Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Gesundheit

Lösche den Funken, ehe er zur Flamme wird (Tolstoi, 1885/2020)

Pflegerische Interventionen und Strategien zur Verhinderung und Verminderung von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen

Bühler Sally
15731144

Dähler Ronja
18666636

Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Studienjahr: PF18

Bachelorarbeit Pflege

Eingereicht am: 04.05.2021
Begleitende Lehrperson: Neumeyer Gerda

Inhaltsverzeichnis

Abstract 1
1 Einleitung 2
1.1 Problemstellung 3
1.2 Relevanz der Thematik für die Pflegepraxis 3
1.3 Zielsetzung 5
1.4 Fragestellung 5
2 Methode 6
2.1 Überarbeitung der Fragestellung 6
2.2 Datenbankrecherche 6
2.3 Keywords 6
2.4 Ein- und Ausschlusskriterien 8
2.5 Evaluationsinstrumente für die Gütebestimmung der Studien 9
2.6 Allgemeines Vorgehen in der Arbeit 9
3 Theoretischer Hintergrund 9
3.1 Begrifflichkeiten und Definitionen 9
3.1.1 Aggression und Gewalt 10
3.1.2 Phänomen des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen 11
3.1.3 Challenging behaviour bei Demenz 12
3.1.4 Alters- und Pflegeheime 13
3.1.5 Pflegerische Intervention 13
3.1.6 Strategie 14
3.1.7 Verhinderung und Verminderung 14
3.2 Evidence-based Nursing (EBN)-Modell 14
3.3 9-Phasen-Modell 15
3.4 Auslösende Faktoren (Trigger) von aggressivem Verhalten 18
3.5 Ausprägungen des aggressiven Verhaltens 18
4 Ergebnisse 20
4.1 Bewohnerspezifische Strategien 23
4.2 Erkennung von aggressivem Verhalten und auslösenden Faktoren 24
4.3 Melden und Dokumentieren von auffallendem Verhalten und aggressiven Vorfällen zwischen Bewohnenden 25
4.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit 25

4.5 Aggressives Verhalten stoppen und Sicherheit gewährleisten 27
4.6 Weitere 28
5 Diskussion 29
5.1 Einschätzung der Güte der Studien 29
5.1.1 Einschätzung der Gesamtgüte 29
5.1.2 Burnes et al. (2020) 30
5.1.3 Rosen et al. (2016) 31
5.1.4 Bonifas (2015) 32
5.1.5 Snellgrove et al. (2015) 33
5.1.6 Teresi et al. (2013) 34
5.2 Diskursive Auseinandersetzung mit der Literatur 35
5.2.1 Primäre Präventionsstufe 35
5.2.2 Sekundäre Präventionsstufe 38
5.2.3 Tertiäre Präventionsstufe 40
5.3 Beantwortung der Fragestellung 42
6 Praxistransfer 44
7 Schlussfolgerung 49
8 Limitationen 50
Literaturverzeichnis 51
Tabellenverzeichnis 55
Abbildungsverzeichnis 55
Danksagung 56
Wortzahl 57
Eigenständigkeitserklärung 57
Anhang 58
Anhang A: Einverständniserklärung 58
Anhang B: Rechercheprotokoll 59
Anhang C: Zusammenfassung und Würdigung der Studien im AICA-Raster 61

Abstract

Einleitung:

Das Phänomen des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen wurde in den letzten Jahren zunehmend als Problemfeld wahrgenommen und kann sich negativ auf die Bewohnenden auswirken.

Ziel:

Die vorliegende Arbeit stellt pflegerische Interventionen und Strategien zur Verhinderung und Verminderung von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen differenziert dar. Benötigte Kompetenzen für den Umgang mit dem Phänomen in der Pflegepraxis sind mit den pflegerischen Interventionen und Strategien in Zusammenhang gebracht.

