut geschultes Personal** benötigt. Zu dieser Empfehlung kann aufgrund der Forschungsergebnisse im UNZ ergänzt werden, dass alle beteiligten Berufsgruppen (Ärzte/Ärztinnen, Pflegepersonal und Sicherheitsdienst) interprofessionell geschult werden müssen.

In einer in der Türkei durchgeführten Studie wurden die Komplikationen und die Todesfälle durch Fixation untersucht (vgl. Demir, 2007, S. 40). Demir empfiehlt, die Fixationen möglichst zu reduzieren und das Personal zu schulen. Todesfälle infolge von Fixation sind im Inselspital nicht bekannt. Unter welchen Bedingungen in der Türkei fixiert wird, wird nicht beschrieben. Im Notfallzentrum muss jeder Patient/jede Patientin, der/die fixiert wird, 1:1 überwacht werden. Dies wird mit einem Monitoring (Überwachung der Herzfrequenz und des Sauerstoffgehaltes im Blut) und durch die Präsenz des Sicherheitsdienstes gewährleistet.

In der Intensivstation wird vor allem fixiert, damit Leitungen (zum Beispiel Infusionen) nicht herausgezogen werden können (Minnick et al., 2007, S. 36). Die Notfallstation hat ein viel akuterer und aggressiverer Setting als die Intensivstation oder die Abteilungen (vgl. Kowalenko et al., 2012, S. 523). Aus diesem Grund braucht es in der Notfallstation rigorosere Massnahmen.

Diskussion:

Im Gegensatz zur Aussage von Emde und Merkle (2002) haben die Fixationen im UNZ zugenommen. Es muss vermutet werden, dass der zentrale Grund dafür die Zunahme an intoxikierten und aggressiven PP ist. Aus den Befragungen der Stationsleitungen und des Leiters

der Sanitätspolizei Bern geht deutlich hervor, dass Polizei und RD die aggressiven PP im Raum Bern nur noch ins UNZ bringen.

Fröhlich et al. (2018, S. 241) konnten im Rahmen einer Literaturrecherche keinen Nutzen der Fixation aufzeigen. Die Studien wurden in Intensivstationen durchgeführt, die ein anderes Setting als das UNZ aufweisen. Auf der Intensivstation soll mit der Fixation verhindert werden, dass PP ihre Kabel/Leitungen/Infusionen herausziehen. Im UNZ handelt es sich um selbst- und fremdgefährdende PP. Im Gegensatz zur Erkenntnis von Fish und Culshaw (2002) gaben die Pflegepersonen im UNZ bei der Befragung an, dass die Fünf-Punkte-Fixationen indiziert waren.

Interprofessionelle Schulung: Obwohl die Schulung auch für Ärzte und Ärztinnen zugänglich war, nahmen sie nicht daran teil. Die Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes haben die Schulungen ebenfalls nicht besucht. Es kann gemutmasst werden, dass die Umsetzung des neu erworbenen Fachwissens für die geschulten Pflegepersonen frustrierend abläuft, weil weder Ärzte/Ärztinnen noch die Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes den gleichen Wissensstand haben und deshalb die Umsetzung in der Praxis nicht nach dem vermittelten Standard abläuft. Als Hauptfaktoren wurden der fehlende Lead durch Ärzte/Ärztinnen und eine ungenügende Sedation genannt. Trotzdem wurde die Weiterbildung in Aggressionsmanagement als hilfreich für den Alltag bewertet und die Pflegepersonen gaben an, dass sie sich dadurch sicherer fühlten.

81 Prozent der Pflegepersonen sagten aus, dass sich die Sicherheitssituation nach den Massnahmen verbessert hat.

Eine befragte Pflegeperson wünscht sich: «Schnellere und effizientere Behandlung bei aggressiven Patienten. Umsetzung der Fixationsrichtlinien. Mehr spezifisch geschultes Personal für die Betreuung von "schwierigen" Patienten» (Befragung Pflegepersonal, 2019, 65E).

Bei der Befragung des Gruppenleiters Sicherheitsdienst (vgl. F, 2020) zeigte sich deutlich, dass es ein Aus- und Weiterbildungsdefizit bei den Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes gibt. Neue Mitarbeitende erhalten eine Einführung von nur einem Tag. Wenn sie an diesem Tag keine Fünf-Punkte-Fixation erleben, dann sind sie in der akuten Situation überfordert und wissen nicht, was von ihnen erwartet wird. Es macht Sinn, die Schulungen interprofessionell mit dem Pflegepersonal, den Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes und den Ärzten und Ärztinnen durchzuführen. Bei den Assistenzärzt/innen kommt es alle sechs bis zwölf

Monate zu einer Rotation. Deshalb gestaltet sich eine Schulung der Assistenzärzte und -ärztinnen als schwierig.

Fehlende Fachkompetenz konnte durch die Überprüfung der Fixationsprotokolle festgestellt werden, da bei zwei von acht Fixationen nicht sediert wurde. Bestätigt wurde dies durch die Aussage der Stationsleitung der IB, dass PP manchmal ohne Infusion und ohne Sedation aus dem UNZ verlegt werden (E, 2020. #00:13:50-5#).

2. Hauptfragestellung: Wie beurteilen Stationsleitungen aus Notfallstationen der Schweiz ihren Sicherheitsstandard und welche Massnahmen haben sie implementiert?

Resultate:

Bei der Umfrage kristallisierte sich heraus, dass es sehr grosse Unterschiede zwischen den Notfallstationen in Bezug auf die Anzahl der PP (6'600 bis 51'000 PP pro Jahr), die Anzahl der Mitarbeitenden (4 bis 85) und die Anzahl aggressiver PP gibt.

Die Stationsleitungen schätzen ihren Sicherheitsstandard mit 3.13 ein. Ihre Zufriedenheit mit den bestehenden Massnahmen liegt bei 3.39; dies ist ein mittelmässiger Wert und bedeutet, dass sie «teils-teils» zufrieden sind. Die Stationsleitungen stufen das Sicherheitsempfinden der Mitarbeitenden ebenfalls mittelmässig mit 3.24 ein.

Es fällt auf, dass 52 Prozent der Stationsleitungen die Anzahl der Aggressionsfälle in ihrer Abteilung nicht kennen und dass auch keine Aggressionsmeldungen erfasst werden. 26 Prozent der Notfallstationen verfügen über ein Sicherheitskonzept und 28 Prozent haben schriftliche Standards. Nur in 12 Prozent der Notfallstationen ist ein Sicherheitsdienst rund um die Uhr vor Ort. 47 Prozent haben Überwachungskameras.

Die RD und die Polizei bringen aggressive und intoxikierte PP vor allem in die grossen Zentren. Aus diesem Grund werden in kleinen Notfallstationen kaum PP fixiert. In den grossen Spitälern werden ca. sechs Fixationen pro Monat durchgeführt; im UNZ sind es durchschnittlich sieben Fixationen.

Aufgrund des unterschiedlichen Patientengutes weisen die grossen Notfallstationen mehr Aggressionsfälle aus als kleine Notfallstationen oder Privatspitäler.

Triangulation: CK-UNZ wünscht sich, dass das UNZ sich zu einem «Center of excellence» in Aggressionsmanagement entwickelt und Standards ausarbeitet, auf welche auch andere Notfallstationen zurückgreifen könnten.

Literatur:

Bislang gab es keine Erhebung bzw. keinen Vergleich zwischen Notfallstationen der Schweiz hinsichtlich der von ihnen implementierten Sicherheitsmassnahmen.

Auf Leitungsebene sollen Strategien in Aggressionsmanagement ausgearbeitet werden (vgl. Weiland et al., 2017, S. 647). Auch Walter et al. (2012, S. 465ff) sind der Auffassung, dass Aggressionsmanagement Führungsaufgabe ist.

DiBlasi Moorehead (2019) ist der Ansicht, dass Leadership eine entscheidende Rolle bei der Prävention von Gewalt am Arbeitsplatz hat. Sie schreibt: «Health care leaders must work hand in hand with health care workers to prevent workplace violence, but it starts with leaders setting the priority for zero harm due to violence [...]»

Die gewonnenen Erkenntnisse bestätigen die Aussagen von Hahn (2016, S. 227): «Kader und Managementpersonen scheinen noch zu wenig sensibilisiert für das Thema und sich ihrer Verantwortung für die physische und psychische Unversehrtheit ihrer Mitarbeitenden am Arbeitsplatz zu wenig bewusst zu sein». Auch Heckemann et al. (2017, S. 3050) konnten feststellen, dass das Management nicht ausreichend über aggressive PPA informiert ist.

Diskussion:

Es konnte herausgefunden werden, dass nicht alle Notfallstationen in der Schweiz ein hohes Aufkommen an aggressiven PP aufweisen. Aus diesem Grund sind die Bedürfnisse unterschiedlich und nicht jede Notfallstation benötigt die gleichen Standards in Aggressionsmanagement.

In einer zukünftigen Studie sollte die Belastung durch aggressive PP in Universitätsspitalern und Kantonsspitalern mit einem hohen Patientenaufkommen erhoben und verglichen werden. Wünschenswert wäre eine Teilnahme der französisch- und der italienischsprachenden Schweiz.

In 52 Prozent der Notfallstationen wurden keine Aggressionsmeldungen erfasst. Für das Management ist es deshalb schwierig, die Belastungen für die Mitarbeitenden einzuschätzen oder Veränderungen zu erkennen, um frühzeitig Massnahmen ergreifen zu können.

3. Hauptfragestellung Experten und Expertinnen PO

Welche Sicherheitsstandards haben PO und welche Empfehlungen geben sie der Leitung des UNZ?

Vertiefungsfragen:

- Wie schätzen PO die Belastung ihrer Mitarbeitender durch intoxikierte und aggressive PP ein?
- Welche Massnahmen empfehlen die PO der Führung im UNZ, um die Sicherheit zu erhöhen?

Resultate:

Bei den PO gibt es grosse Unterschiede. Diese spiegeln sich bereits in der Einschätzung der Belastung durch aggressive PP, der Einführungszeit von neuen Mitarbeitenden und der Schulungen wider. Sehr gut ausgebildet werden die Mitarbeitenden der Bewa und der Psychiatrie. Die Intensivstation hat alle Mitarbeitenden einmalig einen Tag lang in Aggressionsmanagement geschult. Es fällt auf, dass neue Mitarbeitende des Sicherheitsdienstes im UNZ nur einen Tag eingeführt werden. Die Pflegestationen behandeln nicht das gleiche Patientengut wie das UNZ. Sie spüren höchstens Aggressionen von Dementen und PP in einem Delirium. Durch Nachbesprechungen werden die Mitarbeitenden der Pflegestationen geschult. Die Mitarbeitenden des RD werden während der Ausbildung zum Rettungssanitäter in Aggressionsmanagement geschult.

Die PO erfahren verschieden starke Belastungen durch aggressive PP und erleben diese auch unterschiedlich. Auf der Bettenstation gibt es ein anderes Aggressionspotential (zum Beispiel durch Delirium oder Demenz) als im UNZ (akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung).

Die Expert/innen der Bewa, des RD und der UPD finden, dass die Räumlichkeiten und die Personalqualifikation im UNZ nicht den Anforderungen entsprechen. **Da das UNZ ein öffentlicher Raum ist, kann die Sicherheit nicht gleich gewährleistet werden wie bei der Polizei, der Psychiatrie oder der Bewa.** Deshalb sollte die Aufenthaltszeit im UNZ so kurz wie möglich sein. Für die Behandlung von aggressiven PP braucht es speziell ausgebildetes und genügend Personal. Es sollte eine räumliche Trennung zwischen «normalen» Notfällen und aggressiven, intoxikierten und/oder psychiatrischen Notfällen vorgenommen werden.

Literatur:

Optimierungspotential im Aggressions- und Sicherheitsmanagement im UNZ aus der Sicht von Partnerorganisationen

Bei den Experteninterviews mit Partnerorganisationen vertraten drei Expert/innen (Bewa, RD, UPD) die Meinung, dass das UNZ nicht der richtige Behandlungsplatz für aggressive und/oder intoxikierte PP ist. Sie waren sich aber bewusst, dass diese PP aus der Region Bern in das UNZ gebracht werden, was dort zu einer Häufung der Fälle führt. Die Expert/innen von Bewa, RD und UPD sind sich einig, dass sowohl die Fachkompetenz als auch die Räumlichkeiten den Versorgungsansprüchen dieses Patientengutes nicht genügen. Bei der Befragung des Pflegepersonals kam es zu den gleichen Äusserungen. Auch sie forderten einen getrennten Warteraum für «normale» Notfälle und für aggressive/intoxikierte Notfälle. Weiter wünschten sich die Pflegepersonen, dass eine psychiatrisch ausgebildete Pflegeperson für dieses Patientengut eingestellt wird und dass die PP auf alle Berner Spitäler verteilt werden, damit es nicht zu einer Häufung der Fälle im UNZ kommt.

Bock (2005, S. 186) schreibt: «Für die Bewältigung der Aufgabe sind ausreichend qualifizierte, aufgaben-, ziel- und teamorientierte, sowie engagierte Mitarbeiter notwendig». Dem Pflegepersonal fehlt das Fachwissen darüber, wie mit aggressiven PP umgegangen werden soll. Weiter gibt der Direktor der Bewa an, dass das Pflegepersonal nicht für die Sicherheit zuständig ist und dass es wichtig ist, genügend Personal zu haben. Gerade im Nachtdienst ist die personelle Besetzung reduziert, sodass ein aggressiver Patient/eine aggressive Patientin die ganzen personellen Ressourcen für sich braucht und die «normalen» Notfälle nicht die nötige Aufmerksamkeit erhalten.

In der Bewa wurde ein speziell für ihr Patientengut ausgebildetes Sicherheitspersonal angestellt. Dieses absolviert eine zweijährige Ausbildung. Die Einführungszeit dauert ein Jahr.

Von solchen Standards ist das Sicherheitspersonal, das im UNZ arbeitet, weit entfernt. Es gibt keine spezifische Ausbildung für den Umgang mit aggressiven und/oder psychiatrischen PP. Nach nur einem Tag Einführung können die Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes nicht wissen, was für Fälle und Probleme zu erwarten sind. Eine Fünf-Punkte-Fixation haben sie vorher noch nie gesehen und sie wissen nicht, wie diese abläuft. Es erstaunt, dass Levin et al. bereits 1998 bei einer Befragung von Pflegepersonen in der Notfallstation zu identischen Ergebnissen kamen: «**I think, they just hire people who can stand guard at the door.** They (security guards) don't understand restraining techniques, the warning signs of escalation.... Sometimes the security guards are part of the problem. Some of them are "Rambo-type" macho men» (Levin et al., 1998, S. 251). Hier öffnet sich ein neues Feld, das in zukünftigen Studien vertieft beforscht werden sollte.

Auch Ärzte und Ärztinnen sind nicht im Umgang mit aggressiven PP geschult. Wenn vor allem neue Mitarbeitende zusammen Dienst haben, sind sie mit der Situation vielfach überfordert.

Diskussion:

Der Gruppenleiter des Sicherheitsdienstes schätzte die Bewachung von aggressiven PP als nicht belastend ein. Seine Aussage steht im Gegensatz zum Direktor der Bewa und des Chefarztes des UPD. Eine Einführungszeit von einem Tag für das Personal des Sicherheitsdienstes empfand auch er als ungenügend. Ob die Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes die Belastung gleich niedrig einschätzen wie der Gruppenleiter, müsste genauer untersucht werden.

Es fehlen interprofessionelle Schulungen (Pflegepersonal, Ärzte/Ärztinnen und Personal Sicherheitsdienst), bei denen die Fünf-Punkte-Fixation geübt werden. Die Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes haben einen externen Arbeitgeber. Die Weiterbildungstage sind mit Kosten verbunden. Hier müsste die Zusammenarbeit mit der Leitung des Sicherheitsdienstes intensiviert werden, damit sie an den Schulungen teilnehmen könnten.

Die Psychiater schreiben keine Aggressionsmeldungen, da es eine unterschiedliche Wahrnehmung davon gibt, was eine Aggression ist. Eine Qualitätssicherung findet nicht statt. Das Pflegepersonal im UNZ schreibt vor allem dann eine Aggressionsmeldung, wenn sie sich persönlich angegriffen fühlen, also, wenn sie eine persönliche Drohung erleben. Bei allge-

mein aggressivem Verhalten wird keine Aggressionsmeldung geschrieben; zum Beispiel geschieht dies bei den meisten Fünf-Punkte-Fixationen nicht. Diese Praxis entspricht der Aussage von CK-UNZ, dass aggressives Verhalten vom Pflegepersonal als Symptom einer Erkrankung angesehen wird.

Da nicht alle Vorkommnisse gemeldet werden, ist das Management nicht darüber informiert, wie die Belastung im Alltag aussieht. Dadurch fehlt das Wissen über wiederkehrende aggressive PP, und bei einem Wiedereintritt werden nicht rechtzeitig die nötigen Sicherheitsmassnahmen getroffen. Die Information über wiederkehrende PP und die getroffenen Massnahmen bei einem vorgängigen Besuch sollte den Mitarbeitern bereits bei Wiedereintritt von aggressiven PP vorliegen.

10 Gütekriterien

Die Gütekriterien und die methodische Abgrenzung wurden im Empirischen Teil III/2 - 7 behandelt und werden nun, nach der Konklusion der empirischen Ergebnisse, reflektiert.

Das Vorgehen bestand aus einem multimodalen Forschungsansatz mit verschiedenen Methoden. Zusätzlich zum empirischen Forschungsansatz wurden Methoden des Projektmanagements eingesetzt. Deshalb werden nebst den quantitativen und qualitativen Gütekriterien allgemeine Gütekriterien betrachtet.

Quantitative Gütekriterien	Qualitative Gütekriterien	Allgemeine Gütekriterien
Objektivität	Transparenz	<ul style="list-style-type: none"> • Nützlichkeit • Durchführbarkeit • Fairness • Genauigkeit
Reliabilität	Reichweite	<ul style="list-style-type: none"> • Wissenschaftliche Unabhängigkeit
Validität	Intersubjektivität	<ul style="list-style-type: none"> • Relevanz • Aktualität

Tabelle 8: Gütekriterien

Quantitative Gütekriterien

Objektivität:

Beim Fragebogen (Messinstrument) wurde zum Beispiel darauf geachtet, dass es bei den Formulierungen zu keinen subjektiven Einflüssen seitens der Autorin kommt.

Damit das Pflegepersonal an der Triage die Patienten und Patientinnen nicht für eigene Interessen selektiert, wurde das Patientenmanagement beauftragt, alle eintretenden PP zu befragen, ob sie teilnehmen möchten, und die Fragebögen zu verteilen.

Reliabilität:

Eine Wiederholung der Befragung fand nach der Intervention im Jahr 2019 statt. Es zeigten sich trotz der Intervention mehrheitlich ähnliche Resultate. Es kann davon ausgegangen werden, dass es bei einer Wiederholung durch eine andere Person zu ähnlichen Ergebnissen gekommen wäre.

Ausserdem wurden die demographischen Daten (Alter und Geschlecht) der befragten Patienten und Patientinnen mit dem gesamten Patientenaufkommen im gleichen Zeitraum verglichen. Diese Überprüfung zeigte, dass keine Selektion nach Alter oder Geschlecht stattfand.

Validität:

Für die Inhaltsvalidität der Fragebögen wurden eine Literaturrecherche durchgeführt und verschiedene Fragebögen geprüft. Das Konzept und die Fragebögen wurden mit Experten und Expertinnen besprochen und Pretests durchgeführt. Die Fragebögen beinhalteten nebst einer Skala von eins bis fünf auch noch eine sechste Spalte für andere/weitere Bemerkungen. Am Schluss wurden mit einer offenen Frage die Teilnehmer/innen zu Ergänzungen oder Anmerkungen aufgefordert. So konnte gewährleistet werden, dass auch bei der quantitativen Umfrage neue Erkenntnisse möglich waren.

Die Ergebnisse zu den räumlichen Massnahmen entsprechen den Empfehlungen der Literatur. So gaben Patienten und Patientinnen, Pflegepersonen und Mitarbeitende des Patientenmanagements eine Verbesserung und Stressminderung durch die getroffenen Massnahmen an.

Die Befragung des Pflegepersonals wurde anonym durchgeführt und die Teilnahme war freiwillig.

Als bei der Befragung nach den Interventionen die Mitarbeitenden angaben, dass das Sicherheitsempfinden sank, wurde zusätzlich die Intoxikationsstudie durchgeführt, um das Ergebnis verstehen zu können.

Qualitative Gütekriterien

Transparenz:

Die wichtigsten Arbeitsschritte wurden beschrieben und sind nachvollziehbar.

Reichweite:

Eine Wiederholung der Untersuchung würde ähnliche Resultate bringen.

Intersubjektivität:

Die Daten wurden diskutiert und reflektiert. Speziell hervorgehoben werden muss der Vergleich der Experteninterviews (Chefarzt UPD, Direktor Bewa und Leitung RD) mit den Antworten der quantitativen Studien (Befragung Pflegepersonal) und der Vergleich mit den

Empfehlungen des CK-UNZ zu den Räumlichkeiten und der Personalqualifikation. Die Validität der Aussagen des Pflegepersonals konnten durch die Aussagen der Experten der Bewa, der UPD und des RDs und die Empfehlung des Chefarztes des UNZ bestätigt werden.

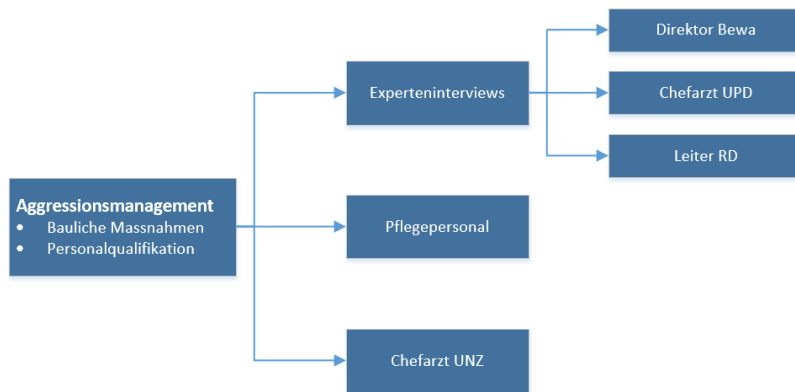


Abbildung 54: Validität und Intersubjektivität der Ergebnisse (Quelle: Eigene Darstellung)

Allgemeine Gütekriterien

Nützlichkeit: Die Arbeit hat einen praktischen Mehrwert, da Wissen zur Implementierung einer Security-Kultur und Grundlagenwissen für die Erstellung der Berner Aggressionsstandards generiert wurden.

Durchführbarkeit: Neues Wissen in Hinblick auf Massnahmen zur Steigerung der Sicherheit und des Sicherheitsempfindens konnte mit einem multimodalen Forschungsansatz erreicht werden.

Fairness: Die Befragungen waren anonym und freiwillig. Notfallstationen der Schweiz wurden nur in ihrer Gesamtheit genannt. Die Ergebnisse wurden nicht einzelnen Notfallstationen zugewiesen.

Genauigkeit: Die Daten wurden dokumentiert und gespeichert und sind überprüfbar.

Wissenschaftliche Unabhängigkeit: Die Autorin dieser Untersuchung ist weder dem Arbeitgeber noch einem Auftraggeber verpflichtet. Die Forschungsarbeit wurde unabhängig erstellt.

Relevanz: Jährlich steigen die Aggressionsfallzahlen im UNZ. Weltweit kommt es zu einer Zunahme an Gewalt im Gesundheitswesen. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Entwicklung auch weiterhin besteht.

Aktualität: Die Mitarbeitenden wurden nur zu den erlebten Aggressionen in den vorangegangenen drei Monaten befragt. Länger zurückliegende Vorfälle wurden nicht berücksichtigt.

IV GESTALTUNGSTEIL

Als gestaltungsgeleitete Zielstellung wurde in Kapitel I/ 4.3 angegeben, dass ein Massnahmenplan für das UNZ benötigt wird.

In diesem Kapitel soll nun anhand der Forschungsergebnisse und den Erkenntnissen aus der Literatur ein Aggressionsmanagement-Modell für Führungspersonen und ein Massnahmenplan mit zehn Handlungsempfehlungen für die Praxis entworfen werden.

1 Handlungsempfehlung: Aggressionsmanagement-Modell für Führungspersonen

In der theoriegeleiteten Zielstellung wurden verschiedene Modelle vorgestellt. Das Now-Modell (vgl. Walter et al., 2012, S. 91), das Modell nach Steck-Egli (vgl. Steck-Egli, 2005, S. 13) und das Modell nach Levin et al. (vgl. 2012, S. 251) sind geeignete Modelle für die Erklärung der Ursachen und des Verlaufs von Aggressionen. Führungspersonen benötigen jedoch für die Implementation von Interventionen sowie für die strategische Planung ein anderes Modell.

Mit dem Aggressionsmanagement-Modell für Führungspersonen wurde ein neues Modell erstellt, welches die **belastenden Faktoren** «Patient/innen und Arbeitsbelastung» sowie die **unterstützenden Faktoren** «Personal und Management/Führung» und deren **Auswirkungen** auf die psychische Belastung der Mitarbeitenden und die Pflegequalität zueinander in Bezug setzt.

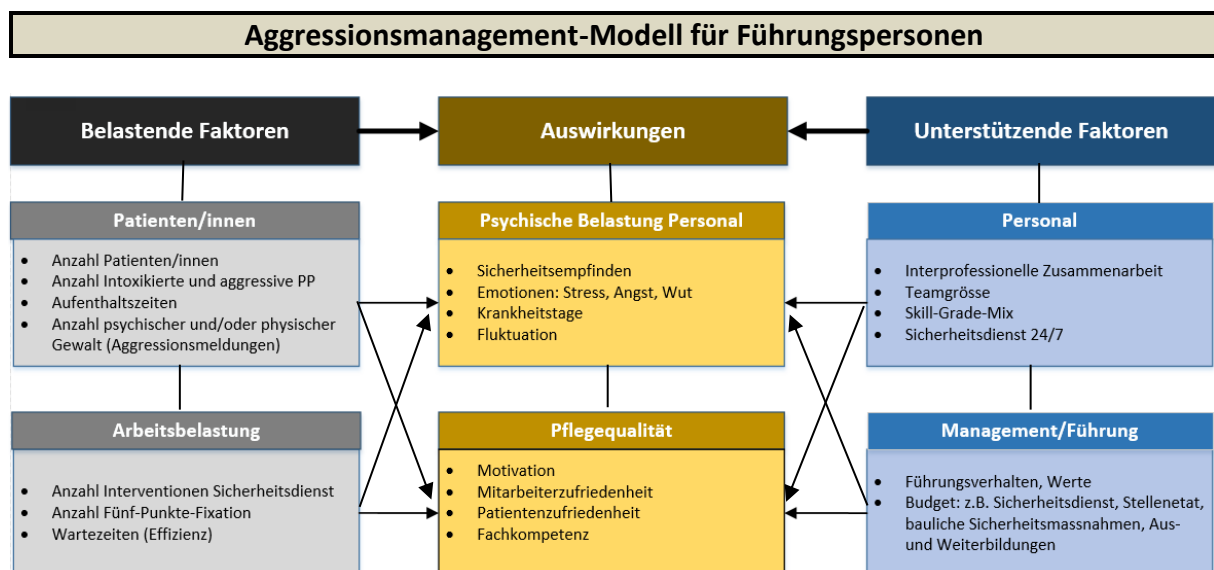


Abbildung 55: Aggressionsmanagement-Modell für Führungspersonen (Quelle: Eigene Darstellung)

Massnahmen, welche bei den belastenden und/oder bei den unterstützenden Faktoren umgesetzt werden, haben einen Einfluss auf die Mitarbeitenden und auf die Pflegequalität. Die Datenquelle für die belastenden Faktoren ist die Medizin-Statistik und für die personellen- und die Management-Faktoren kommen die Kennzahlen vom Human Resources (HR) in Betracht. Bei den Auswirkungen können die Krankheitstage, die Fluktuation, der Stellenschlüssel und die Aus- und Weiterbildungstage im betriebsinternen elektronischen Datensystem gemessen werden. Das Pflegepersonal muss zu den Aspekten Sicherheit, Sicherheitsempfinden, Emotionen, Motivation und Zufriedenheit mit der Arbeitsstelle befragt werden.

2 Handlungsempfehlung Praxis: Massnahmenplan mit zehn Handlungsempfehlungen

Es hat sich herausgestellt, dass das Aggressionsmanagement einem ständigen Verbesserungsprozess unterstellt sein muss. Im UNZ existierten bereits diverse Sicherheitsmassnahmen. Mit der vorliegenden Forschung wurden zwei Interventionen (Massnahmen) umgesetzt und die Auswirkungen gemessen. Aus den Forschungsergebnissen resultierten neue Erkenntnisse – daraus konnte ein **Massnahmenplan mit zehn Handlungsempfehlungen** für die Praxis abgeleitet werden, welcher in diesem Kapitel beschrieben wird. Als Grundlage für den Massnahmenplan wurden die Empfehlungen des ICN (2007, S. 22-27), die Erkenntnisse von Richardson et al. (2019), das Gewaltentstehungsmodell nach Walter et al. (2012, S. 91) sowie die Forschungsergebnisse dieser Arbeit verwendet.

Der Massnahmenplan zeigt die Interventionsmöglichkeiten, welche das Management einsetzen kann, um die belastenden Faktoren zu senken oder die unterstützenden Faktoren zu stärken. Er wurde auf der Basis der Modelle Steck-Egli (2005, S. 13), Levin et al. (1998, S. 251) und Walter et al. (2012, S. 91) erarbeitet.

Walter et al. (2012, S. 91) zeigen auf, dass der personale Faktor *Patient*, der personale Faktor *Mitarbeiter/in* und/oder die Umgebungsfaktoren für die Entstehung eines Aggressionsereignisses verantwortlich sind. Zu den drei Einflussfaktoren (Mitarbeitende, Umgebung und Arbeitsplatz) wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit der Faktor *Management* ergänzt, weil die Führung ihre Haltung zu Aggression und Gewalt gegenüber dem Personal nach aussen sichtbar machen sollte. Zudem ist es die Aufgabe des Managements, sich für finanzielle Mittel

zur Förderung der Sicherheit einzusetzen. Im UNZ zeigt sich die Haltung des Managements im Leitbild, etwa in den Postern im Eingangsbereich und den Flyern in den Patientenzimmern. Die Klinikleitung des UNZ hat sich dafür eingesetzt, dass Gelder für einen 24/7-Sicherheitsdienst, Weiterbildungen und bauliche Massnahmen freigegeben wurden. Die vier genannten Faktoren bilden das Gerüst (die Ausgangslage) für den Massnahmenplan. Zu jedem der vier Faktoren wurden verschiedene Massnahmen geplant, umgesetzt und beforscht. **Anhand der Forschungsergebnisse konnten zehn neue Empfehlungen abgeleitet werden.**

In der folgenden Darstellung **Modell Forschungsergebnis Aggressionsmanagement** wurden Faktoren und Empfehlungen aus den drei genannten **Modellen**, den **empirischen Studien** sowie den **Empfehlungen** der OSHA und der CDC zusammengeführt und mit den eigenen Resultaten ergänzt; daraus wurden Empfehlungen bzw. ein Massnahmenplan für das UNZ abgeleitet.

Modell Forschungsergebnis Aggressionsmanagement

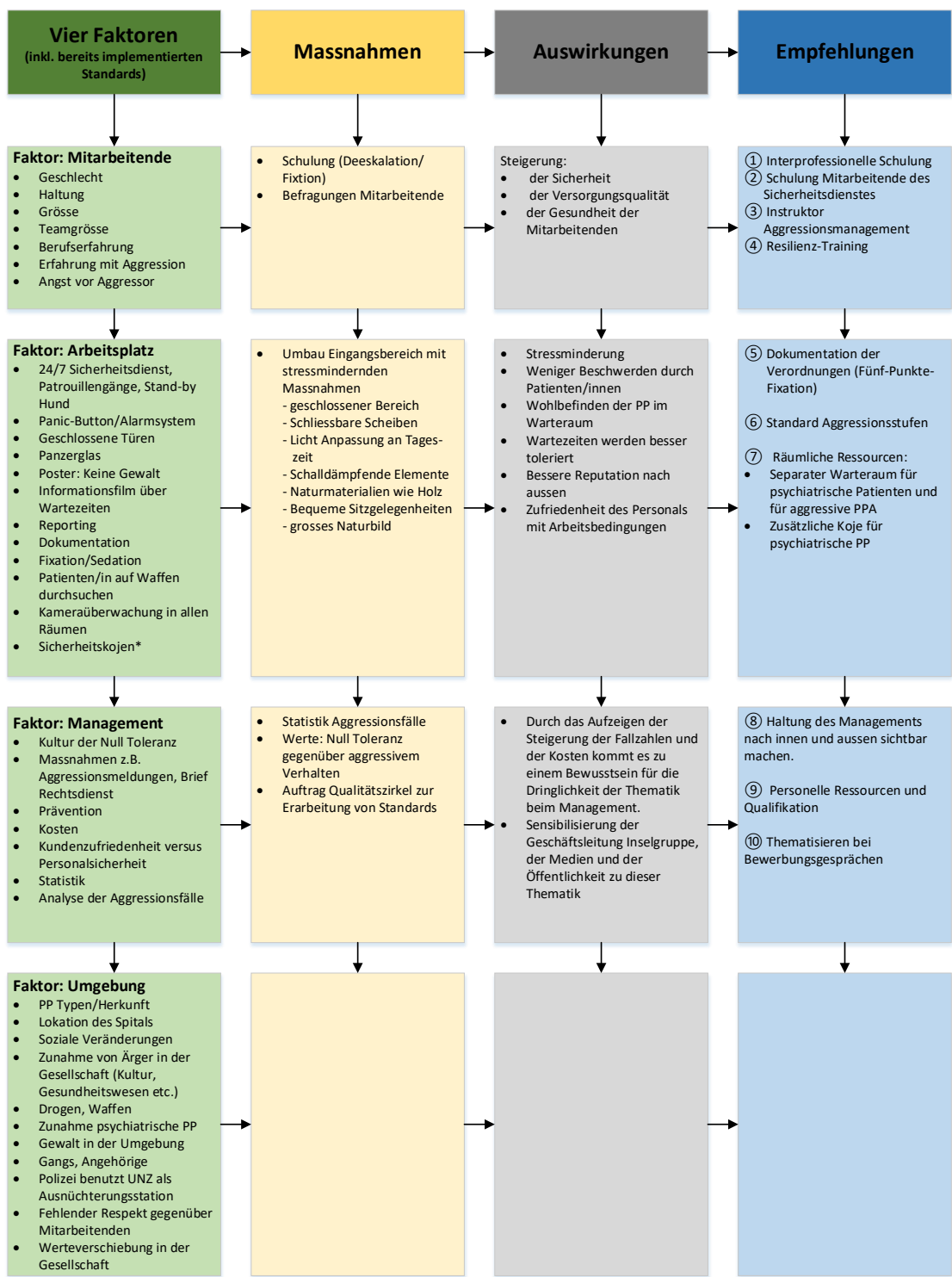


Abbildung 56: Forschungsergebnis → Aggressionsmanagement-Modell (Quelle: Eigene Darstellung)

Aus den Forschungsergebnissen konnten folgende zehn Empfehlungen erarbeitet werden:

Zehn Empfehlungen/Massnahmenplan
<p>Personelle Faktoren</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interprofessionelle ‹Schockraumsimulation› 2. Schulung der Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes 3. Schulung von Aggressionsmanagement-Instruktor/innen 4. Resilienz-Trainings
<p>Arbeitsplatzfaktoren</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Dokumentation der Verordnung (Fünf-Punkte-Fixation) 6. Standard Aggressionsstufen 7. Räumliche Ressourcen
<p>Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Die Haltung der Führung soll nach aussen und innen sichtbar sein 9. Personelle Ressourcen und Qualifikation 10. Thematisieren bei Bewerbungsgespräch

1. Interprofessionelle ‹Schockraumsimulation›

Einmal monatlich werden im UNZ Schockraumsimulationen durchgeführt. Es empfiehlt sich, diese Plattform für ein Fallbeispiel mit einem aggressiven Patienten/einer aggressiven Patientin zu nutzen und gemeinsam mit Ärzten/Ärztinnen, Pflegepersonen und Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes eine Fünf-Punkte-Fixation durchzuführen. Für die Simulation könnten beispielsweise Laienschauspieler engagiert werden, um die Übung möglichst praxisnah zu gestalten.

2. Schulung der Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes

Es wurde erkannt, dass die Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes nicht spezifisch für die Arbeit in einer Notfallstation ausgebildet werden. Sie benötigen eine Schulung über das Vorgehen bei einer Fünf-Punkte-Fixation und sollten lernen, wer den Lead hat und was die verschiedenen Gründe für eine Fixation sind.

3. Schulung von Aggressionsmanagement-Instruktor/innen

Eine kleine Anzahl an Mitarbeitenden, zum Beispiel eine Pflegeperson und ein Arzt/eine Ärztin, sollten zu Aggressionsmanagement-Instruktor/innen ausgebildet werden. Sie können die Fallbeispiele bei den Simulationen leiten und zugleich als Berater/innen im Alltag eingesetzt werden.

Als mögliche Anbieter kommen in Frage:

- NAGS: <https://www.netzwerk-bildung.ch/ausschreibung.php?aid=1071>
- Pro De Ma: <https://prodema-online.de/>

4. Resilienz-Trainings

Pflegepersonen von Notfallstationen sind diversen Stressfaktoren ausgesetzt. Die Zunahme der aggressiven und intoxikierten PP wird durch das Pflegepersonal als sehr belastend wahrgenommen. Böckelmann und Seibt (2011, S. 216) empfehlen, dass der Betrieb eine Strategie bezüglich Gesundheitsförderung und Prävention verfolgen sollte. Mit Resilienz-Schulungen könnte die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden unterstützt und gestärkt werden (vgl. Allen; Palk, 2018, S. 155).