Methode:

Eine systematische Literaturrecherche wurde in den Datenbanken CINAHL Complete und PubMed durchgeführt. Die Ergebnisse wurden kategorisch zusammengefasst und anhand des *9-Phasen-Modells* diskutiert. Mittels dem *Evidence-based Nursing (EBN)-Modell* und der Expertise einer Pflegeexpertin wurden Implikationen für die Praxis abgeleitet.

Ergebnisse:

Zentrale Merkmale der beschriebenen pflegerischen Interventionen und Strategien umfassen bewohnerspezifisches Vorgehen, Erkennen von auslösenden Faktoren, Erkennen, Melden und Dokumentieren von Vorfällen, die Sicherheit der Bewohnenden zu gewährleisten sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Schlussfolgerung:

Pflegende handeln intuitiv und wenden situationsbezogene Interventionen und Strategien an, welche nicht auf pflegerischer Evidenz basieren. Es besteht weiterer Forschungsbedarf für die Entwicklung von evidenzbasierten pflegerischen Interventionen zur Verhinderung und Verminderung von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen.

Keywords: aggressive behaviour, resident, longterm care, prevention, intervention, strategies

1 Einleitung

Es ist schwer vorstellbar, dass Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Alters- und Pflegeheime zu Stätten der Aggression werden können. Trotzdem ist aggressives Verhalten ein häufig vorkommendes und vielschichtiges Problem in Einrichtungen der Langzeitpflege (Richter, 2013).

Aus Sicht der Pflegeforschung definierte Eileen Morrison (1990, zitiert nach Walter et al., 2012, S. 37) das Phänomen des aggressiven Verhaltens als jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten, das für eine Person selbst, für andere Personen oder für deren Eigentum bedrohlich ist, oder von körperlichem Verhalten, durch das der Person selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden kommen.

Laut Richter (2013) liegt aggressives Verhalten dann vor, wenn eine Handlung zur körperlichen oder seelischen Schädigung einer Person führen kann und/oder von der Zielperson als bedrohlich schädigend wahrgenommen wird. Demnach ist die Bewertung, ob eine Handlung als aggressiv betrachtet wird, vom Kontext und der Perspektive der Beteiligten abhängig. Aggressives Verhalten findet in unterschiedlichen Settings statt und ist in den meisten Fällen ein interaktives Geschehen mit unterschiedlichen Gruppen von Beteiligten.

In den letzten Jahren wird aggressives Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen zunehmend als Problemfeld wahrgenommen (Görgen et al., 2020). Dem Phänomen von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen wurde bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt, obwohl die Ergebnisse der Untersuchung von Görgen et al. (2020) darauf hinweisen, dass die Konfrontation mit aggressivem und grenzverletzendem Verhalten von Bewohnenden für die in den Einrichtungen Beschäftigten ein eher alltägliches Phänomen ist, welches sich negativ auf das Personal sowie die Gesundheit und Lebensqualität der Bewohnenden auswirken kann (Teresi et al., 2013).

Aggressives Verhalten von Bewohnenden gegenüber anderen Bewohnenden kann bei Betroffenen zu Depression, Ängstlichkeit, nachlassender Funktionalität oder Verletzungen führen (Ellis et al., 2014) und in ganz extremen Fällen sogar tödlich verlaufen (Caspi, 2016; Murphy et al., 2017).

1.1 Problemstellung

Am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel führten Zúñiga et al. (2013) eine multizentrische Querschnittsstudie in 181 Schweizer Alters- und Pflegeheimen durch. Mittels schriftlicher Befragung von Pflege- und Betreuungspersonal wurde unter anderem die erlebte Häufigkeit von Aggressionsereignissen zwischen Bewohnenden ermittelt. Konkret wurde nach dem mehrmaligen Erleben innerhalb der letzten vier Arbeitswochen gefragt. Von 5'323 Antworten gaben 31.8 % an, verbal aggressives, 7.2 % körperlich aggressives und 1.6 % sexuell aggressives Verhalten zwischen Bewohnenden beobachtet zu haben.