5. Dokumentation der Verordnung

Fünf-Punkte-Fixationen müssen schriftlich verordnet werden (vgl. SAMW, 2015, S. 15). Eine einheitliche Dokumentation würde zusätzlich die Auswertung der Fälle vereinfachen. Die Transparenz der Zahlen hat dazu geführt, dass das Bewusstsein für freiheitsentziehende Massnahmen im UNZ gestiegen ist. Da nur die Spitze des Eisbergs an Aggressionen gemeldet wird, könnte das Management anhand der Anzahl verordneter Fünf-Punkte-Fixationen indirekt beurteilen, wie gross die Belastung für die Mitarbeitenden ist.

In der Klinik braucht es eine verantwortliche Führungsperson, welche die Zahlen und Daten regelmässig erfasst, analysiert und kommuniziert. Weigl et al. (2015, S. 663) vertreten die Ansicht: «Mit Daten kommt es zu Taten.» Veränderungen bei der Anzahl der Aggressionsfälle und dem Befinden der Mitarbeitenden müssen sofort erkannt werden.

6. Standard Aggressionsstufen

Die Forschungsergebnisse haben ergeben, dass die Umsetzung der Fünf-Punkte-Fixation aus Sicht des Pflegepersonals nicht befriedigend abläuft, obwohl es Schulungen in Aggressionsmanagement und Standards sowie eine Easy-Learn-Schulung zur Fünf-Punkte-Fixation vermittelt bekam. Bemängelt wurde vor allem die fehlende Präsenz des Arztes/der Ärztin bei den Fünf-Punkte-Fixationen. Aus diesem Grund empfiehlt sich ein Standard, welcher festlegt, wer bei einem akuten Aggressionsfall anwesend sein muss: Oberarzt/-ärztin, Assistenzarzt/-ärztin, Psychiater/in, Sicherheitsdienst, Pflegepersonen.

7. Räumliche Ressourcen

Bei der Umfrage wurden vor allem die engen räumlichen Platzverhältnisse im Warteraum, die Wartezeiten und die knappen personellen Ressourcen für die psychiatrischen PP genannt. Bei steigenden Fallzahlen müsste eine Ausgliederung dieser Fälle aus dem UNZ in Betracht gezogen werden. Im Jahr 2019 waren rund 3'200 PP mit einem psychiatrischen Problem im UNZ, das sind acht bis neun PP pro Tag. Intoxikierte und aggressive PP sind hier nur teilweise inbegriffen. Diese Fälle sollten in räumlicher Nähe zum UNZ behandelt werden können, damit eine medizinische Beurteilung durch die Ärzte und Ärztinnen des Notfallzentrums mit geringem personellen Aufwand durchgeführt werden kann.

8. Die Haltung der Führung soll nach aussen und innen sichtbar sein

Im Laufe der Forschungsarbeit wurde erkannt, dass die Haltung der Führung grundlegend ist, um die Sicherheit im UNZ zu fördern, indem sie ihre Werte nach aussen als auch nach innen kundtut.

9. Personelle Ressourcen und Qualifikation

Aggressive PP sind personalintensiv. Für eine Fixation werden in der Regel sieben Personen benötigt. Diese fehlen für die Behandlung von anderen akuten Notfällen. Vor allem in der Nacht muss darauf geachtet werden, dass genügend personelle Ressourcen vorhanden sind. Nebst den Schulungen des Pflegepersonals des UNZ sollte das Management den Einsatz von psychiatrischem Pflegepersonal evaluieren.

10. Thematisieren bei Bewerbungsgesprächen

Pflegepersonen aus anderen Abteilungen kennen das hochakute Setting des UNZ mit den selbst- und fremdgefährdenden PP nicht. Deshalb sollte bereits beim Bewerbungsgespräch auf die psychiatrischen, intoxikierten und/oder aggressiven PP aufmerksam gemacht und die Belastung angesprochen werden.

3 Konklusion

Die Aussagekraft der vorliegenden Forschungsarbeit ist darin begründet, dass die Forschungsfragen aus verschiedenen Sichtweisen und mit unterschiedlichen Designs angegangen wurden. Dieses Vorgehen sollte einerseits die Wertigkeit der verschiedenen Studien durch eine gegenseitige Bestätigung verstärken und zum andern sollte verhindert werden, dass Ergebnisse ausgeblendet werden, die gegen die vermuteten Annahmen sprechen (*confirmation bias*).

Bereits nach der ersten Studie (Interventionsstudie) musste erkannt werden, dass die Interventionen nicht die gewünschten Ergebnisse erzielten, denn trotz der getroffenen Massnahmen verschlechterte sich das Sicherheitsempfinden der Pflegepersonen. Deshalb wurde die Intoxikationsstudie zur Klärung dieser unerwarteten Ergebnisse durchgeführt.

Des Weiteren sollte die Forschungsarbeit dazu beitragen, dass Unbekanntes erkannt und die neu erfassten Zusammenhänge verstanden werden (vgl. von Goethe, 1819).

«Man sieht nur, was man weiss.»

(Quelle: von Goethe, 1819)

Die Untersuchungen haben gezeigt, dass bauliche Massnahmen und die Schulung der Mitarbeitenden zwar die Sicherheit erhöhten, das Sicherheitsempfinden jedoch nach den Interventionen sank. Mit der Intoxikationsstudie konnten die Auswirkungen der Zunahme an aggressiven und intoxikierten PP im UNZ aufgezeigt werden. Die Ergebnisse zeigen das Verbesserungspotential auf: Insbesondere bei der Zusammenarbeit des Pflegepersonals mit den Ärzten/Ärztinnen und dem Personal des Sicherheitsdienstes sowie bei der Schulung des ärztlichen Personals und des Sicherheitspersonals in Aggressionsmanagement besteht Handlungsbedarf.

Das Pflegepersonal empfindet die Belastung durch aggressive und intoxikierte PP als sehr gross. Dies hat Auswirkungen auf das Arbeitsklima, die Emotionen, das Sicherheitsgefühl und zum Teil auch auf die Gesundheit. Obwohl die Vorgesetzten nach jeder Aggressionsmeldung ein Mitarbeitergespräch führen, haben sie nur einen geringen Einfluss auf die Mitarbeitenden und deren Bewältigungsstrategien. Vor allem das Team ist eine bedeutende Ressource und Unterstützung.

In den Gesprächen mit Experten und Expertinnen aus Partnerorganisationen konnten weitere Erkenntnisse gewonnen werden. Gerade die Aussagen von Expert/innen, welche das gleiche Patientengut behandeln wie das UNZ, zeigen die Unterschiede bezüglich des Personals und der Arbeitsabläufe sowie die Erwartungen an das UNZ auf. Mehrere Expert/innen stellten die Frage in den Raum, ob das UNZ der richtige Ort für die Behandlung von aggressiven und/oder psychiatrischen PP sei. Die Räumlichkeiten und personellen Qualifikationen wurden angesprochen. Für die psychiatrischen PP gibt es im UNZ lediglich einen Behandlungsraum und nur einen Psychiater/eine Psychiaterin. Das führt dazu, dass psychiatrische PP über Stunden mit den «normalen» Notfällen im Warteraum verweilen müssen. Diese Situation stufen die Experten und Expertinnen als ungünstig ein.

Die Expert/innen der Bewa, UPD und IB empfinden eine ebenso grosse Belastung wie das Pflegepersonal des UNZ; sie geben einen Wert von 7 an. Des Weiteren verdeutlichen sie, dass für die Behandlung dieser PP unbedingt genügend Personal verfügbar sein muss. Doch gerade für den Nachtdienst kann dies im UNZ nicht garantiert werden. Die Expertin der Intensivpflege möchte, dass keine Verlegungen während des Schichtwechsels stattfinden. Bei einem knappen Personalschlüssel und einem hohen Patientenaufkommen im UNZ kann dieses Anliegen nicht umgesetzt werden. Hier geht die Sicherheit der Mitarbeitenden und der anderen PPA im UNZ vor. Es braucht Aufklärungsarbeit, damit die Sicht und die Herausforderungen durch die Schnittstellen verstanden werden.

Der Experte des Sicherheitsdienstes gibt einerseits eine sehr niedrige Belastung von 1 bis 2 an. Zum anderen hält er fest, dass es häufig zu physischen Verletzungen durch aggressive PP kommt und die Arbeit viel zu hart ist, sodass keine Frauen im Sicherheitsdienst im UNZ eingesetzt werden. Er erwähnte zudem, dass sich die Leitung des Sicherheitsdienstes der Herausforderungen, welches ihr Personal im UNZ antrifft, nicht bewusst ist. Die Tatsache, dass es für neue Mitarbeitende im UNZ nur einen Tag Einführung gibt, bekräftigt diese Aussage.

Schliesslich sind 33 Stationsleitungen verschiedener Notfallstationen der Schweiz zur ihren Sicherheitsmassnahmen befragt worden. Es fällt auf, dass es in grösseren Spitälern mehr Aggressionsfälle gibt als in kleineren. Dies liegt einerseits daran, dass dort allgemein mehr PP behandelt werden; zum anderen bringt der RD aggressive PP nicht in kleine oder Privatspitäler. Nur 36.4 Prozent der Befragten erklären, dass sie Fünf-Punkte-Fixationen durchführen. Bei 50 Prozent der Stationsleitungen ist nicht bekannt, wie viele Aggressionsfälle es in ihrer Abteilung gibt. 69 Prozent haben keine schriftlichen Standards betreffend Verhalten/Sicherheit bei Aggressionsereignissen. 66 Prozent geben an, dass sie keinen Sicherheitsdienst in der Notfallstation haben. Die Befragung der Stationsleitungen zeigt auf, dass die Sicherheit vor allem in den grösseren Notfallstationen ein ernstgenommenes Thema ist.

4 Erkenntnisse des Gestaltungsteils

Die Forschungsergebnisse verdeutlichen, was bereits gut funktioniert und wo es Verbesserungspotential gibt. Aus den Erkenntnissen konnten zehn Optimierungsmassnahmen für das UNZ abgeleitet werden. Es wurden zwei neue Modelle (Aggressionsmanagement-Modell für Führungspersonen und ein Massnahmenplan) für die Praxis erstellt. Mit den Empfehlungen kann die Sicherheit kontinuierlich verbessert werden. Die Empfehlungen 7 und 9 sind von den finanziellen Ressourcen und der Unterstützung der Spitalleitung abhängig. Mit dem Aggressionsmanagement-Modell für Führungspersonen können der Spitalleitung *Key Performance Indicators* (KPI) aufgezeigt werden, welche die Empfehlungen 7 und 9 unterstützen.

V SCHLUSSTEIL

1 Zusammenfassung der relevantesten Ergebnisse

In der vorliegenden Arbeit wurden Aggressionen und Sicherheit im UNZ aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Durch die **Ermittlung, welchen Einflusses die baulichen Massnahmen im Eingangsbereich** haben, sollte die Zufriedenheit der PP, der MP und der Pflegepersonen aufgezeigt werden. Die Hypothese war, dass zufriedene Menschen weniger Stress empfinden. Es konnte aufgezeigt werden, dass die Massnahmen zu einer Verbesserung der Atmosphäre im Warteraum beigetragen haben. Dies hat Auswirkungen auf die PP, aber auch auf das Patientenmanagement und das Pflegepersonal der Triage.

Die Befragung der Mitarbeitenden vor und nach der **Schulung in der Fünf-Punkte-Fixation** hat gezeigt, dass Weiterbildungen ein grosses Bedürfnis der Pflegepersonen darstellen. Bemängelt wurde das fehlende Fachwissen der Ärzte und Ärztinnen sowie des Sicherheitspersonals. Damit alle bei einer Fünf-Punkte-Fixation Anwesenden den gleichen Wissensstand haben, braucht es interprofessionelle und interdisziplinäre Schulungen. Fehlender Lead durch den Arzt/die Ärztin, zu langes abwarten, bis eine Entscheidung gefällt wird, und eine ungenügende Sedation waren die wesentlichen Beanstandungen des Pflegepersonals.

Im Zuge des Forschungsprozesses musste festgestellt werden, dass die Zahl der Aggressionen weiter kontinuierlich anstieg und dies wiederum eine Auswirkung auf das Pflegepersonal hatte.

Im Rahmen der **Intoxikationsstudie** konnten weitere belastende Faktoren aufgezeigt werden. Ein zentrales Ergebnis war, dass mehrere intoxikierte und aggressive PP gleichzeitig als besonders belastend empfunden werden. Auf einer Skala von 1 bis 10 (10 bedeutet eine maximale Belastung) gab ein Drittel der Mitarbeitenden eine Belastung von 7 an. Lange Aufenthaltszeiten und die fehlende Präsenz des Arztes/der Ärztin bei der Fünf-Punkte-Fixation werden als sehr belastend empfunden. Der Umgang mit diesem Patientengut ist auch für Ärzte und Ärztinnen ungewohnt. Die Intoxikationsstudie bestätigt die Empfehlung, dass interprofessionelle Schulungen für Pflegepersonen, Sicherheitspersonal und Ärzte/Ärztinnen nötig sind.

Mitarbeitende des Pflegepersonals haben verschiedene Strategien, um diesen PP aus dem Weg zu gehen: zum Beispiel, indem sie andere Patient/innen wählen oder im Stützpunkt B arbeiten, wo dieses Patientengut nicht aufgenommen wird. Die Aggressionsfälle werden hauptsächlich im Team und im Privaten besprochen und aufgearbeitet. Das Gespräch mit

der/dem Vorgesetzten spielt hierbei eine untergeordnete Rolle. Die Pflegepersonen wünschen sich eine räumliche Trennung der aggressiven und intoxikierten PP von den «normalen» Notfällen. Gewünscht wird ausserdem, dass eine Psychiatriepflegeperson im UNZ angestellt wird.

Die **Befragung der Stationsleitungen von Notfallstationen der Schweiz** ergab grosse Unterschiede bei der Anzahl an Aggressionsfällen und den umgesetzten Massnahmen. In kleinen oder in Privatspitälern wird ein anderes Patientengut behandelt, weshalb es viel seltener zu aggressivem Verhalten von Seiten der PP kommt. Kantons- und Universitätsspitäler sind stärker gefordert. Die Situation im UNZ ist eine besondere, weil es gleichzeitig der psychiatrische Notfall für den Kanton Bern ist. Beim Bau des UNZ wurde dieser Faktor zu einem gewissen Grad beachtet, indem eine Spezialkoje für psychiatrische PP eingeplant wurde. Die Spitalleitung müsste die begrenzten Räumlichkeiten bei einer steigenden Anzahl an psychiatrischen Notfällen und an aggressiven und intoxikierten PP betrachten und entsprechende räumliche und personelle Ressourcen zur Verfügung stellen.

Die **Experteninterviews** und die Rückmeldungen des Pflegepersonals aus den Befragungen haben gezeigt, dass eine Trennung zwischen «normalen» Notfällen und aggressiven, intoxikierten und/oder psychiatrischen Notfällen nötig wäre. Das Bewusstsein über die Belastung durch aggressive PP war bei allen Experten und Expertinnen sehr gross. Zeitliche und monetäre Ressourcen, welche für die Schulungen des Personals aufgewendet werden, variieren sehr. Eine sehr gute und fundierte Ausbildung erhält das Personal der Bewa und der Psychiatrie. Beim Personal des RD geht der Leiter davon aus, dass diese Problematik während der Ausbildung zum Rettungssanitäter behandelt wird. In der Intensivpflege wurde einmalig das ganze Pflegepersonal einen Tag lang geschult. Schwere Vorfälle wie im UNZ sind in der Bettenabteilung nicht bekannt. Dort werden nämlich vor allem delirante PP betreut, welche bei Problemen auf die Überwachungsstation verlegt werden.

Die Rückmeldungen des Gruppenleiters des Sicherheitsdienstes brachten relevante Erkenntnisse zu Tage. Er gab die Belastung durch aggressive PP auf einer Skala von 1 bis 10 bei 1 bis 2 an. Dies erstaunt umso mehr, als Mitarbeitende des Sicherheitsdienstes regelmässig physische Verletzungen erfahren. Beim Sicherheitsdienst werden keine Frauen für den Dienst im UNZ angestellt, weil die Arbeit dort zu hart sei. Neue Mitarbeitende des Sicherheitsdienstes absolvieren im UNZ lediglich eine Einführung von einem Tag. Bei ihrer Ausbildung lernen sie die Problematik im Spital nicht kennen. Wenn sie zum ersten Mal bei einer Fünf-Punkte-Fixation dabei sind, wissen sie nicht, was von ihnen verlangt wird. Die Mitarbeitenden kennen weder

die Prozesse noch die Krankheitsbilder. Obwohl der Gruppenleiter des Sicherheitsdienstes die Belastung niedrig einstuft, darf diese für das Sicherheitspersonal nicht unterschätzt werden. Eine bessere Integration des Sicherheitsdienst-Teams in das Notfallteam und eine spezifische Schulung für die Arbeit im UNZ würden beiden Teams sowie den neuen Mitarbeitenden helfen.

Die Stationsleitung der Intensivstation erwartet, dass keine PP zu Schichtwechsel verlegt werden. Das Personal des UNZ erwartet, dass aggressive PP möglichst schnell verlegt werden. Hier gehen die Erwartungen auseinander. Ein Austausch zwischen den Pflegeexpert/innen sollte das gegenseitige Verständnis für die Bedürfnisse der beiden Parteien fördern und Lösungen aufzeigen.

Schlussendlich konnte die Meinung des Chefarztes und Klinikdirektors des UNZ zu den Resultaten überprüft werden. Seine Einschätzung entspricht im Wesentlichen den erhobenen Forschungsergebnissen. Er erkennt ebenfalls fehlendes Fachwissen für die Behandlung von PP mit psychiatrisch-somatischen Erkrankungen. Als Lösung sieht er eine psychiatrisch-somatische Notfallstation auf dem Inselareal, wo nebst Psychiatriepflegepersonal auch ein/e Allgemeinmediziner/in tätig sein sollte. Dass der RD und die Polizei alle aggressiven PP aus dem Kanton Bern nur ins UNZ bringen, empfindet er als eine Belastung für seine Mitarbeitenden. Durch die vielen Aggressionsfälle hat sich das Personal des UNZ im Vergleich zu anderen Notfallstationen jedoch eine gewisse Fachkompetenz erarbeitet. Er denkt, dass Notfallpersonal mehrheitlich resilienter ist als andere Berufsgruppen.

2 Zusammenfassung der relevantesten Erkenntnisse

Das Aggressionsmanagement im UNZ wurde aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Gerade deshalb konnten aus Sicht der Forschung und der Praxis verschiedene neue Erkenntnisse erhoben werden. Die unterschiedlichen Forschungssettings fanden auf der Mikroebene statt. Alle erhobenen Faktoren ergaben zusammen ein *Big Picture*.

Gemäss Aussage des LPM wirkten die Massnahmen im Warteraum stressmindernd, sodass weniger Beschwerden infolge langer Wartezeiten eintrafen. Ein Einfluss der Massnahmen auf bereits aggressiv eintretende PP wurde nicht festgestellt. Diese Feststellung bestätigen Richardson et al. (2019, S. 283).

Zudem konnte aufgezeigt werden, dass alle Teilergebnisse zu gleichen Aussagen geführt haben. Alle befragten Personen/Expert/innen erkennen Verbesserungspotential bei der Personalqualifikation und den Räumlichkeiten. Ergänzende Erkenntnisse konnten aus dem Interview mit dem Chefarzt und Klinikdirektor des UNZ gewonnen werden. Er bestätigte auch die Kernaussagen der Studien betreffend Personalqualifikation und Räumlichkeiten. Im Endeffekt konnten durch sein übergreifendes Expertenwissen bei den Empfehlungen Ergänzungen vorgenommen werden, zum Beispiel die Möglichkeit einer Schulung in Resilienz.

2.1 Relevante Erkenntnisse für die Forschung

- **Bauliche Massnahmen**

Die Interventionsstudie hat gezeigt, dass die baulichen Massnahmen und der Einsatz von Naturelementen sowohl auf die PP im Warteraum als auch auf das Pflegepersonal der Triage und das Patientenmanagement eine stressmindernde Wirkung haben. Für 90 Prozent waren die Schalterschliessung, für 83 Prozent die Lichtanpassung und für 74 Prozent die lärmdämpfenden Elemente wirkungsvolle stressmindernde Massnahmen. Weiter haben PP nach den Massnahmen die Wartezeiten besser ertragen. Gemäss dem LPM kam es zu weniger Aggressionen und Beschwerden. **Diese Ergebnisse bestätigen, dass die Erkenntnisse aus anderen Studien auch auf den Warteraum einer Notfallstation übertragbar sind** (vgl. Iyendo et al., 2016; vgl. Hobbs, 2016; vgl. Ziesenitz, 2009; vgl. Ulrich et al., 2008; vgl. Gates et al., 2006; vgl. Hartig et al., 2003).

- **Schulungen in Aggressionsmanagement und in der Fünf-Punkte-Fixation**

Die Schulungen in Aggressionsmanagement und in der Fünf-Punkte-Fixation wurden vom Pflegepersonal sehr geschätzt. Die Schulungen in der Fünfpunkte-Fixation vermittelten ihnen Fachwissen. Da jedoch nicht interprofessionell geschult wurde, empfanden die Pflegepersonen den Wissensmangel der Ärzte und Ärztinnen sowie des Sicherheitspersonals umso stärker. Die Easy-Learn-Schulung zur Fixation wurde von 92 Prozent der Pflegepersonen als «gut» bis «sehr gut» empfunden. **Im Gegensatz zur Studie von Emde und Merkle nahm die Anzahl der Fixationen im UNZ zu** (vgl. Emde; Merkle, 2002, S. 321). Begründbar ist dies durch die Zunahme an intoxikierten und aggressiven PP. Im Jahr 2018 gaben 79 Prozent der Pflegepersonen an, dass die Fixation indiziert war; 2019 waren es 83 Prozent.

Fixationen werden in den USA und in verschiedenen europäischen Ländern durchgeführt. Minnick et al. (2007, S. 36) untersuchten die Anzahl der Fixationen auf den Intensivstationen in den USA. Sie kamen auf die stattliche Zahl von 27'000 pro Tag. In der Studie wurden psychiatrische Kliniken und Notfallstationen ausgeschlossen. Auf den Intensivstationen wurden Fixationen durchgeführt, damit der Patient/die Patientin keine Leitungen zieht. Im Gegensatz dazu müssen Fixationen in psychiatrischen Kliniken und in der Notfallstation durchgeführt werden, um eine Selbst- oder Fremdgefährdung zu verhindern. Es handelt sich hierbei also um ein aggressiveres und gefährlicheres Setting für das Personal.

Freemann et al. (2015, S. 84ff) erforschten Fixationen in Intensivstationen in England. Die Intensivpflegefachpersonen waren der Meinung, dass die Fixationen angebracht waren. Einige gaben an, dass sie sich nicht wohlfühlten, wenn sie Fixationen anbringen mussten. Ausserdem waren die Intensivpflegepersonen froh, wenn sie beim Entscheidungsprozess für eine Fixation unterstützt wurden.

Lai (2007, S. 7) befragte Pflegepersonen von Abteilungen und fand heraus, dass diese nicht sicher waren, wann sie fixieren sollten. Auch hier war das Pflegepersonal dankbar, wenn es unterstützt wurde.

Fish und Culshaw (2005, S. 93) fanden heraus, dass Fixationen auch für Mitarbeitende schmerzlich sein können. Sie sagen, dass ein Post-Inzidenz-Debriefing sowohl von Klienten und Klientinnen als auch von Mitarbeitenden zwar sehr geschätzt, jedoch nur selten durchgeführt wird. Keine der Studien hat die Belastung durch eine Fixation beim Pflegepersonal in einer Notfallstation untersucht.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Pflegepersonal die Belastung im UNZ auf einer Skala von 1 bis 10 mit 7 einstuft. **Bei den Interviews mit Partnerorganisationen kamen IB, Bewa, UPD und**

RD auf gleich hohe Belastungen. Diese Partnerorganisationen bringen ihre PP in das UNZ oder übernehmen sie von diesem.

Eine weitere relevante Erkenntnis aus den Forschungsergebnissen ist, dass der Zeitpunkt der Befragungen nach einer Intervention Einfluss auf das Ergebnis hat. Es muss angenommen werden, dass die Wirkung nach einer bestimmten Zeit nicht mehr den gleichen Effekt hat wie direkt nach der Massnahme.

- **Intoxikationsstudie**

Die Intoxikationsstudie konnte aufzeigen, welche Faktoren vom Pflegepersonal des UNZ als besonders belastend empfunden werden. Genannt wurden: gleichzeitig mehrere intoxikierte und aggressive PP, lange Aufenthaltszeiten im UNZ, viele Untersuchungen, die als nicht nötig empfunden werden, sowie die Zusammenarbeit mit den Ärzten/Ärztinnen und mit dem Sicherheitsdienst. Obwohl das Management viele Massnahmen und Standards umgesetzt hat, werden die Vorgesetzten nicht als eine Unterstützung bei der Versorgung dieser PP wahrgenommen.

Das Pflegepersonal wünscht sich Unterstützung durch Psychiatriepflegerpersonen und eine räumliche Trennung von den «normalen» Notfällen. Diese Erkenntnisse sind neu. Es wurden keine Studien mit ähnlichen Aussagen gefunden.

- **Notfallstationen der Schweiz**

Über Standards in Schweizer Notfallstationen gab es bislang keine Studie. 33 Stationsleitungen von Notfallstationen der Schweiz haben bei der Umfrage mitgemacht und ihre Standards beschrieben. Leider stammt nur eine Rückantwort aus der französischsprachigen Schweiz. Aus der italienischsprachigen Schweiz wurde der Fragebogen trotz zweimaliger Rückfrage nicht zurückgeschickt. Die Fragebögen wurden in der jeweiligen Landessprache versandt, sodass die Stationsleitungen die Fragen verstehen konnten. Ob die Fragebögen aus Mangel an Zeit, aus Datenschutzgründen oder aus Mangel an Kenntnissen nicht beantwortet wurden, kann nicht gesagt werden.

Es fällt auf, dass es sehr grosse Unterschiede zwischen den Notfallstationen gibt. Aggressive PP werden von den RD und der Polizei nicht in kleine Spitäler oder in Privatspitäler eingeliefert. Das Gefahrenpotential, das die Mitarbeitenden durch fremdgefährdende PP im UNZ erleben,

kennen nicht alle Spitäler. Deshalb müssen in kleinen Spitälern und Privatspitälern keine Fünf-Punkte-Fixationen durchgeführt werden. Dafür ist in den grossen Spitälern mehr Personal im Dienst, was das Sicherheitsempfinden der Mitarbeitenden verbessert. Alle Stationsleitungen geben an, dass Gewalt und Aggression in ihren Abteilungen bekannt sind.

Hahn (2016, S. 227) schreibt: «Kader und Managementpersonen scheinen noch zu wenig sensibilisiert für das Thema und sich ihrer Verantwortung für die physische und psychische Unversehrtheit ihrer Mitarbeitenden am Arbeitsplatz zu wenig bewusst zu sein». Aufgrund der Antworten der 33 Stationsleitungen kann festgehalten werden, dass ein Bewusstsein vorhanden ist. Es konnte allerdings nicht festgestellt werden, ob die Stationsleitungen sich für diese Thematik verantwortlich fühlen. Die Anzahl der Vorfälle ist mehrheitlich nicht bekannt und ausserdem gibt es keine Standards.

- **Interprofessionelle Zusammenarbeit**

In der Literatur wurden vor allem die Auswirkungen von Gewalt an Pflegepersonen untersucht (vgl. Wolf et al., 2014; vgl. Erickson; Williams-Evans, 2000; vgl. Levin et al., 1998; vgl. Jansen et al., 2005). Ein Grund dafür ist, dass diese an vorderster Front stehen und mehr Gewalt erleben als beispielsweise Ärzte und Ärztinnen (vgl. Patridge; Affleck, 2017; vgl. Kowalenko et al., 2013). Obwohl die Schulungen in Aggressionsmanagement im UNZ auch für Ärzte und Ärztinnen offenstanden, war das Interesse ihrerseits sehr gering.

Es wurde keine Studie gefunden, in der die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzten/Ärztinnen, Sicherheitsdienst, Partnerorganisationen und Pflegepersonal untersucht wurde. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass für eine kompetente und sichere Behandlung von aggressiven PP **interprofessionelle Schulungen mit Ärzt/innen, Sicherheitsdienst und Pflegepersonen nötig sind**. Die Haltung des Personals des Sicherheitsdienstes und ihre Arbeitsbedingungen konnten durch die Studie zum Teil beleuchtet werden. **Hier sind weitere und vertiefte Studien nötig, um die Sicht des Sicherheitspersonals besser verstehen zu können.**

- **Räumlichkeiten/Örtlichkeit**

Im UNZ gibt es zwei Sicherheitskojen für aggressive PP. Die Expert/innen der Bewa, UPD und RD sowie das Pflegepersonal des UNZ sind jedoch der Meinung, dass aggressive, intoxikierte

und/oder psychiatrische PP nicht in das UNZ gehören. In der Literatur wurde keine Notfallstation beschrieben, welche eine separate Versorgungseinheit für dieses Patientengut aufweist (vgl. Richardson et al., 2019, S. 271).

Fazit:

In der vorliegenden Studie konnten mehrere neue und relevante Erkenntnisse gewonnen werden, durch welche die Sicherheit im UNZ erhöht werden kann. Diese Ergebnisse bilden eine angemessene Grundlage für weitere Forschungen. Speziell die genannten Empfehlungen, etwa interprofessionelle Weiterbildungen/Simulationen (Ärzte/Ärztinnen, Sicherheitspersonal und Pflegepersonal) sowie Einführungskurse für neue Mitarbeitende des Sicherheitsdienstes, könnten weitere grundlegende Erkenntnisse liefern.

2.2 Relevante Ergebnisse/Erkenntnisse für die Praxis

Die drei Fallbeispiele haben gezeigt, dass das Personal das Risiko falsch eingeschätzt hat: Als die PP wieder wach wurden, waren sie genau gleich aggressiv wie vor dem Spitaleintritt und das Pflegepersonal wurde durch das aggressive Verhalten überrascht. Im Notfallzentrum ist ein «Flagging»¹⁹ möglich für infektiöse PP, für Allergiker oder für diejenigen, die keine Reanimation mehr erhalten. Ein **Flagging für PP, die bereits bei einem früheren Besuch im UNZ durch aggressives Verhalten aufgefallen sind**, sollte aus Sicherheitsgründen in Betracht gezogen werden. Das würde bedeuten, dass von Anfang an ein Mitarbeiter des Sicherheitsdienstes bei diesen PP präsent wäre.

Eine zentrale Erkenntnis ist, dass **neues Sicherheitspersonal im UNZ mit nur einem Tag Einführung nicht genügend für die Arbeit vorbereitet ist**. Neue Mitarbeitende des Sicherheitspersonals wissen weder, was von ihnen erwartet wird, noch kennen sie die Standards im UNZ, noch verfügen sie über Fachwissen zu psychiatrischen Erkrankungen. Eine spezifische Weiterbildung für neue Mitarbeitende des Sicherheitsdienstes wird empfohlen (III/8.8/S. 217f). Die

¹⁹ «Flagging»: Mit einem Kennzeichen wird eine wichtige Information (zum Beispiel eine Allergie) im elektronischen Patientendossier hinterlegt, sodass sie sofort für alle Personen, die an der Behandlung beteiligt sind, sichtbar ist. Die Information erscheint auch bei einem Wiedereintritt der PP im neu angelegten elektronischen Patientendossier.

relevantesten Informationen über die Arbeit im UNZ sollten in einem Handbuch aufgeführt und den Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes abgegeben werden.

Da Ärztinnen und Ärzte bei den Aggressionsmanagement-Schulungen nur marginal vertreten waren, sollten **Pflichtweiterbildungen** zur Behandlung aggressiver PP anlässlich der monatlichen Schockraumsimulationen mit einem Fallbeispiel bearbeitet werden. **Zu den Simulationen sollten ausserdem Mitarbeitende des Sicherheitsdienstes eingeladen** werden. Die Rolle des Aggressors/der Aggressorin könnte ein/e Laienschauspieler/in übernehmen.

Ein Anliegen von Seiten der Pflegepersonen an die Ärztinnen und Ärzte war, dass die PP nur so lange wie nötig im UNZ bleiben und dass keine unnötige Diagnostik betrieben wird. Zudem wurde sowohl vom Pflegepersonal des UNZ als auch von der Stationsleitung der IB der Wunsch geäussert, dass aggressive PP sediert werden sollten. Diesbezüglich gibt es zwar Standards, diese werden jedoch nicht umgesetzt. Es kann vermutet werden, dass den Ärzt/innen die Erfahrung bei der Behandlung dieser PP fehlt und sie deshalb die Standardmedikation nicht ausschöpfen. Hier braucht es Schulungen und Coachings. Bei Unsicherheiten in der Medikation sollte der Psychiater/die Psychiaterin hinzugerufen werden. Vor allem die Oberärzte und Oberärztinnen sollten geschult werden und bei den Fixationen anwesend sein, weil sie im Gegensatz zu den Assistenzärzten und –ärztinnen über mehrere Jahre im UNZ arbeiten.

Es muss mit der Klinikleitung bzw. mit der Spitalleitung diskutiert werden, dass für **psychiatrische aggressive PP andere Räumlichkeiten** bereitgestellt werden. Eine Behandlung im «normalen» Notfall ist eine Belastung für alle anwesenden und beteiligten Personen. Schreiende und/oder aggressive Personen wirken rufschädigend und sind für andere PP abschreckend. Der Direktor der Bewa äusserte sich dazu wie folgt: «Ich denke, diese Notfallstation ist nicht ausgerichtet für ein solches Patientengut. Dieses ist je länger je anspruchsvoller, und da kann eine einzige aggressive Person x-Personen binden, die dann irgendwo fehlen. Das hat man ganz sicher in der Entwicklung nicht berücksichtigt, als man diesen Notfall baute. Das ist vermutlich in der ganzen Schweiz oder auch in anderen Ländern so, dass wir dort ein riesen Problem haben, weil man sich auf die Medizin fokussiert hat und nicht auf die Sicherheit und die Gefahren» (A, 2020, #00:00:57-1#).

Das aggressive Patientengut erhöht die Belastung für das Notfallpflegepersonal zusätzlich. Deshalb sollte der Einsatz von geschultem Personal für die Betreuung von aggressiven, intoxikierten und/oder psychiatrischen PP geprüft werden. Ein Debriefing nach einem Aggressionsfall müsste zeitnah umgesetzt werden.

In verschiedenen Kantonen der Schweiz gibt es ein kantonales Bedrohungsmanagement. Dieses behandelt jedoch lediglich aggressive Vorkommnisse in der Verwaltung, in Schulen und in Psychiatrien. Da in den grossen Notfallstationen ein sehr hohes Aggressionspotential vorkommt, sollte die Zusammenarbeit allerdings auch mit ihnen stattfinden, um ein Gefahrenpotential für die Gesellschaft rechtzeitig erkennen zu können.

Führungspersonen sollten bereits beim Bewerbungsgespräch das Patientengut ansprechen. Neue Mitarbeitende sollten wissen, was sie zu erwarten haben. Weiter sollte eine Führungsperson (zum Beispiel die Stationsleitung) für dieses Thema verantwortlich sein. Sie sollte mit den betroffenen Mitarbeitenden ein Debriefing durchführen.

2.3 Methodenkritik

Stärken

Um ein Gesamtbild des Aggressionsmanagements zu erhalten, wurden die Forschungsfragen aus verschiedenen Blickwinkeln mit verschiedenen Methoden untersucht. So wurden drei Aggressionsmeldungen als Fallberichte ausgewählt. Es gab zwei Interventionsstudien und eine quantitative Intoxikationsstudie. Mit der Befragung von 33 Stationsleitungen aus verschiedenen Spitälern der Schweiz wurde zudem eine Multi-Center-Studie durchgeführt. Ausserdem wurden sieben Experteninterviews mit Experten und Expertinnen aus Partnerorganisationen durchgeführt. Mit den verschiedenen Blickwinkeln sollte ein *Confirmation-Bias* vermieden und «blinde Flecken» sollten aufgedeckt werden. Als weitere kritische Prüfung und Ergänzung wurden die Ergebnisse mit dem Chefarzt und Klinikdirektor des UNZ diskutiert und mit seinen Beobachtungen verglichen.

Als Stärke müssen die verschiedenen Studien- und Outcome-Variablen angesehen werden: Es wurden verschiedene Personengruppen befragt, nämlich PP, MP, Pflegepersonen, Stationslei-

tungen von Notfallstationen der Schweiz sowie Expert/innen aus verschiedenen Partnerorganisationen. Aus diesem Grund konnten Resultate von verschiedene Personengruppen gewonnen und daraus Empfehlungen abgeleitet werden. Alle Fragebögen durchliefen einen Pretest. Die Fragebögen für PP und für die Stationsleitungen der Schweiz wurden von Deutsch auf Englisch, Französisch und Italienisch übersetzt. Es wurden nur Personen befragt, die mindestens eine dieser Sprachen verstehen.

Im Verlauf der Forschungsarbeit hat sich gezeigt, dass die Zunahme an intoxikierten und aggressiven PP stärker war als erwartet. Dieser Umstand wurde aufgegriffen und mit der Intoxikationsstudie weiter vertieft. Die Vertiefung einer neu auftretenden Erkenntnis ist eine weitere Stärke dieser Forschungsarbeit.

Limitationen

Es stellt sich die Frage, ob ein anderes Vorgehen die gleichen Antworten ergeben hätte.