Lachs et al. (2016) ermittelten die Monatsprävalenz von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden in zehn Alters- und Pflegeheimen in New York. Sie zeigen, dass 407 von 2011 Bewohnenden mindestens einmal pro Monat aggressives Verhalten durch andere Bewohnende erlebten, was einer durchschnittlichen Monatsprävalenz von 20.2 % entspricht. Dabei handelte es sich am häufigsten um verbal aggressives Verhalten mit 9.1 %. 5.3 % zeigten sich in Form von Eindringen in die Privatsphäre oder bedrohenden Gesten. Physisch aggressives Verhalten macht einen Anteil von 5.2 % aus und sexuell aggressives Verhalten war mit 0.6 % das am wenigsten erlebte Verhalten.

Castle (2012) führte eine Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in 249 Alters- und Pflegeheimen in zehn Bundesstaaten von Amerika durch, in welchen 4'451 Pflegehelfer/-innen zur Anzahl erlebter Aggressivität zwischen Bewohnenden in den letzten drei Monaten befragt wurden. Dabei gaben 97 % der Befragten an, beobachtet zu haben, wie sich Bewohnende gegenseitig anschrien. 94 % erlebten, wie sich die Bewohnenden schubsten, sich grob anfassten oder kniffen. 69 % intervenierten, als Bewohnende anderen Bewohnenden ihr Eigentum wegnahmen. 77 % der Pflegehelfer/-innen waren Zeuginnen und Zeugen, als Bewohnende vor anderen Bewohnenden Körperteile entblössten.

1.2 Relevanz der Thematik für die Pflegepraxis

1.5 % der 65-79-Jährigen in der Schweiz lebten im Jahre 2019 in einem Alters- oder Pflegeheim. Bei der Bevölkerungsgruppe der 80-Jährigen und Älteren sind es zehn Mal mehr, also 15 % (Bundesamt für Statistik, 2019).

Gemäss den im Mai 2020 veröffentlichten Bevölkerungsszenarien von 2020 - 2050 des Bundesamtes für Statistik (2020b), wird aufgezeigt, dass sich die Altersstruktur der Bevölkerung in der Schweiz in den kommenden Jahren tiefgreifend verändern wird.

Die Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz wird die Nachfrage nach Service- und Unterstützungsangeboten, sowie den Bedarf an stationärer Versorgung mit Pflege und Betreuung in Zukunft weiter ansteigen lassen (Zúñiga et al., 2013).

Zur Veranschaulichung sind in Tabelle 1 die Ergebnisse des Referenzszenarios der Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen (in %) für die nächsten Jahrzehnte aufgezeigt.

Tabelle 1

Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen (in %) (Bundesamt für Statistik, 2020b)

Jahr	65-79-Jährige	80-Jährige und Ältere
2020	13.5 %	5.4 %
2030	15.1 %	7.0 %
2040	15.9 %	8.5 %
2050	14.9 %	10.6 %

Görgen et al. (2020) zeigen, dass aggressives Verhalten in Alters- und Pflegeheimen zwischen Bewohnenden zu 1.58 % bei Bewohnenden unter 60 Jahren, zu 50.56 % bei Bewohnenden zwischen 60-80 Jahren und zu 47.86 % bei Bewohnenden über 80 Jahren auftritt. Der Bevölkerungsanteil, der über 60-jährigen Personen, wird zunehmend wachsen und demnach auch der Anteil an Personen, der in Alters- und Pflegeheimen lebt. Demzufolge ist es naheliegend, dass in Zukunft auch das Phänomen des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden zunehmen wird.

Die stationäre Versorgung mit Pflege und Betreuung stützt sich auf die Schlüsselaufgaben der professionellen Pflege, zu welchen die Förderung der Gesundheit und einer sicheren Umgebung, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung von Menschen aller Altersgruppen gehören (International Council of Nurses [ICN], 2002). Zúñiga et al. (2013) zeigen den *Skills-Grade-Mix* von Pflegenden in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz auf.