- **Qualitative Interviews von einzelnen PP an Stelle der Abgabe von 200 Fragebögen an PP**

Es muss vermutet werden, dass die Befragung von PP keine anderen oder neuen Ergebnisse ergeben hätte, da aggressive PP auch nicht mittels Interviews hätten befragt werden können. Mit den offenen Fragen «andere» und der Schlussfrage, ob die PP noch weitere Wünsche oder Anregungen hätten, hatten sie die Möglichkeit, ihre Anliegen anzubringen. Kritisch hinterfragt werden muss ebenfalls, ob auch die PP, die nicht an der Befragung teilgenommen haben, identisch geantwortet hätten. Mit der zweiten schriftlichen Befragungsrunde konnten die Ergebnisse nach einem Jahr nochmals bestätigt werden. Zudem wurde die Anzahl der befragten PP mit der Gesamtzahl aller PP im gleichen Zeitraum verglichen. Auch hier konnte eine Übereinstimmung der 200 PP mit der Gesamtzahl aller PP bezüglich Geschlecht und Durchschnittsalter bestätigt werden, sodass keine Auswahl getroffen wurde.

- **Qualitative Interviews von einzelnen Pflegepersonen an Stelle der Befragung des ganzen Pflorgeteams**

Da es auch bei der schriftlichen Befragung offene Fragen gab, konnten neue und zusätzliche Aspekte erhoben werden. Mit einer Rücklaufquote von 75 Prozent im Jahr 2018 und 83 Prozent im Jahr 2019 kann die Befragung als aussagekräftig angesehen werden. Bei der schriftlichen Befragung hatten die Mitarbeitenden Zeit, sich die Antworten zu überlegen

und zu diskutieren. Eventuell konnten die Mitarbeitenden ihre Meinung besser kundgeben, da die Befragung anonym und schriftlich durchgeführt wurde.

- Kritisch hinterfragt werden muss auch der **Zeitpunkt der zweiten Befragung**: Es muss vermutet werden, dass die Intervention bei der zweiten Befragung (sechs Monate nach der Intervention) nicht mehr so im Fokus der Mitarbeitenden stand und deshalb womöglich als weniger effektiv bewertet wurde, als wenn die Befragung direkt nach der Intervention durchgeführt worden wäre.
- Als limitierend kann die Freiwilligkeit an der Teilnahme erachtet werden. Ob diejenigen Personen, die nicht teilgenommen haben, die Fragen anders beantwortet hätten, ist offen. Es ist möglich, dass eine Befragung des **ärztlichen Teams** weitere Erkenntnisse erbracht hätte.
- Nachträglich muss die **Fünf-Punkte-Likert-Skala** als eine Schwäche der Studie beurteilt werden. Vor allem die Stationsleitungen der Schweiz gaben häufig einen Wert von 3 an (1 bedeutet «sehr niedrig», 5 bedeutet «sehr hoch» und 3 bedeutet «teils-teils»). Das bedeutet, dass häufig der Mittelwert angekreuzt wurde. Bei einer zukünftigen Befragung wäre eine Skala von 6 zu empfehlen, damit die Befragten in eine Richtung Stellung nehmen müssen. Noch besser wäre eine Skala von 10, wodurch die Haltung noch differenzierter zu Tage treten würde.
- **33 Stationsleitungen** haben bei der quantitativen schriftlichen Befragung mitgemacht. Diese Methode hat Vor- und Nachteile. Dank der breitgefächerten Anfrage konnte herausgefunden werden, dass es grosse Unterschiede zwischen den Notfallstationen hinsichtlich der Anzahl und der Behandlung von aggressiven PP gibt. Es stellte sich heraus, dass vor allem die grossen Notfallstationen aggressive PP behandeln. Als Nachteil dieser Forschungsmethode muss genannt werden, dass keine vertieften Ergebnisse und kein Nachfragen möglich waren. Bei einer zukünftigen Studie empfiehlt es sich, nur fünf bis zehn Stationsleitungen von Universitätsspitalern und von Kantonsspitalern mit einem hohen Patientenaufkommen zu befragen. Dazu würden sich leitfadengestützte Experteninterviews anbieten.

2.4 Relevanz

Die Resultate der Studien sind relevant für PP, Pflegepersonen, MP, Ärzte/Ärztinnen, Stationsleitungen, Personal des Sicherheitsdienstes und Partnerorganisationen. Die Studien zeigen deutlich die hohe und zunehmende Belastung durch aggressive PP. Die Aussensicht durch Experten und Expertinnen von Partnerorganisationen unterstütze die Aussagen der Pflegepersonen zu den räumlichen Bedingungen und zur fachlichen Qualifikation.

Die Empfehlungen sollen Führungspersonen aufzeigen, mit welchen Mitteln sie ihr Personal unterstützen und die Sicherheit sowie Qualität der Patientenversorgung optimieren können. Gewaltprävention durch interprofessionelle Schulungen fördert die Sicherheit und Zufriedenheit des Pflegepersonals. Gerade vor dem Hintergrund des bestehenden Mangels an Pflegepersonen sind Sicherheitsmassnahmen entscheidende Faktoren, damit das Pflegepersonal gesund bleibt und langfristig an das Unternehmen UNZ gebunden werden kann.

3 Ausblick

Da die Forschungsarbeit sehr breit angelegt war, konnten diverse neue Erkenntnisse gewonnen werden. Es gilt nun diese Erkenntnisse/Empfehlungen in die Praxis umzusetzen (Kapitel IV/2) und durch weitere Forschungen zu vertiefen.

Die Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) hat zum Ziel, die Mitarbeitenden eines Unternehmens vor Berufsunfällen, Berufskrankheiten und gesundheitlichen Beschwerden zu schützen (vgl. EKAS, 2006, S. 2 und 29). Sie empfehlen Massnahmen auf drei verschiedenen Ebenen. Für das UNZ könnten die Empfehlungen wie folgt aussehen:

- 1. **Strategische Ebene:** Spitalleitung Inselfspital
- 2. **Operative Ebene:** Klinikleitung, Stationsleitungen
- 3. **Anwender/innen-Ebene:** Mitarbeitende

1. Strategische Ebene	2. Operative Ebene	3. Anwender/innen-Ebene
Gefährdungskatalog	Sicherheitskonzept <ul style="list-style-type: none"> • Sicherheitsleitbild • Sicherheitsziele • Sicherheitsorganisation • Ausbildung • Instruktion • Information • Sicherheitsregeln • Sicherheitsstandards • Gefahrenermittlung • Risikobeurteilung • Massnahmenplan 	Checklisten Formulare Standards Regelung von Zuständigkeiten und Abläufen
Sicherheitskonzept		

Abbildung 57: Empfehlungen zur Arbeitssicherheit (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an EKAS <https://www.ekas.admin.ch/download.php?id=320>, S. 29)

3.1 Praxisausblick

Aus den Forschungsergebnissen wurden zehn Empfehlungen für die Praxis ausgearbeitet. Die Schaffung einer separaten Einheit für die Versorgung von aggressiven und intoxikierten PP benötigt finanzielle, räumliche und personelle Ressourcen und muss von der Spitalleitung unterstützt werden. Eine Änderung in der Versorgungsstrategie muss als ein langfristiges Ziel betrachtet werden.

Nebst den Handlungsempfehlungen für die Praxis haben sich zwei weitere Themenfelder abgezeichnet, die weiter untersucht werden sollten:

Austausch Stationsleiter/innen: Es sollte ein regelmässiger Austausch mit den Stationsleitern und Stationsleiterinnen von grösseren Spitälern in Bezug auf ihr Aggressionsmanagement stattfinden. Erfahrungen und Standards könnten ausgetauscht werden und alle könnten so voneinander lernen.

«Standards of aggressive patient care in Emergency Department» (Exadaktylos, 2020): Die Erkenntnisse aus dieser Forschungsarbeit können als Grundlage für die Entwicklung eines BAS verwendet werden. Das UNZ erhält dadurch die Möglichkeit, sich zu einem «Center of excellence in Aggression Management» zu entwickeln (vgl. Exadaktylos, 2020).

3.2 Forschungsausblick

In einer Reportage des Schweizer Fernsehens aus dem Jahr 2017 wurde bereits aufgezeigt, dass sämtliche Notfallstationen in allen Regionen der Schweiz von einer Zunahme an Gewalt betroffen sind (vgl. Schweizer Radio und Fernsehen, 2017b). Die aktuellen Zahlen des UNZ zeigen, dass die Aggressionsfälle weiter zugenommen haben. Professor Exadaktylos, Chefarzt und Klinikdirektor des UNZ, meinte anlässlich eines Interviews im Jahr 2019: «Irgendetwas passiert da draussen in der Gesellschaft» (<https://www.blick.ch/news/schweiz/bern/irgendetwas-passiert-da-draussen-in-der-gesellschaft-das-inselspital-ist-alarmiert-ueber-angriffe-aufs-personal-id15192371.html> [abgefragt am: 5.10.20]). Er verglich das Notfallzentrum mit einem Fiebermesser, das Veränderungen in der Gesellschaft frühzeitig erkennt. Obdachlose, Psychiatrie- und Sucht-PP fallen durch das Maschennetz der Gesellschaft und das Notfallzentrum ist das letzte Auffangbecken für Gestrandete.

Die Umfrage bei den 33 Stationsleitungen der Schweiz hat gezeigt, dass jede Klinik unterschiedliche Sicherheitsbedürfnisse hat. Es kann deshalb kein einheitlicher schweizerischer Standard empfohlen werden. Jede Klinik muss entsprechend dem Patientengut einschätzen, was nötig ist. Das UNZ hat bereits sehr viele Massnahmen umgesetzt. Hier handelt es sich, wie beim Deming-Kreis (PDCA-Prozess), um eine laufende Situationsbeurteilung mit einem agilen Massnahmenplan, der kontinuierlich der aktuellen Situation angepasst werden muss.

Es kann davon ausgegangen werden, dass das Thema uns auch in den nächsten Jahren begleiten wird. Aggressionsmanagement ist zudem ein Puzzle, das aus vielen verschiedenen Faktoren und Massnahmen besteht. Die Umsetzung der Empfehlungen sollte stets wissenschaftlich begleitet werden.

- Es müsste untersucht werden, wie das Pflegepersonal mit der Zunahme an Aggression und Gewalt umgeht und was die Mitarbeitenden unternehmen, um gesund zu bleiben.
→ **Erforschung der Auswirkungen von Weiterbildung in Resilienz auf das Sicherheitsempfinden und die Gesundheit der Mitarbeitenden.**
- Weiter müssten sowohl Ärzte/Ärztinnen als auch das Personal des Sicherheitsdienstes zum Aggressionsmanagement befragt werden. Die Einschätzung der Ärzte und Ärztinnen des UNZ zu ihrer Motivation und Fachkompetenz bei der Behandlung von aggressiven PP sollte erhoben werden. Vor und nach den interprofessionellen Simulationen von Fallbeispielen mit einem Laienschauspieler/einer Laienschauspielerin als Aggressor/Aggressorin müssten die Einschätzung und die Auswirkungen bezüglich Fachkompetenz und Zusammenarbeit untersucht werden.
→ **Erforschung interprofessioneller Schulungen in Aggressionsmanagement.**
- Welchen Effekt die Erstellung eines Handbuchs, Einführungskurse und interprofessionelle Schulungen auf das Sicherheitspersonal haben, müsste untersucht werden.
→ **Erforschung der implementierten Massnahmen beim Personal des Sicherheitsdienstes.**

- **Neues Thema: Covid-19 und aggressives Verhalten**

Mit Covid-19 kam ein zusätzlicher Faktor dazu, der die Gewaltbereitschaft in der Bevölkerung aus wirtschaftlichen, gesundheitlichen und psychischen Gründen erhöht. Es gab PP, die sich auch nach wiederholter Aufforderung weigerten, eine Maske zu tragen. Sie reagierten gereizt bis aggressiv gegenüber dem Pflegepersonal. Udoji zufolge muss Covid-19 als ein exzerpieren-der Faktor für Gewalt betrachtet werden (vgl. Udoji, 2020, <https://www.kevinmd.com/blog/2020/09/when-an-epidemic-of-violence-against-health-care-workers-meets-a-pandemic.html> [abgefragt am: 11.10.2020]). Die Frage nach den Auswirkungen von Covid-19 auf die Gewaltbereitschaft ist am Ende der Forschungsarbeit aufgetaucht. Hier tut sich ein neues und relevantes Thema auf, das beleuchtet werden müsste.

→ **Erforschung der Auswirkungen von Covid-19 auf aggressives Verhalten von PP gegenüber dem Personal.**

Mögliche zukünftige Forschungsthemen:



Abbildung 58: Mögliche zukünftige Forschungsthemen (Quelle: Eigene Darstellung)



Blau: Thema, das sich aus der Forschungsarbeit ergeben hat und eine Weiterentwicklung der bestehenden Massnahmen darstellt.



Rot: Aktuelles Thema, das am Ende der Forschungsarbeit neu dazukam und erforscht werden müsste.

4 Schlusswort

«Lassen wir uns nicht vor Tatsachen stellen,
die wir als leider vollendet zu akzeptieren hätten.»

(Hessel, 2017, S. 8)

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurden sehr viele Herausforderungen und Auswirkungen bei der Versorgung von aggressiven PP im UNZ erfasst. Aggressionen, Druck, Stress, Einsparungen, Personalknappheit etc. lasten auf dem Personal an der Basis. Das Aggressionspotential ist gross. Wenn 97 Prozent der Mitarbeitenden innerhalb von drei Monaten verbale und 45 Prozent physische Aggression erfahren, dann müssen beim Führungsteam, aber auch in der Gesellschaft die Alarmglocken läuten. Dieses Verhalten gegenüber dem Gesundheitspersonal ist nicht akzeptierbar.

Mit der Arbeit konnte eine Vielzahl an Möglichkeiten aufgezeigt werden, die der Aggression und Gewalt entgegengesetzt werden können. Der Teamgeist ist dabei die grösste und wichtigste Ressource für das Personal an der Front. Mit interprofessionellen Schulungen könnten der Teamgeist und die Zusammenarbeit gestärkt werden, sodass im Alltag die Herausforderungen besser bewältigt werden können. Das Management ist gefordert, Veränderungen zu erkennen und zu analysieren, um neue Massnahmen für die Klinik zu implementieren.

Im Zuge der Forschungsarbeit wurden neue Erkenntnisse gewonnen, weshalb die Intoxikationsstudie dazu kam. Die Forschungsarbeit konnte dank ihrer breiten Ausrichtung neue Inputs liefern, die in zukünftigen Studien vertieft werden sollten. Es hat sich gezeigt, dass das Aggressionsmanagement ein fortlaufender Verbesserungsprozess ist, bei dem aktive und aufmerksame Führungspersonen gefragt sind.

5 Verzeichnisse

5.1 Literaturverzeichnis

A, A. (2020). *Persönliches Experteninterview 1, Bewa.*

Adriaenssens, J.; De Gucht, V.; Maes, S. (2015). *Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research.* International Journal of Nursing Studies, 52(2), S. 649-661.

Alameddine, M.; Kazzi, A.; El-Jardali, F.; Dimassi, H.; Maalouf, S. (2011). *Occupational violence at Lebanese emergency departments: prevalence, characteristics and associated factors.* Journal of Occupational Health, 53(6), S. 455-464.

Al-Ali, N. M., Al Faouri, I., Al-Niarat, T. F. (2016). *The impact of training program on nurses' attitudes toward workplace violence in Jordan.* Applied Nursing Research, 30, S. 83-89.

Allen R. C.; Palk, G. (2018). *Development of Recommendations and Guidelines for Strengthening Resilience in Emergency Department Nurses.* Traumatology, 24(2), S. 148-156.

Andrade, C. C.; Devlin, A. S. (2015). *Stress reduction in the hospital room: Applying Ulrich's theory of supportive design.* Journal of environmental psychology, 41, S. 125-134.

Arbeitsschutzgesetz, ArGV 3, Art. 2 (2015). *Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.* Online: <https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/gesundheitschutz-am-arbeitsplatz.html> [Zugriff: 4.5.2020]

Aripin, S. (2007). *Healing Architecture: Daylight in hospital design.* Conference on Sustainable Building South EAs Asia, S. 173-181.

Ashton, R. A.; Morris, L.; Smith, I. (2018). *A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression.* International Emergency Nursing, 39, S. 13-19.

Baydin, A.; Erenler, A. K. (2014). *Workplace violence in emergency department and its effects on emergency staff.* International Journal of Emergency Mental Health (16(2)), S. 288-290.

B, B. (2020). *Persönliches Experteninterview 2, Kaim*

Becker, F. (2019). *Mitarbeiter wirksam motivieren: Mitarbeitermotivation mit der Macht der Psychologie.* Berlin: Springer-Verlag.

Berglund, B.; Lindvall, Th.; Schwela, D. (1999). *Guidelines for community noise*. WHO. Online: <https://www.who.int/iris/handle/10665/66217> [abgefragt am: 24.1.2019]

Bertram, D. (2007). *Likert Scales are the meaning of life*. Online: [file:///C:/Users/i0303449/Downloads/topic-dane-likert%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/i0303449/Downloads/topic-dane-likert%20(5).pdf) [abgefragt am: 14.9.2019]

Bierhoff, H. W.; Wagner, U. (1998). *Aggression und Gewalt*. Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer.

Bitner, M. J. (1992). *Servicescapes: The impact of physical surroundings on customers and employees*. *Journal of Marketing*, 56(2), S. 57-71.

Blando, J. D.; O'Hagan, E.; Casteel, C.; Nocera, M. A.; Peek-Asa, C. (2013). *Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perceptions of safety*. *Journal of Nursing Management*, 21(3), S. 491-498.

Bock, T. (2005). *Aus dem Trialog lernen - Konsequenzen für den psychiatrischen Alltag*. In C. Abderhalten & I. Needham (Hrsg.). *Psychiatrische Pflege – verschiedene Settings, Partner, Population*. Bern: Ibicura Verlag, S. 154-167.

Böckelmann, I.; Seibt, R. (2011). *Methoden zur Indikation vorwiegend psychischer Berufsbelastung und Beanspruchung – Möglichkeiten für die betriebliche Praxis*. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 65(3), S. 205-222. [file:///C:/Users/i0303449/Downloads/MethodenzurIndikationvorwiegendpsychischerBerufsbelastungundBeanspruchung2011%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/i0303449/Downloads/MethodenzurIndikationvorwiegendpsychischerBerufsbelastungundBeanspruchung2011%20(3).pdf) [abgefragt am: 20.12.21]

Bördlein, C. (2000). *Die Bestätigungstendenz. Warum wir (subjektiv) immer recht behalten*. *Skeptiker*, 13(3), S. 132-138

Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten. Qualitative Sozialforschung*. Berlin: Springer-Verlag.

Bonner, G.; McLaughlin, S. (2007). *The psychological impact of aggression on nursing staff*. *British Journal of Nursing*, 16(13), S. 810-814.

Breakwell, G. M. (1998). *Aggression bewältigen*. (Camenzind, E., Trans.). Bern: Hans Huber Verlag.

Burchill, C. N.; Bena, J.; Polomano, R. C. (2018). *Psychometric Testing of the Personal Workplace Safety Instrument for Emergency Nurses*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(2), S. 97-103.

Burchill, C. (2015). *Development of the Personal Workplace Safety Instrument for Emergency Nurses*. *Work* (Reading, Mass.), 51, S. 61-66.

C, C. (2020). *Persönliches Experteninterview 3, RD*

CK-UNZ. (2020). *Persönliches Experteninterview, Chefarzt und Klinikdirektor Notfallzentrum Inselspital Bern*

CDC; NIOSH, (2002). *Violence, Occupational Hazards in Hospitals*. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/pdfs/2002-101.pdf?id=10.26616/NIOSH PUB2002101> [abgefragt am: 6.4.2021]

Cowman, S.; Björkdahl, A.; Clarke, E.; Gethin, G.; Maguire, J. (2017). *A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen European countries*. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-10.

Darius, S.; Balkaner, B.; Böckelmann, I. (2020). *Gefährdungen und Arbeitsschutzmassnahmen in der Notaufnahme*. *Notfall + Rettungsmedizin*, 23(2), S. 85-92.

David, M.; Braun, T.; Borde, T. (2006). *(Fehl-)Inanspruchnahme von klinischen Rettungsstellen*. *Notfall & Rettungsmedizin*. 9(8), S. 673-678.

Davison, S. E. (2005). *The management of violence in general psychiatry*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(5), S. 362-370.

D, D. (2020). *Persönliches Experteninterview 4, Patientenmanagement*

Demir, A. (2007). *Nurses' use of physical restraints in four Turkish hospitals*. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), S. 38-45.

DiBlasi Moorhead, L. (2019). *It's Leadership's Responsibility to Protect Staff from Workplace Violence*. Joint Commission. Online: <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/blogs/dateline-tjc/2019/06/its-leaderships-responsibility-to-protect-staff-from-workplace-violence/> [abgefragt am: 11.5.2020]

Diekmann, A. (2017). *Empirische Sozialforschung*. 11. Auflage. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt.

Douglas, C. H.; Douglas, M. R. (2004). *Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective*. *Health Expectations*, 7(1), S. 61-73.

Duxbury, J.; Hahn, S.; Needham, I.; Pulsford, D. (2008). *The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS): a cross-national comparative study*. Journal of Advanced Nursing, 62(5), S. 596-606.

Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS). (2006). *ASA-Richtlinie: Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz effizient und einfach umgesetzt*. Online: <https://www.ekas.ch/download.php?id=320>, S. 2 und 29 [abgefragt am: 1.9.2019]

E, E. (2020). *Persönliches Experteninterview 5, IB*

Elo, S.; Kyngäs, H. (2008). *The qualitative content analysis process*. Journal of Advance Nursing, 62(1), S. 107-115.

Emde, K.; Merkle, S. (2002). *Reducing use of restraints in the emergency department: one level III community hospital's experience*. Journal of Emergency Nursing, 28(4), 320-322.

Erickson, L.; Williams-Evans, A. (2000). *Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults*. Journal of Emergency Nursing, 26(3), 210-215.

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), S. 107-114.

Evans, G. W.; McCoy, J. M. (1998). *When buildings don't work: The role of architecture in human health*. Journal of Environmental Psychology, 18(1), S. 85-94.

Fernandez, C. M.; Bouthillette, F.; Raboud, J. M.; Bullock, L.; Moore, C. F.; Christenson, J. M.; Grafstein, E.; Rae, S.; Ouellet, L.; Gillrie, C.; Way, M. (1999). *Violence in the emergency department: a survey of health care workers*. CMAJ, 161(10), S. 1245-1248.

F, F. (2020). *Persönliches Experteninterview 6, Securitas*

Fida, R.; Tramontano, C.; Paciello, M.; Guglielmetti, C.; Gilardi, S.; Probst, T. M.; Barbaranelli, C. (2018). *"First, Do no Harm": The Role of Negative Emotions and Moral Disengagement in Understanding the Relationship between Workplace Aggression and Misbehavior*. Frontiers in Psychology, 9(671), S. 1-17.

Filus, W. ; Lacerda Moreira de Lacerda, A. B. ; Albizu, E. (2015). *Ambient Noise in Emergency Rooms and Its Health Hazards*. International Archives of Otorhinolaryngology, 19(3), S. 205-209.

Findorff, M. J.; McGovern, P. M.; Wall, M.; Gerberich, S. G. (2005). *Reporting Violence to a Health Care Employer: A Cross-Sectional Study*. AAOHN Journal, 53(9), S. 399-406.

Fish, R.; Culshaw, E. (2005). *The last resort? Staff and client perspective on physical intervention.* Journal of Intellectual Disabilities, 9(2), S. 93-107.

Fleischmann, T. (2009). *Wege aus der Notaufnahme - wann ambulant, stationär oder intensiv? Grundlage ist eine adäquate Risikostratifikation.* Klinikarzt, 38(1), S. 26-30.

Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung.* Hamburg: Rowohlt Verlag.

Flick, U. (2010). *Qualitative Sozialforschung.* 3. Auflage. Hamburg: Rowohlt Verlag.

Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (2017). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* 12. Auflage. Hamburg: Rowohlt Verlag.

Fogel, D.; Steinert, T. (2012). *Aggressive und gewalttätige Patienten–Fixierung.* Lege artis-Das Magazin zur ärztlichen Weiterbildung, 2(01), S. 28-33.

Franzen, A. (2014). *Antwortskalen in standardisierten Befragungen.* Online: https://www.soz.unibe.ch/ueber_uns/e48983/e127077/e127485/e127490/53_Baur_Blasius_bookprint_C51_2014_07_15_ger.pdf [abgefragt am: 15.9.2019]

Freeman, S.; Hallett, C.; McHugh, G. (2015). *Physical restraint: experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses.* Nursing in Critical Care, 21(2), S. 78-87.

Frick, J.; Slagman, A.; Möckel, M.; Searle, J.; Stemmler, F.; Joachim, R.; Lindner, T. (2018). *Erleben von aggressivem Verhalten in der Notaufnahme nach Etablierung eines Deeskalationstrainings.* Notfall+ Rettungsmedizin, 21(5), S. 349-356.

Frick, J.; Slagman, A.; Lomberg, L.; Searle, J.; Möckel, M.; Lindner, T. (2016). *Sicherheitsinfrastruktur in deutschen Notaufnahmen.* Notfall+ Rettungsmedizin, 19(8), S. 666-670.

Fröhlich, M. R.; Hürlimann, B.; Warmuth, I.; Helberg, D.; Frei, I.A. (2018). *Fixieren oder nicht?* Intensiv, 26(05), S. 239-243.

Früh, W. (2015). *Inhaltsanalyse: Theorie und Praxis.* 8. Auflage. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Gaede, K. (2016). *Kliniken sind keine Flughäfen.* Das Gesundheitswirtschaftsmagazin, 21 (10); S.32–35 Online: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0036-1578509> [abgefragt: 28.12.2018]

Gates, D. M.; Ross, C. S.; McQueen, L. (2006). *Violence against emergency department workers.* The Journal of Emergency Medicine, 31(3), S. 331-337.

Gemeinderat, Stadt Bern. (2011). *Umfrage zum Sicherheitsempfinden in der Stadt Bern.* Online: https://www.bern.ch/mediencenter/medienmitteilungen/aktuell_ptk/2011-11-sicherheitbern [abgefragt am: 8.7.2018]

Genschow, O.; Noll, T.; Wänke, M.; Gersbach, R. (2015). *Does Baker-Miller pink reduce aggression in prison detention cells? A critical empirical examination.* *Psychology, Crime & Law*, 21(5), 482-489.

Genschow, O. (2021). *Mythos pink: Reduzieren pinke Gefängniszellen wirklich aggressives Verhalten?* <https://de.in-mind.org/blog/post/mythos-pink-reduzieren-pinke-gefaengniszellen-wirklich-aggressives-verhalten#:~:text=Im%20Jahre%201979%20berichtet%20Schauss,als%20Insassen%20in%20wei%C3%9Fen%20Zellen.&text=Das%20heißt%20die%20Insassen%20werden,sp%C3%A4ter%20in%20pinken%20Zellen%20beobachtet> [abgefragt am: 21.4.21]

Gerace, A.; Pamungkas, D. R.; Oster, C.; Thomson, D.; Muir-Cochrane, E. (2014). *The use of restraint in four general hospital emergency departments in Australia.* *Australasian Psychiatry*, 22(4), 366-369.

Gerrig, R. J.; Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie*. 18. Auflage, München: Pearson Deutschland.

G, G. (2020). *Persönliches Experteninterview 7, UPD*

Gilchrist, H.; Jones, S. C.; Barrie, L. (2011). *Experiences of emergency department staff: Alcohol-related and other violence and aggression.* *Australasian emergency nursing journal*, 14(1), 9-16.

Gilliam, J. E. (1991). *The effects of Baker-Miller pink on physiological and cognitive behavior of emotionally disturbed and regular education students.* *Behavioral Disorders*, 17(1), 47–55.

Gläser, J.; Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. 4. Auflage. Heidelberg: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Graber, R.; Pichon, F.; Carabine, E. (2015). *Psychological resilience. State of knowledge and future research agendas.* London: Overseas Development Institute.

Gubler, P. (2019). *Bilder Eingangsbereich Notfallzentrum Inselspital* (nicht veröffentlicht).

Gygax, M. (2020). *Verordnete Fixationen* (nicht veröffentlicht).

Hahn, S.; Heckemann, B.; Thomann, S. (2018). *Bei der Prävention von Aggression sind die Führungskräfte gefordert.* *Zeitschrift "Krankenpflege"*, 12, S. 25-27.

Hahn, S.; Gerdtz, M.; Hamilton, B.; Riahi, S.; DeSanto Iennaco, J.; Duxbury, J. (2017). *Development and validation of an online questionnaire (PERoPA-M) - An international online survey on patient and visitor aggression in healthcare organisations from the nurse managers' perspective*. Online: https://www.google.com/search?ei=YNS2XO2BC8yEmwWagrbIBQ&q=development+and+validation+of+an+online+questionnaire+%28PERoPA-M%29&oq=development+and+validation+of+an+online+questionnaire+%28PERoPA-M%29&gs_l=psy-ab.3...3659.7581..9049...0.0..0.146.771.0j6.....0....1j2..gws-wiz.....0..0i71i0i131i67j0i131i0i67j0.E-TakXPTzIs; [abgefragt am: 17.4.2019]

Hahn, S. (2016). *Patienten- und Angehörigenaggression und –gewalt: Eine Herausforderung für Management und Leadership*. *Pflegerecht* 4/2016. S. 225-230 Online: <https://pflege-recht.recht.ch/de/artikel/02pf0416for/patienten-und-angehorigenaggression-und-gewalt-eine-herausforderung-fur> [abgefragt am: 3.9.2019]

Hahn, S. (2012). *Patient and visitor violence in general hospitals*. Maastricht University. Online: <https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/files/1448726/guid-faaf5200-b0ad-42c3-904a-89e2ab507000-ASSET1.0> [abgefragt am: 1.7.2019]

Hamilton, S.; Tran, V.; Jamieson, J. (2016). *Compassion fatigue in emergency medicine: The cost of caring*. *Emergency Medicine Australasia*, 28, S. 100-103.

Hämmig, O. (2018a). *Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals—a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland*. *BMC Health Services Research*, 18(1), S. 785.

Hämmig, O. (2018b). *Gesundheit von Beschäftigten in Gesundheitsberufen*. University of Zurich Online: <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/168417/1/Beschaefigte-Haemmig.pdf> [abgefragt am: 1.10.2020]

Haric, P. (2018). *Definition Management*. *Wirtschaftslexikon*. Online: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/management-37609/version-261043> [abgefragt am: 8.5.2021]

Hartdegen, K. (2018). *Gewalt. Pschyrembel - Medizinisches Online Wörterbuch*. Online: <https://www.pschyrembel.de/Gewalt/T01U0/doc/> [abgefragt am: 10.7.2018]

Hartig, T. E.; Gary, W.; Jamner, L. D.; Davis, D. S.; Gärling, T. (2003). *Tracking restoration in natural and urban field settings*. *Journal of Environmental Psychology*, 23(2), S. 109-123.

Hassankhani, H.; Parizad, N.; Gacki-Smith, J.; Rahmani, A.; Mohammadi, E. (2018). *The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study*. *International Emergency Nursing*, 39, S. 20-25.

Heckemann, B.; Peter, K.A.; Halfens, R.J.; Schols, J.; Kok, G.; Hahn, S. (2017). *Nurse Managers: Determinants and behaviors in relation to patient and visitor aggression in general hospitals.* A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), S. 3050-3060.

Heckemann, B.; Thomann, S.; Hahn, S. (2018). *Bei der Prävention von Aggression sind die Führungskräfte gefordert.* *Zeitschrift Krankenpflege*, 12, S. 25.

Heisz, S. (2012). *Sicherheitsempfinden.* Online: <http://othes.univie.ac.at/19916/> [abgefragt am: 6.7.2018]

Hesketh, K. L.; Duncan, S. M.; Estabrooks, C. A.; Reimer, M. A.; Giovannetti, P.; Hyndman, K. (2003). *Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals.* *Healthy Policy* (63). S. 311-321.

Hessel, St. (2017). *Engagiert Euch! Im Gespräch mit Gilles Vanderpooten.* 12. Auflage. Berlin: Ullstein Verlag

Hobbs, M. A. (2016). *Evaluating the Impact of Emergency Department Facility Design on Healthcare Workers' Perception of Safety.* Clemson: Clemson University, S. 1-48.

Houtman, I. (2005). *Work-related stress.* Eurofound. Online: <https://www.eurofound.europa.eu/de/publications/article/2005/work-related-stress> [abgefragt am: 20.9.2020]

Huisman, E. R. C. M.; Morales, E.; van Hoof, J.; Kort, H. S. M. (2012). *Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users.* *Building and Environment*, 58, S. 70-80.

Hussy, W.; Schreier, M.; Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor.* 2. überarbeitete Auflage. Berlin: Springer-Verlag.

Hüther, G.; Fischer, J. E. (2010). *Biologische Grundlagen des psychischen Wohlbefindens.* In: Badura, B.; Schröder, H.; Klose, J.; Macco, K. (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 2009 (S. 23-29).* Berlin: Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-642-01078-1_3 [abgefragt am: 10.4.2021]

Iyendo, T. O.; Uwajeh, P. C.; Ikenna, E. S. (2016). *The therapeutic impacts of environmental design interventions on wellness in clinical settings: A narrative review.* *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, S. 174-188.

Inselgruppe AG (2019). *Unternehmensstrategie.* Online: <file:///C:/Users/i0303449/Downloads/Kurzportraet-Insel-Gruppe-deutsch-19.pdf> [abgefragt am: 14.11.2020]

International Council of Nurses (ICN). (2007). *Guidelines on coping with violence in the workplace.* Online: https://static1.squarespace.com/static/579770cd197aea84455d6908/t/57d86302d1758e16f4e0f072/1473798914990/guideline_violence.pdf [abgefragt am: 14.7.2018]

Jansen, G. J.; Dassen, T. W.; Jebbink, G. (2005). *Staff attitudes towards aggression in health care: a review of the literature.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12(1), S. 3-13.

Saver, J. L. (2006). *Time is brain.* Stroke 37(1), S. 263-266.

Jenkins, M. G.; Rocke, L. G.; McNicholl, B. P.; Hughes, D. M. (1998). *Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland.* Journal of Accidents and Emergency Medicine 15, S. 262-265.

Jüchser, C.; Richter, D. (2020). *Retter in Not: Wie sieht es mit der Gewaltzunahme im ländlichen Raum aus?* Rettungsdienst 43 (11), S. 26-28.

Kaeser, D.; Guerra, R.; Keidar, O.; Lanz, U.; Moses, M.; Kobel, C.; Exadaktylos, A. K.; Ricklin, M. (2018). *Verbal and Non-Verbal Aggression in a Swiss University Emergency Room: A Descriptive Study.* International Journal of Environment Research and Public Health, 15(1423), S. 1-7.

Kallert, T. W.; Jurjanz, L.; Schnall, K.; Glöckner, M.; Gerdjikov, I.; Raboch, J.; Georgiadou, E.; Solomon, Z.; de Rosa, C.; Dembinskas, A.; Adamowski, T.; Nawka, P.; Hernandez, C.; Björkdahl, A. (2007). *Eine Empfehlung zur Durchführungspraxis von Fixierungen im Rahmen der stationären psychiatrischen Akutbehandlung.* Psychiatrische Praxis, 34(S 2), S. 233-S240.

Kansagra, S. M.; Rao, S. R.; Sullivan, A. F.; Gordon, J. A.; Magid, D. J.; Kaushal, R.; Camargo, C. A.; Blumenthal, D. (2008). *A Survey of Workplace Violence across 65 US: Emergency Departments.* Academic Emergency Medicine, 15(12), S. 1268-1274.

Kanton Bern. (2013). *Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB).* Online: <https://www.jgk.be.ch/jgk/de/index/direktion/organisation/kesb.html> [abgefragt am: 1.9.2019]

Kanton Bern. (2017). *Spitalversorgungsgesetz (SPvG).* Online: <file:///C:/Users/i0303449/Downloads/812.11-2-1.de.pdf> [abgefragt am: 1.9.2019]

Kelling, G. L.; Wilson, J. Q. (1982). *Broken windows.* Atlantic Monthly, 249(3), S. 29-38. Online: https://urbanpolicy.net/wp-content/uploads/2012/11/Kelling+Wilson_1982_Broken-Windows_policing.pdf [abgefragt am: 31.8.19]

Kellogg Foundation. (2004). *Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation and Action. Logic Model Development Guide.* Online: <https://ag.purdue.edu/extension/pdehs/Documents/Pub3669.pdf> [abgefragt am: 1.10.2020]

Kobler, I.; Schwappach, D. (2017). *Mehr Patientensicherheit durch Design: Systemische Lösungen fürs Spital.* Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Online: https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/Design/Patientensicherheit_Design_D.pdf [abgefragt am: 25.12.2018]

Koch, J.; Heckemann, B.; Thomann, S.; Hahn, S. (2018). *Klare Haltung schützt Pflegende.* Zeitschrift "Krankenpflege". Online: https://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/gesundheits/6_forschung/pflege/Aggression_im_Gesundheitswesen/1807_D_Aggression.pdf [abgefragt am: 23.12.2018]

Kowalenko, T.; Gates, D.; Gillespie, G. L.; Succop, P.; Mentzel, T. K. (2013). *Prospective study of violence against ED workers.* The American Journal of Emergency Medicine, 31(1), S. 197-205.

Kowalenko, T.; Cunningham, R.; Sachs, C. J.; Gore, R.; Barata, I. A.; Gates, D.; Hargarten, S. W.; Josephson, E. B.; Kamat, S.; Kerr, H. D.; McClain, A. (2012). *Workplace violence in emergency medicine: current knowledge and future directions.* The Journal of Emergency Medicine, 43(3), S. 523-531.

Kowalenko, T.; Walters, B.; Khare, R.; Compton, S. (2005). *Workplace violence: a survey of emergency physicians in the state of Michigan.* Annals of Emergency Medicine 46(2), S. 142-147.

Krieger, R.; Graf, M.; Vanis, M. (2012). *Arbeit und Gesundheit; Ausgewählte Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung.* Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO). Online: https://www.compasso.ch/cm_data/de_Bericht_Arbeit_und_Gesundheit_2012.pdf [abgefragt: 14.11.2020]

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.