31 % der Pflegenden verfügen über einen Abschluss der tertiären Ausbildungsstufe, weitere 42 % weisen einen Abschluss der Sekundarstufe (Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis oder Berufsattest) auf und 27 % sind angelerntes Hilfspersonal. Da alle *Grades* an der Pflege von Bewohnenden in Alters- und Pflegeinstitutionen beteiligt sind, ist es entscheidend, diese für den professionellen Umgang mit Aggressionen zu schulen, die Wahrnehmung des Problems und das Verständnis für dessen Entstehung zu fördern. Denn das Phänomen des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen wird in vielen Fällen von Mitarbeitenden nicht wahrgenommen und wenn, dann dem üblichen Verhalten der Bewohnenden zugewiesen (Richter, 2013).

Um die Sicherheit der Bewohnenden zu gewährleisten, spielt die Pflege eine zentrale Rolle bei der Verhinderung und Verminderung aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen.

1.3 Zielsetzung

Folgende Ziele werden mit dieser Arbeit anhand einer Literaturrecherche verfolgt;

- pflegerische Interventionen und Strategien für die Verhinderung und Verminderung von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen sind differenziert dargestellt.
- benötigte Kompetenzen für den Umgang mit aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen in der Pflegepraxis werden mit den pflegerischen Interventionen und Strategien in Zusammenhang gebracht.

1.4 Fragestellung

Der Arbeit liegt folgende Fragestellung zugrunde;
«Welche pflegerischen Interventionen und/oder Strategien zur Verhinderung und Verminderung aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen sind in der Literatur beschrieben?»

2 Methode

In diesem Kapitel wird der methodische Vorgang zur Bearbeitung der Fragestellung aufgezeigt.

2.1 Überarbeitung der Fragestellung

Die Fragestellung wurde im Februar 2021 durch die Autorinnen angepasst. Dies ergab sich aus der intensiven Auseinandersetzung mit der Literatur. Die ursprüngliche Fragestellung lautete:

«Welche pflegerischen Interventionen zur Verhinderung und Verminderung aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen sind in der Literatur beschrieben?»

Die Fragestellung wurde um *pflegerische Strategien* erweitert.

2.2 Datenbankrecherche

Es wurde eine systematisierte Literaturrecherche von September 2020 bis Februar 2021 durchgeführt, um geeignete Studien zur Beantwortung der Fragestellung zu finden. In den folgenden Abschnitten werden die Literaturrecherche und der Selektionsprozess der ausgewählten Literatur im Detail aufgezeigt.

Um einen groben Überblick über den Forschungsstand der Thematik zu erhalten, führten die Autorinnen eine erste Suche in Google Scholar durch. Die anschliessende systematisierte Datenbankrecherche zur Beantwortung der Fragestellung wurde in den Datenbanken PubMed und CINAHL Complete durchgeführt. PubMed und CINAHL Complete sind Datenbanken im Fachbereich Gesundheit, welche unter anderem den Bereich der Krankenpflege abdecken.

2.3 Keywords

Für die Suche nach passender Literatur wurden zuerst die aus der Fragestellung abgeleiteten relevanten Schlüsselbegriffe (Keywords) festgelegt und diese anschliessend sinngemäss ins Englische übertragen.

In der Tabelle 2 sind die Keywords auf Deutsch und Englisch festgehalten. Entsprechende CINAHL-Headings und MeSH-Terms wurden in die Recherche miteinbezogen.