Lai, C. K. (2007). *Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? – A study using focus group interviews.* BMC Nursing, 6(1), S. 1-7.

Lang, U. (2012). *Innovative Psychiatrie mit offenen Türen: Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie.* Berlin: Springer-Verlag.

Lanz, U. (2020). *Reporting Sicherheitsdienst* (nicht veröffentlicht).

Lasswell, H. D. (1948). *The Structure and Function of Communication in Society*. In: Lyman Bryson (Hrsg.): *The Communication of Ideas. A Series of Addresses*. New York: Harper & Bros., S. 32–51. Online: <https://www.bwl-lexikon.de/wiki/lasswell-formel/> [abgefragt am: 15.11.2020]

Leather, P.; Beale, D.; Santos, A.; Watts, J.; Lee, L. (2003). *Outcomes of environmental appraisal of different hospital waiting areas*. *Environment and Behavior*, 35(6), S. 842-869.

Lenaghan, P. A.; Cirrincione, N. M.; Henrich, S. (2018). *Preventing Emergency Department Violence Through Design*. *Journal of Emergency Nursing*, 44(1), S. 7-12.

Levin, P. F.; Hewitt, J. B.; Misner, S. T. (1998). *Insights of Nurses about Assault in Hospital-based Emergency Departments*. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 30(3), S. 249-254.

Li, Y.; Jones, C.B. (2013). *A literature review of nursing turnover costs*. *Journal of nursing management*, 21(3), S. 405-418.

Li, Y. F.; Chao, M.; Shih, C. T. (2018). *Nurses' intention to resign and avoidance of emergency department violence: A moderated mediation model*. *International Emergency Nursing*, 39, 55-61.

Lindner, T.; Joachim, R.; Bieberstein, S.; Schiffer, H.; Möckel, M.; Searle, J. (2015). *Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal*. *Notfall- und Rettungsmedizin*, 18(3), S. 195-200.

Magnavita, N. (2014). *Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: A chicken-egg situation – results of a 6-year follow-up study*. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), S. 366-376.

Magnavita, N.; Heponiemi, T. (2012). *Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study*. *BMC Health Services Research*, 12(108), S. 1-9.

Mahoney, B. S. (1991). *The extent, nature, and response to victimization of emergency nurses in Pennsylvania*. *Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association*, 17(5), S. 282-291

Margraf, J.; Bengel, J. (2016). *Aggression. Pschyrembel - Medizinisches Wörterbuch*. Online: <https://www.pschyrembel.de/Aggression/K01TL/doc/> [abgefragt am: 10.7.2018]

Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation*. *PsycARTICLES*, 50(4), S. 370-396.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken*. Weihnheim und Basel: Beltz Verlag.

McCurdy, J. M.; Haliburton, J. R.; Yadav, H. C.; Yoder, A. M., Norton, L. R.; Froehlich, J. A., Harpreet, K.; Kramer, N. F.; Silman, A.; Quinn, B. J.; Pudlo, S.; Butler Terrell, C; El-Mallakh, R. S. (2015). *Case study: design may influence use of seclusion and restraint*. HERD: Health Environments Research & Design Journal, 8(3), 116-121.

McHugh, M. D.; Kutney-Lee, A.; Cimiotti, J. P.; Sloane, D. M.; Aiken, L. H. (2011). *Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care*. Health Affairs, 30(2), S. 202-210.

McPhaul, K. M.; Lipscomb, J. A. (2004). *Workplace violence in health care: recognized but not regulated*. Online Journal of Issues in Nursing, 9(3), S. 1-14.

Meffert, H.; Burmann, C.; Kirchgeorg, M.; Eissenbeiss, M. (2019). *Marketing: Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung, Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele*. 13 Auflage. Wiesbaden: Springer-Gabler Verlag.

Minnik, A. F.; Mion, L. C.; Johnson, M. E.; Catrambone, C.; Leipzig, R. (2007). *Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US*. Journal of Nursing Scholarship, 39(1), S. 30-37.

Moen, R.; Norman, C. (2006). *Evolution of the PDCA Cycle*. Online: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.470.5465&rep=rep1&type=pdf> [abgefragt am: 7.11.2020]

Morphet, J.; Griffiths, D.; Plummer, V.; Innes, K.; Fairhall, R.; Beattie, J. (2014). *At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses*. Austin Health Review, 38(2), S.194-201

Murphy, A. W. (1998). *'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance*. Family Practice, 15(1), S. 23-32.

Nau, J.; Oud, N.; Walter, G. (2018). *Gewaltfreie Pflege*. Bern: Hogrefe

Nau, J.; Walter, G.; Oud, N. (2019). *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement. Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. 2. Vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage; Bern: Hogrefe

Needham, I.; Abderhalden, C.; Halfens, R. J.; Fischer, J. E.; Dassen, T. (2005). *Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review*. Journal of Advanced Nursing, 49(3), 283-296.

Nelstrop, L.; Chandler-Oatts, J.; Bingley, W.; Bleetman, T.; Corr, F.; Cronin-Davis, J.; Fraher, D. M.; Hardy, P.; Jones, S.; Gournay, K.; Johnston, S.; Pereira, S.; Pratt, P.; Tucker, R.; Tsuchiya, A. (2006). *A Systematic Review of the Safety and Effectiveness of Restraint and Seclusion as Interventions for the Short-Term Management of Violence in Adult Psychiatric Inpatient Settings and Emergency Departments*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), S. 8-18.

Netzwerk Bildung Plus. (o. J.). Bildungsangebot. <https://www.netzwerk-bildung.ch/ausschreibung.php?aid=1071> [abgefragt am: 10.11.2020]

Nijman, H. L.; Muris, P.; Merckelbach, H. L.; Palmstierna, T.; Wistedt, B.; Vos, A. M.; van Rixtel, A.; Allertz, W. (1999). *The staff observation aggression scale—revised (SOAS-R)*. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 25(3), S. 197-209.

Nübling, M.; Stößel, U.; Hasselhorn, H. M.; Michaelis, M.; Hofmann, F. (2006). *Measuring psychological stress and strain at work—Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany*. *GMS Psycho-Social Medicine*, 3.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA). (2015). *Workplace Violence in Healthcare: Understanding the Challenge*. Online : <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3826.pdf> [abgefragt am: 28.12.2018]

Occupational Safety and Health Administration (OSHA). (2016). *Guidelines for Preventing workplace violence for Healthcare and Social Service Workers*. Online: <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha3148.pdf> [abgefragt am: 6.4.2021]

Odermatt, J. (2017). *Bild voller Warteraum*. Bern: Berner Fachhochschule der Künste. Nicht veröffentlicht

Odermatt, J. (2018). *Bild Stockhorngruppe*. Bern: Berner Fachhochschule der Künste. Nicht veröffentlicht.

Ohrmann, P.; Schepers, R. (2021). *Der agitierte und aggressive Patient*. Notfallmedizin up2date. Berlin: Thieme-Verlag.

Oud, N. E. (2000). *Aggressions-Wahrnehmungs-Skala: Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS)*. Gesundheitsportal. Online: https://www.gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergreif/infoplus/6_4_3b.pdf [abgefragt am: 3.5.2018]

Owens, A.; Holroyd, B.; McLane, P. (2020). *Patient race, ethnicity, and care in the emergency department: A scoping review*. *CJEM*, 22(2), S. 245-253.

Patridge, B.; Affleck, J. (2017). *Verbal abuse and physical assault in the emergency department: Rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security*. *Australasian Emergency Nursing*, 20(3), S. 139-145.

Pich, J.; Hazelton, M.; Sundin, D.; Kable, A. (2010). *Patient-related violence against emergency department nurses*. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), S. 268-274.

Pippig, M. (2005). *Risikomanagement im Krankenhaus*. Wismarer Diskussionspapiere, 7. Online: <http://hdl.handle.net/10419/23316> [abgefragt: 8.12.18]

PricewaterhouseCooper; University of Sheffield; Queen Margaret University College Edinburgh. (2004). *The role of hospital design in the recruitment, retention and performance of NHS nurses in England*. Online: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110118153647/http://www.cabe.org.uk/files/the-role-of-hospital-design.pdf> [abgefragt am: 11.12.2018]

ProDeMa. (o. J.). *Professionelles Deeskalationsmanagement*. Online: <https://prodema-online.de/bildungsangebote/deeskalationsmanagement> [abgefragt am: 7.10.2020]

Proshansky, H. M.; Fabian, A. K.; Kaminoff, R. (1983). *Place-identity: Physical world socialization of the self*. *Journal of Environmental Psychology*, 3(1), S. 57-83.

QPR. (2012). *Balanced Scorecard*. Online: <http://www.balanced-scorecard.de/konzept.htm> [abgefragt am: 15.10.2020]

Rack, M. (2014). *CB-Test: Der Confirmation-Bias als Entscheidungsfehler und Organisationsrisiko*. Publiziert in: *Compliance-Berater*, (6). Online: https://rack-rechtsanwälte.de/upload/downloads/aufsaeetze/2014/aufsatz_rack_6_2014.pdf [abgefragt am: 23.12.21]

Rädiker, S.; Kuckarzt, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Text, Audio und Video*. Wiesbaden: Springer Fachmedien

Ray, M. M. (2007). *The Dark Side of the Job: Violence in the Emergency Department*. *Journal of Emergency Nursing*, 33(3), S. 257-261.

Rees, C.; Wirihana, L.; Eley, R.; Ossieran-Moisson, R.; Hegney, D. (2018). *The Effects of Occupational Violence on the Well-being and Resilience of Nurses*. *The Journal of Nursing Administration*, 48(9), S. 452-458.

Reutlinger, Ch.; Götzö, M.; Zimmermann, D.; Rickli, M.; . . . Wirz, D. (2015). *Schlussbericht zu Projekt: «Subjektives Sicherheitsempfinden der Plätze Marktplatz Bohl sowie Bahnhof Ost»*. St. Gallen. Online: https://www.stadt.sg.ch/home/gesellschaft-sicherheit/sicherheit-polizei/praevention/video/_jcr_content/Par/downloadlist_4/DownloadListPar/download_2.oc-File/Schlussbericht%20zum%20Projekt%20Subjektives%20Sicherheitsempfinden_FHS%20SG.pdf [abgefragt am: 27.8.2019]

Richardson, S. K., Ardagh, M. W., Morrison, R., Grainger, P. C. (2019). *Management of the aggressive emergency department patient: non-pharmacological perspectives and evidence base*. *Open Access Emergency Medicine* 11, S. 271- 290.

Roche, M.; Diers, D.; Duffield, C.; Catling-Paull, C. (2010). *Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes*. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), S. 13-22.

Rutishauser, A. (2018). *Notfall: Angriffe und sexuelle Belästigung*. *Sonntagszeitung*. Online: https://www.infonlinemed.ch/infonlinemed_08/openPdf.cfm?artikel_id=300671&artikel_ve-sand_id=339638&u=6F22FF6F619892301618CC9E517450A28722E7A007AFDBBC&key=1A5B13A3E3B5B2C9ACC447DA64A9B009 [abgefragt am: 27.8.2018]

Ryan, D.; Maguire, J. (2006). *Aggression and violence—a problem in Irish Accident and Emergency departments?* *Journal of Nursing Management*, 14(2), S. 106-115.

Sadler, B. L.; DuBose, J.; Zimring, C. (2008). *The Business Case for Building Better Hospitals through Evidence-Based Design*. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), S. 22-39.

Saines, J. C. (1999). *Violence and aggression in A&E: Recommendations for action*. *Accident and Emergency Nursing*, 7(1), S. 8-12.

Sauter, D.; Abderhalden, C.; Needham, I.; Wolff, S. (2006). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. (2. Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.

Schablon, A.; Wendeler, D.; Kozak, A.; Nienhaus, A.; Steinke, S. (2018). *Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany – A Survey*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6).

Schauss, A. G. (1979). *Tranquilizing effect of color reduces aggressive behavior and potential violence*. *Journal of Orthomolecular Psychiatry*, 8(4), 218-221.

Schauss, A. G. (1985). *The physiological effect of color on the suppression of human aggression: Research on Baker-Miller pink*. *International Journal of Biosocial Research*, 7(2), 55-64.

Schnell, R.; Hill, P. B.; Esser, E. (2013). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 10. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Schoonenboom, J.; Johnson, R. B. (2017). *How to Construct a Mixed Methods Research Design*. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69(2), S. 107-131.

Schreier, M. (2014). *Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten*. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 15(1), S. 27.

Schweitzer, M.; Gilpin, L.; Frampton, S. (2004). *Healing Spaces: Elements of Environmental Design That Make an Impact on Health*. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(1), S. 71-83.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2015). *Zwangsmassnahmen in der Medizin*. Online: [file:///C:/Users/i0303449/Downloads/richtlinien_samw_zwangsmassnahmen%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/i0303449/Downloads/richtlinien_samw_zwangsmassnahmen%20(4).pdf) [abgefragt am: 14.10.2019]

Schweizerische Bundesrat. (2015). *Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz (ArGV 3) (Gesundheitsschutz)*. Landesrecht. Online: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19930254/201510010000/822.113.pdf> [abgefragt am: 13.7.2018]

Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2014). *Bundesverfassung (BV)*. Online: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/201405180000/101.pdf> [abgefragt am: 16.10.2019]

Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2017). *Schweizerisches Obligationenrecht (OR)*. Online: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19110009/201704010000/220.pdf> [abgefragt am: 1.9.2019]

Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2018a). *Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz, ArG)*. Online: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19640049/index.html> [abgefragt am: 16.10.2019]

Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2018b). *Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG)*. Online: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20040265/index.html> [abgefragt am: 16.10.2019]

Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2019a). *Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB)*. Online: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/201901010000/210.pdf> [abgefragt am: 1.9.2019]

Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2019b). *Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)*. Online: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html> [abgefragt am: 16.10.2019]

Schweizer Radio und Fernsehen (SRF). (2017a). *10vor10; Gewalt auf der Notfallstation*. Online: <https://www.srf.ch/play/tv/10-vor-10/video/gewalt-auf-der-notfallstation?urn=urn:srf:video:239a679c-f162-4469-82ca-a6d452d0228e> [abgefragt am: 2.10.20]

Schweizer Radio und Fernsehen (SRF). (2017b). *10vor10; Immer mehr Gewalt gegen Spitalpersonal*. Online: <https://www.srf.ch/play/tv/popupvideoplayer?id=0890fa63-6ae7-460f-9954-00c144712d90> [abgefragt am: 5.10.20]

Shepley, M. M.; Song, Y. (2014). *Design research and the globalization of healthcare environments*. HERD: Health Environments Research & Design Journal, 8(1), S. 158-198.

Sinek, S. (2016). *The golden circle*. Online: <http://www.erlanger.org/media/file/trauma/2017%20handouts/5%20McQuillan%20Courageous%20Care.pdf> [abgefragt am: 10.7.20]

Slevin, M.; Farrington, N.; Duffy, G.; Daly, L.; Murphy, J. F. A. (2000). *Altering the NICU and measuring infants' responses*. Acta Paediatrica, 89(5), S. 577-581.

Speroni, K. G.; Fitch, T.; Dawson, E.; Dugan, L.; Atherton, M. (2014). *Incidence and Cost of Nurse Workplace Violence Perpetrated by Hospital Patients or Patient Visitors*. Journal of Emergency Nursing, 40(3), S. 218-228.

Stalder, S. (2019a). *Altersstruktur Pflegepersonal UNZ 2018* (nicht veröffentlicht). Jahresauswertung. Bern: Universitäres Notfallzentrum Inselspital Bern.

Stalder, S. (2019b). *Fluktuation Pflegepersonal UNZ*. Reporting. Bern: Universitäres Notfallzentrum Inselspital Bern. Nicht veröffentlicht.

Steck-Egli, R. (2005). *Aggressionsereignisse auf Notfallstationen: Häufigkeit und Charakteristika*. Online: https://www.aggressionsmanagement.ch/images/page_facharbeiten/008_aggressionsereignisse_auf_notfallstationen.pdf [abgefragt am: 12.8.2019]

Stirling, G.; Higgins, J. E.; Cooke, M. W. (2001). *Violence in A&E departments: a systematic review of the literature*. Accident and Emergency Nursing, 9(2), S. 77-85.

Strübing, J. (2013). *Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung für Studierende*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Taylor, J. L.; Rew, L. (2011). *A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department*. Journal of Clinical Nursing, 20(7-8), S. 1072-1085.

The Health and Safety Executive (HSE). (2013). *Leading health and safety at work*. Online: <https://www.hse.gov.uk/pubns/indg417.pdf> [abgefragt am: 20.4.2020]

Thomann, S.; Zwakhalen, S.; Richter, D.; Bauer, S.; Hahn, S. (2020). *Restraint use in acute-care hospital setting: A cross-sectional multi-center study.* International Journal of Nursing Studies, 114, S. 1-9.

Thomann, S.; Hahn, S.; Bauer, S.; Richter, D.; Zwakhalen, S. (2021). *Variation in restraint use between hospitals: a multilevel analysis of multicentre prevalence measurements in Switzerland and Austria.* BMC Health Service Research, 21(1), S.367.

Treier, M. (2019). *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen.* 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag.

Tubbert, S. (2016). *Resiliency in Emergency Nurses.* Journal Emergency Nurse, 42(1), S. 47-52.

Udoji, M. (2020). *When an epidemic of violence against health care workers meets a pandemic.* Online: <https://www.kevinmd.com/blog/2020/09/when-an-epidemic-of-violence-against-health-care-workers-meets-a-pandemic.html> [abgefragt am: 11.10.2020]

Ulrich, R. S.; Simons, R. F.; Losito, B. D.; Fiorito, E.; Miles, M. A.; Zelson, M. (1991). *Stress recovery during exposure to natural and urban environments.* Journal of Environmental Psychology, 11(3), S. 201-230.

Ulrich, R. S.; Zimring, C.; Zhu, X.; DuBose, J.; Seo, H. B.; Choi, Y. S.; Quan, X.; Joseph, A. (2008). *A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design.* HERD: Health Environments Research & Design Journal, 1(3), S. 61-125.

Universitäres Notfallzentrum, Inselspital Bern. (2014). *Erklärung der Triage-Stufen* (nicht veröffentlicht). Poster im Warteraum Notfallzentrum Inselspital. Bern: Inselspital Bern.

U.S. Bureau of Labor Statistics (BLS). (2017). *Hospital workers: an assessment of occupational injuries and illnesses.* Online: <https://www.bls.gov/opub/mlr/2017/article/pdf/hospital-workers-an-assessment-of-occupational-injuries-and-illnesses.pdf> [abgefragt am: 28.12.2018]

U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. (2004). *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers OSHA.* Online: <file:///filer300/USERS3000/I0303449/Desktop/10dd9c645c789dea0bfac9956493207af91.pdf> [abgefragt am: 13.8.2019]

Utiger, S.; Burkhardt, P. (2018). *Kataplan Inselspital.* Universitätsspital Inselspital Bern. Online: <http://netz.insel.ch/de/kataplan/> [abgefragt: 8.12.2018]

Utiger, S. (2019). *UNZ Folio 2018.* Notfallzentrum Inselspital Bern. Nicht veröffentlicht.