Tabelle 2

Keywords, Headings und MeSH-Terms

Keywords Deutsch	Keywords Englisch	Headings und MeSH-Terms
Aggressionen zwischen Bewohnenden	Resident-to-resident aggression (RRA), Resident-to-resident elder mistreatment (RREM), Aggressive behaviour	aggression
Gewalt	Violence	
Vernachlässigung	Neglect	
Langzeitinstitutionen	Longterm care / long-term care	
Alters- und Pflegeheim	Nursing home, aged care facilities, residental care	
Bewohner/-innen	Residents	Nursing home patients
Trainingsprogramm	Staff training, staff education	
Prävention	Prevention	
Pflegerische Intervention	Nursing Intervention	
Strategien	Strategies	
Behandlung	Treatment	
Management	Management	

Die Keywords wurden mit den Booleschen Operatoren «AND» und «OR» und «NOT» (neglect) kombiniert. In den Datenbanken wurden zusätzlich Limits bezüglich Sprache der Publikationen sowie dem Vorhandensein von Abstracts gesetzt. Die Studien sollten in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein, um eine korrekte Übersetzung durch die Autorinnen zu gewährleisten. Bei der Suche wurde eine weitere Limite von zehn Jahren bezüglich des Zeitraums der Veröffentlichung der Studien vorgenommen, um einen möglichst aktuellen Forschungsstand wiederzugeben. Die resultierenden Treffer der Suche wurden anhand eines Titel-Screenings auf ihre Relevanz geprüft.
Die Abstracts jener Studien, deren Titel von den Autorinnen als relevant für die Fragestellung eingestuft worden sind, wurden gelesen. Anhand des Schneeballprinzips wurde die Suche weitergeführt. Damit ist gemeint, dass anhand der Literaturverzeichnisse der gefundenen Studien nach weiterer Literatur gesucht wurde. Das Rechercheprotokoll, welches den Suchpfad und die eingeschlossenen Studien aufzeigt, ist im Anhang B ab Seite 59 ersichtlich. Für die Bearbeitung des theoretischen Hintergrunds wurden Fachbücher und relevante Artikel beigezogen.

Die Keywords wurden im Februar 2021, aufgrund der Anpassung der Fragestellung, um die Begriffe «Gewalt» beziehungsweise «violence» und «Strategien» beziehungsweise «strategies» erweitert.

2.4 Ein- und Ausschlusskriterien

Durch verschiedene Ein- und Ausschlusskriterien wurde die Suche weiter begrenzt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3

Ein- und Ausschlusskriterien

Kriterien	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Phänomen	Aggressionen und Gewalt zwischen Bewohnenden	Aggressionen und Gewalt zwischen Personal und Bewohnenden Aggressionen und Gewalt zwischen Angehörigen und Bewohnenden
Setting	Alters- und Pflegeheime	Krankenhäuser, Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung, betreutes Wohnen
Erkrankung	Demenz, chronische Erkrankungen, palliative Situationen, psychische Erkrankungen	keine
Länder	Industrieländer	Entwicklungsländer, Schwellenländer
Population	Bewohnende von Alters- und Pflegeheimen unabhängig ihres Alters	Alle anderen Personen, welche nicht Bewohnende eines Alters- und Pflegeheimes sind

Aggressionen und Gewalt zwischen Personal und Bewohnenden sowie Aggressionen und Gewalt zwischen Angehörigen und Bewohnenden sind nicht Thema der Arbeit und werden deshalb ausgeschlossen. Die Fragestellung beschränkt sich auf das Setting von Alters- und Pflegeheimen. Dies wird durch die Definition von *«resident-to-resident aggression (RRA)»* festgelegt (für die Begriffsdefinition *resident-to-resident aggression (RRA)* siehe Kapitel 3.1.2).

Demenz galt nicht als Ausschlusskriterium, da Menschen mit Demenz mindestens einen Drittel der Anzahl Bewohnenden in Alters- und Pflegeheimen ausmachen (Zúñiga et al., 2013). Chronische Erkrankungen, psychische Erkrankungen und palliative Situationen sind keine Ausschlusskriterien für das Wohnen in einem Alters- oder Pflegeheim und dementsprechender Involvierung in Aggressionsereignisse.

Um eine kulturelle Übertragbarkeit sowie eine Übertragbarkeit der Ergebnisse ins schweizerische Gesundheitssystem zu gewährleisten, wurden Studien aus Entwicklungs- und Schwellenländern ausgeschlossen. Das Alter der Population wurde nicht eingeschränkt, da der Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim nicht an ein bestimmtes Alters gebunden ist, sondern lediglich eine ärztliche Verordnung vorliegen muss (CURAVIVA Schweiz, 2020).

2.5 Evaluationsinstrumente für die Gütebestimmung der Studien

Alle eingeschlossenen Studien wurden anhand des Arbeitsinstruments AICA (Ris & Preusse-Bleuler, 2015) für ein Critical Appraisal systematisch zusammengefasst und gewürdigt. Quantitative Studien wurden auf die Gütekriterien Validität, Objektivität sowie Reliabilität nach Bartholomeyczik et al. (2008) geprüft. Für die Beurteilung der Güte von qualitativen Studien wurde nach den Beurteilungskriterien von Lincoln & Guba (1985) bewertet. Um das Evidenzlevel einzuschätzen, wurde die 6S Pyramide von DiCenso et al. (2009) herbeigezogen.

2.6 Allgemeines Vorgehen in der Arbeit

Die eingeschlossenen Studien wurden gewürdigt, auf ihre Güte geprüft und ihr Evidenzlevel eingeschätzt. Anschließend wurden deren Ergebnisse zusammengefasst, einander kritisch gegenübergestellt und in Bezug auf weitere Literatur zum Thema diskutiert. Anhand der Ergebnisse wurde entschieden, inwiefern die Fragestellung mit der verwendeten Literatur beantwortet werden kann. Erkenntnisse für die pflegerische Praxis und der Bedarf für weitere Forschung wurden abgeleitet.

3 Theoretischer Hintergrund

Im ersten Teil dieses Kapitels werden zentrale Begriffe, welche in der Arbeit verwendet werden, genauer erläutert und Abgrenzungen zu ähnlichen Begrifflichkeiten vorgenommen. Anschliessend werden verwendete Modelle erläutert. Weiter wird auf unterschiedliche auslösende Faktoren und Ausprägungen von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden eingegangen.

3.1 Begrifflichkeiten und Definitionen

In folgendem Kapitel werden Begrifflichkeiten und Definitionen, welche in der Arbeit verwendet werden, genauer erläutert.

3.1.1 Aggression und Gewalt

Der Begriff *Aggression* steht nicht nur für ein Verhalten, sondern wird auch genutzt, um Gefühle, wie zum Beispiel Wut, Ärger, Zorn, Schuld, Hilflosigkeit, Machtlosigkeit, Frustration und Feindseligkeit, zu bezeichnen. Der unangepasste Ausdruck dieser Emotionen mit der Absicht, Schaden zu bewirken, ist dann eine Erscheinung, die als aggressives Verhalten beschrieben wird (Walter et al., 2012). Auch bei Anderson (2000, zitiert nach Walter et al., 2012) steht die Intention des Schadens im Vordergrund.

> Menschliche Aggression [ist] das Verhalten einer Person (des Angreifers) in der Absicht, einer anderen Person (dem Opfer) zu schaden, von der der Aggressor glaubt, dass sie den Schaden vermeiden möchte. Schaden schliesst direkte physische Schädigung, direkte psychische Schäden und indirekte Schäden ein. (S. 38)

Laut Richter (2013) ist die Bewertung, ob eine Handlung als aggressiv betrachtet wird, vom Kontext und der Perspektive der Beteiligten abhängig und setzt nicht die Absicht, Schaden zu bewirken, voraus. Die Definitionsmacht, ob etwas als Aggression gewertet wird, liegt auch laut Walter et al. (2012) bei der Zielperson des aggressiven Verhaltens. Dort erhalten Ereignisse ihre Bewertung und schaffen somit die subjektive Wirklichkeit.