Vietze, J. (2013). *PDCA-Zyklus*. Online: https://de.wikipedia.org/wiki/Demingkreis#/media/Datei:PDCA_Process.png [abgefragt: 4.8.2020]

Viottini, E.; Politano, G.; Fornero, G.; Pavanelli, P. L.; Borelli, P.; Bonaudo, M.; Gianino, M. M. (2020). *Determinants of aggression against all health care workers in a large-sized university hospital*. *BMC Health Service Research* 20(215), S. 1-9.

Von Eiff, W.; Dodt, C.; Brachmann, M.; Niehues, C.; Fleischmann, T. (2016). *Management der Notaufnahme, Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Von Goethe, J. W. (1819). *Man sieht nur was man weiss*. Online: https://www.google.com/search?q=man+sieht+nur+was+man+wei%C3%9F&rlz=1C1GCEU_deCH819CH819&sxsrf=ALeKk01qhG553C6hruEbL4XhLlb2zo-sUJA:1594373196811&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjE5KOAr8LqA-hUMy6YKHUPDBroQ_AUoAnoECA0QBA&biw=1920&bih=969#imgrc=IEMh1yab4WPHbM [abgefragt: 10.7.2020]

Walter, G.; Nau, J.; Oud, N. (2012). *Aggression und Aggressionsmanagement, Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber Verlag.

Wehler, M.; Weldert, G.; Händl, T. (2011). *Konfliktherd Notaufnahme, Stellenwert von Deeskalationsprogrammen*. *Notfall Rettungsmedizin*, 14, S. 367-370.

Weigl, M.; Herbig, B.; Bahemann, A.; Böckelmann, I.; Darius, S.; Jurkschat, R.; Kreuzfeld, S.; Lang, J.; Müller, T.; Muth, D.; Nowak, A.; Schneider, H.; Stahlkopf, P.; Angerer, P. (2015). *Empfehlungen zur Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen*. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, 50, S. 660-665.

Weiland, T. J.; Ivory, S.; Hutton, J. (2017). *Managing Acute Behavioural Disturbances in the Emergency Department Using the Environment, Policies and Practices: A Systematic Review*. *West Journal of Emergency Medicine*, 18(4), S. 647-661.

Wilson, M. P.; Nordstrom, K.; Vilke, G. M. (2015). *The Agitated Patient in the Emergency Department*. *Current Emergency and Hospital Medicine Reports*, 3(4), S. 188-194.

Windolph, A. (2014). *Projekte leichtgemacht*. *Projektmagazin*. Online: <https://www.projektmagazin.de/methoden/johari-fenster> [abgefragt am: 26.9.2020]

Wolf, L. A.; Delao, A. M.; 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), S. 305-310.

X, X. (2019). *Aggressionsmeldung Fall eins*. Bern: Notfallzentrum Inselspital Bern. Nicht veröffentlicht.

Y, Y. (2019). *Aggressionsmeldung Fall zwei*. Bern: Notfallzentrum Inselspital Bern. Nicht veröffentlicht.

Z, Z. (2019). *Aggressionsmeldung Fall drei*. Bern: Notfallzentrum Inselspital Bern. Nicht veröffentlicht.

Ziaei, M., Massoudifar, A., Rajabpour-Sanati, A., Pourbagher-Shahri, A. M., Abdolrazaghenejad, A. (2018). *Management of Violence and Aggression in Emergency Environment; a Narrative Review of 200 Related Articles*. *Advanced Journal of Emergency Medicine*, 3(1), S. 1-21.

Ziesenitz, A. K. (2009). *Die Natur als Erholungs(t)raum? Ein empirischer Vergleich von virtueller und physischer Natur*. Online: <https://kobra.uni-kassel.de/bitstream/handle/123456789/2010011131639/DissertationAnneKatrinZiesenitz.pdf;jsessionid=75AC5DA62492CAA9E3E2CC937E54D99?sequence=5> [abgefragt am: 9.12.2018]

Online-Quellen

OHNE AUTOR/IN:

<https://www.blick.ch/news/schweiz/bern/irgendetwas-passiert-da-draussen-in-der-gesellschaft-das-inselspital-ist-alarmiert-ueber-angriffe-aufs-personal-id15192371.html>

[abgefragt am: 5.10.2020]

<https://www.netzwerk-bildung.ch/ausschreibung.php?aid=1071>

[abgefragt am: 10.11.2020]

<https://prodema-online.de/bildungsangebote/deeskalationsmanagement>

[abgefragt am: 10.11.2020]

https://de.wikipedia.org/wiki/Demingkreis#/media/Datei:PDCA_Process.png

[abgefragt am: 16.6.20)

<https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/peropa/>

<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/vie->

<wer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.bfh.ch%2Fdam%2Fjcr%3Acfa2cae2-4074-4eeb->

<ad59-86dc54c80192%2Fperopa-kurzbericht-interviewstudie.pdf&clen=1226981&chunk=true>

[abgefragt am: 17.12.21]

<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/202007060000/0.810.1.pdf>

[abgefragt am: 23.12.21]

5.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Interventionen des Sicherheitsdienstes im UNZ von 2016 bis 2020	4
Abbildung 2: Personalkosten Sicherheitsdienst	5
Abbildung 3: Anzahl Fünf-Punkte-Fixationen.....	5
Abbildung 4: Anzahl Aggressionsmeldungen von 2015 bis 2019.....	6
Abbildung 5: Alarmknöpfe	8
Abbildung 6: Normale Koje	9
Abbildung 7: Sicherheitskoje.....	9
Abbildung 8: Strategische Ziele der Inselgruppe.....	11
Abbildung 9: Partnerorganisationen des UNZ bei der Behandlung aggressiver PP	15
Abbildung 10: Art der Aggression.....	17
Abbildung 11: Eintrittsdiagnosen aggressiver PP	17
Abbildung 12: Eintrittsarten aggressiver Personen in das Notfallzentrum.....	18
Abbildung 13: Statistik 2013–2015 über aggressive Personen im UNZ	18
Abbildung 14: Zusammenfassung der Ausgangslage und der einhergehenden Probleme	19
Abbildung 15: Auswirkungen von Aggression am Arbeitsplatz.....	22
Abbildung 16: Massnahmen – Empirie – Erkenntnisse	27
Abbildung 17: Modell Treier – psychische Belastungen	28
Abbildung 18: Faktoren zur Entstehung von Aggressionsereignissen	30
Abbildung 19: Faktoren, die zu Gewalt am Arbeitsplatz beitragen	31
Abbildung 20: Das NOW-Modell	33
Abbildung 21: Gestaltungsgeleitete Zielstellung.....	37
Abbildung 22: Modell Aggressionsmanagement	38
Abbildung 23: Ziel der Forschungsarbeit inkl. Forschungsfragen	40
Abbildung 24: Bedürfnispyramide nach Maslow	47
Abbildung 25: Fünf-Punkte-Fixation.....	62
Abbildung 26: Vorbereitete Betten für Fixationen (Quelle: Eigene Foto).....	62
Abbildung 27: Zeitungsinterview mit Prof. Exadaktylos	64
Abbildung 28: Verschiedene Blickwinkel auf das Aggressionsmanagement im UNZ	69
Abbildung 29: «Golden Circle»	70
Abbildung 30: Jahori-Fenster.	71
Abbildung 31: Forschungsablauf	73
Abbildung 32: Auswahlverfahren	77

Abbildung 33: Darstellung Likert-Skala	83
Abbildung 34: Vorgehen bei der Interventionsstudie.....	84
Abbildung 35: Intoxikierte PP pro Monat.....	89
Abbildung 36: Themenmatrix.....	94
Abbildung 37: Geschlechterverteilung.....	123
Abbildung 38: Altersverteilung der PP.....	123
Abbildung 39: Interventionen zu Anzahl PP.....	159
Abbildung 40: Massnahmen bei aggressiven PP.....	163
Abbildung 41: Deming-Circle.....	182
Abbildung 42: Blickwinkel Fallberichte	183
Abbildung 43: Blickwinkel PP	184
Abbildung 44: Blickwinkel Pflegepersonal	187
Abbildung 45: Frage 2 der Interventionsstudie.....	188
Abbildung 46: Sicherheitsempfinden bei der Arbeit im Allgemeinen.....	188
Abbildung 47: Gefühlte Verbesserung der Sicherheit nach den Interventionen.....	189
Abbildung 48: Blickwinkel MP	197
Abbildung 49: Blickwinkel Stationsleitungen Notfallstationen	204
Abbildung 50: Blickwinkel Intoxikationsstudie.....	206
Abbildung 51: Anzahl intoxikierte PP pro Monat	206
Abbildung 52: Blickwinkel Partnerorganisationen	210
Abbildung 53: Jährliche Zunahme der Fünf-Punkte-Fixationen.....	231
Abbildung 54: Validität und Intersubjektivität der Ergebnisse	243
Abbildung 55: Aggressionsmanagement-Modell für Führungspersonen	245
Abbildung 56: Forschungsergebnis → Aggressionsmanagement-Modell	248
Abbildung 57: Empfehlungen zur Arbeitssicherheit.....	268
Abbildung 58: Mögliche zukünftige Forschungsthemen.....	271
Abbildung 59: Altersstruktur Pflegepersonal UNZ 2018	302
Abbildung 60: Erklärung der vier Triage-Stufen	304
Abbildung 61: Bild alter Warteraum und Triage	326
Abbildung 62: Bild offener Durchgang bei Triage	326
Abbildung 63: Bild leerer Warteraum zu früher Morgenstunde.....	327
Abbildung 64: voller Warteraum (anonymisiert)	327
Abbildung 65: Information im Warteraum während dem Umbau	328
Abbildung 66: Geschlossene Triage.....	328

Abbildung 67: Neuer Warteraum.....	329
Abbildung 68: Hintergrundbild im Warteraum	329

5.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Steigerung PP-Aufkommen im Vergleich zu Interventionen Sicherheitsdienst	4
Tabelle 2: Aggressionsmeldungen 2019.....	7
Tabelle 3: Vier Modelle der Gewaltentstehung	28
Tabelle 4: Schlüsselwörter Deutsch/Englisch.....	53
Tabelle 6: Zusammenstellung der Beziehung zwischen <i>Health-Design</i> und <i>Healthcare-Outcomes</i>	59
Tabelle 7: Auswertung von drei Aggressionsmeldungen	99
Tabelle 8: Überprüfung der Dokumentation der Fünf-Punkt-Fixation.....	232
Tabelle 9: Gütekriterien	241
Tabelle 10: Fluktuation Pflegepersonal 2016 – 2018	303
Tabelle 11: Herkunftsländer Patientinnen und Patienten	305
Tabelle 12: Literaturrecherche zu Management bzw. Aggressionsmanagement.....	311
Tabelle 13: Literaturrecherche zu Haltung und Sicherheitsempfinden	316
Tabelle 14: Literaturrecherche zu baulichen Massnahmen.....	317
Tabelle 15: Literaturreche Gesetzesgrundlagen zur Fünf-Punkte-Fixation.....	321
Tabelle 16: Literaturrecherche zur Fünf-Punkte-Fixation	321

5.4 Abkürzungsverzeichnis

AHA:	American Hospital Association
ArG:	Arbeitsgesetz
ASHE:	American Society for Health Engineering
ASHRM:	American Society for Healthcare Risk Management
BAS:	Berner Aggressionsstandards
Bewa:	Bewachungsstation
BLS:	Basic Life Support
BV:	Bundesverfassung
CDC:	Centers for Disease Control and Prevention
CIRS:	Critical Incident-Reporting-System
CK-UNZ:	Chefarzt und Klinikdirektor des UNZ
COPSOQ:	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
EKAS:	Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit
EU:	Europäische Union
FD:	Frühdienst
FU:	Fürsorgerische Unterbringung
HR:	Human Resource
IAHSS:	International Association for Healthcare Security and Safety
IB:	Intensivbehandlung
ICN:	International Council of Nurses
Kaim:	Klinik für allgemeine Medizin
KPI:	Key Performance Index
KVG:	Krankenversicherungsgesetz
LPM:	Leiter Patientenmanagement
MAVAS:	Management of Aggression and Violence Attitude Scale
MedBG:	Medizinalberufegesetz
MP:	Mitarbeitende Patientenmanagement
NIOSH:	National Institute for Occupational Safety and Health
OR:	Obligationenrecht
OSHA:	Occupational Safety and Health Administration
PBA:	Patienten- und Besuchenden Aggression
PERoPA:	Perception of Patient and Visitor Aggression
PO:	Partnerorganisation
POPAS:	Perception of Prevalence of Aggression Scale

MP:	Mitarbeitende Patientenmanagement
ND:	Nachtdienst
NDS-NF:	Nachdiplomstudium Notfallpflege
PO:	Partnerorganisation
PPA:	Patienten, Patientinnen und Angehörige
PP:	Patienten und Patientinnen
PWSI-EN:	Psychometric Testing of the Personal Workplace Safety Instrument for Emergency Nurses
RD:	Rettungsdienst
SAP:	System, Anwender, Produkte
SAMW:	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SECO:	Staatssekretariat für Wirtschaft
SD:	Spätdienst
SOAS-R:	Staff observation aggression scale-revised
SpVG:	Spitalversicherungsgesetz
TJC:	The Joint Commission Text
UNZ:	Universitäres Notfallzentrum
UPD:	Universitäre Psychiatrische Dienste
WHO:	World Health Organization

6 Persönliche Daten

6.1 Lebenslauf

Name	Fuchs
Vorname	Petra
Adresse	Kornweg 25
PLZ/Ort	5037 Muhen AG
Telefon	079/683 35 52
E-Mail	fuchs.petra@bluewin.ch
Geburtsdatum	4. Juli 1964
Staatsangehörigkeit	CH
Bürgerort	Aarau
Zivilstand	ledig

Schulbildung

1971 – 1976	Primarschule Aarau
1976 – 1980	Bezirksschule Aarau

Berufsabschlüsse

1983	Kaufmännische Lehre Gemeindeverwaltung Erlinsbach
1986	Dipl. Pflegefachfrau HF, Kantonsspital Aarau
1988	Dipl. Experte Intensivpflege HF, KSA
1993	Dipl. Experte Anästhesiepflege HF, Kantonsspital Baden
2002	Dipl. Rettungssanitäterin
2012	MAS, Managing Healthcare Institutions, FH Kalaidos
2018	EMBA, Organisationsentwicklung, FH Kalaidos, Zürich

Weiterbildungen

2003	Einsatzleiterkurs Notrufzentrale
2003	SAC Ärztekurs Höhenmedizin
2004	Mega-Code-Instruktor
2004	SAC Ärztekurs Gebirgsmedizin, Winterteil
2005	SAC Ärztekurs Gebirgsmedizin, Sommerteil
2005	International Diploma for Mountain Medicine
2005	PALS (Paediatric Advanced Life Support)
2006	ACLS (Advanced Life Support)
2012	Mental Trainer

Berufliche Tätigkeiten

05/1986 – 09/1986	Aufwachraum, KSA
10/1988 – 09/1990	Chirurgische Intensivstation, KSA
02/1990 – 03/1991	REGA, Flächenfliegerin, Basis, Kloten
02/1993 – 08/1998	Anästhesie, KSA
09/1998 – 02/2009	Funktion: 60% Rettungssanitäterin, 20% Disponentin Notrufzentrale, 20% Expertin in Anästhesiepflege
03/2009 – 11/2011	Leitung Anästhesiepflege, Spital Zofingen
12/2011 – 10/2013	Expertin Anästhesiepflege, Klinik Hirslanden, Aarau
11/2013	Leitung Pflegedienst Notfallstation, Inselspital Bern

Einsätze zu Weiterbildungszwecken

Von 1993 bis 2009 war ich zu 100% im Kantonsspital in Aarau angestellt. Bei überzogenem Stellenplan der Klinik durfte ich diverse Urlaube zu Weiterbildungszwecken nehmen. Diese Urlaube habe ich für Einsätze im In- und Ausland wie folgt genutzt:

05/1994 – 11/1994	IKRK Einsatz in Huambo, Angola
06/1995 – 01/1996	Anästhesie und RD Spital Davos
01/1997 – 03/1997	IKRK Einsatz Lokichoggio, Kenia
01/2000 – 03/2000	IKRK Einsatz Juba, Sudan
10/2004 – 12/2004	Anästhesie Kinderspital Zürich
04/2005 – 05/2005	IKRK, Feldspital Banda Aceh (Tsunami)
01/2006 – 02/2006	IKRK, Kaschmir, Pakistan (Erdbeben)
01/2007 – 12/2007	Intensivpflegestation Samedan

Laufende Projekte

- Personelle und räumliche Umstrukturierung im Fast Track infolge der Patientenzunahme
- Evaluation Triage-Prozess und Implementierung eines neuen Triage-Systems
- Implementierung einer Advanced Practice Nurse (APN) im Fast Track
- COVID19: Covid-Track (Planung Personaleinsatz und räumliche Ressourcen)

Persönliche Fähigkeiten und Kenntnisse

Muttersprache	Deutsch
Fremdsprachen	fließend: Englisch, Französisch und Italienisch Grundkenntnisse: Portugiesisch
PC-Kenntnisse	Windows; Microsoft Office, Outlook, Visio, Excel
Hobbys	Bergsteigen (Hochtouren, Skitouren, Langlauf) Joggen, Wandern, Essen, Lesen, Malen, Gartenarbeit

6.2 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt:

- Professor Dr. med. Aristomenis Exadaktylos, Chefarzt und Klinikdirektor des Universitären Notfallzentrums Inselspital Bern, für seine wertvolle Unterstützung. Seinetwegen durfte ich für die vorliegende Arbeit die Zahlen, Daten und Fakten aus dem Notfallzentrum verwenden und die Umfragen beim Pflorgeteam und bei Patienten und Patientinnen durchführen. Ausserdem stand er mir für ein Expertengespräch zur Verfügung und gab mir wertvolle neue Inputs;
- Henriette Schmid fürs Gegenlesen der Arbeit und ihre wertvollen Feedbacks zum Inhalt;
- Professor Wolf Hautz für die Beratung bei der Umsetzung und Analyse der quantitativen Studien;
- Sabina Utiger, dass sie für mich die Anzahl der Fixationen für die Jahre 2018 und 2019 aus dem E.care erhoben hat;
- allen Experten und Expertinnen von Partnerorganisationen, die sich Zeit für das Experteninterview nahmen und mir wertvolle Feedbacks gaben;
- den Mitarbeitenden des Notfallzentrums, die an drei Befragungen teilnahmen;
- den Mitarbeitenden des Patientenmanagements für das Verteilen der Fragebögen an die Patienten und Patientinnen sowie für ihre Teilnahme an der Umfrage;
- allen Patienten und Patientinnen, die an der Befragung im Warteraum teilnahmen;
- meinem Advisor, Professor Schnell, für seine grosse Unterstützung und wohlwollenden Worte während der letzten drei Jahre;
- meinen Eltern und meinen Freunden für ihre unterstützenden Worte und für ihr Verständnis, dass meine Zeit in den letzten drei Jahren knapp bemessen war.