Laut Nolting (2000, zitiert nach Walter et al., 2012, S. 40) werden schwerwiegende Formen der Aggression als *Gewalt* bezeichnet. Demnach kann Gewalt als eine Subkategorie von Aggression gesehen werden (2009, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde [dgppn], zitiert nach Walter et al., 2012, S. 40). Walter et al. (2012) definieren Gewalt als intensiver erlebte Ausprägung einer aggressiven Situation. Laut ihnen ist der Schweregrad des subjektiv Erlebten massgebend für die Entscheidung, ob der Begriff *Gewalt* gerechtfertigt ist. Auch hier liegt die Definitionsmacht, ob also etwas als Gewalt gewertet wird, bei der Zielperson. Laut Heitmeyer und Soeffner (2004, zitiert nach Walter et al., 2012, S. 41) gelten verbale Aggressionen, wie zum Beispiel andere zu beleidigen oder zu beschimpfen als Gewalt. Aufgrund der unterschiedlichen Definitionen lässt sich eine Abgrenzung der Begriffe *Aggression* und *Gewalt* nicht abschliessend vornehmen.

3.1.2 Phänomen des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen

In der Literatur sind für das Phänomen des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen unterschiedliche Begriffe und Definitionen zu finden. Als solche sind *«resident-to-resident elder mistreatment (RREM)»* (Lachs et al., 2007), *«resident-to-resident aggression (RRA)»* (Pillemer et al., 2012; Rosen et al., 2008), *«resident-to resident violence (RRV)»* (Snellgrove et al., 2013), *«resident-to-resident relational aggression»* (Trompetter et al., 2011), und *«resident-to-resident abuse»* (Castle, 2012) zu nennen. Eine einheitliche Definition des Phänomens gibt es bisher nicht. McDonald et al. (2015) haben mit ihrer Studie versucht, innerhalb einer Gruppe von Expertinnen und Experten einen Konsens in Bezug auf Begrifflichkeit und Definition zu finden. Der Konsens wurde mit über 80 % Übereinstimmung erreicht. Die Gruppe von Expertinnen und Experten hat sich darauf geeinigt, dass der Begriff *resident-to-resident aggression (RRA)* das Phänomen am besten beschreibt. Folgende ist die Definition für *resident-to-resident aggression (RRA)*, auf welche sich die Gruppe von Expertinnen und Experten geeinigt hat: «Negative, aggressive and intrusive verbal, physical, sexual, and material interactions between long-term care residents that in a community setting would likely be unwelcome and potentially cause physical or psychological distress or harm to the recipient» (McDonald et al., 2015, S. 157). Diese weicht leicht von der Definition ab, welche bisher für das Phänomen *resident-to-resident aggression (RRA)* zu finden war.

Rosen et al. (2008) definieren *resident-to-resident aggression (RRA)* in Langzeitpflegeeinrichtungen als negative und aggressive physische, sexuelle oder verbale Interaktionen zwischen Bewohnenden von Langzeitpflegeeinrichtungen, welche im Gemeinschaftsumfeld einer Alters- und Langzeitinstitution als unwillkommen empfunden werden und hohes Potenzial haben, physisches oder psychisches Leiden bei dem/der Empfänger/-in zu verursachen.

Für dieselbe Definition benutzen Teresi et al. (2013) und Lachs et al. (2016) jedoch den Begriff *resident-to-resident elder mistreatment (RREM).*
Lachs et al. (2007) definieren *resident-to-resident elder mistreatment (RREM)* wiederum als aggressives Verhalten zwischen Bewohnenden. Diese Definition geht, im Vergleich zu vorherigen Definitionen, nicht spezifisch auf den Kontext der Langzeitpflegeeinrichtungen ein.

Dies zeigt, dass sich die Abgrenzung schwierig gestaltet und die Phänomene teils synonym verwendet werden, sich jedoch unterschiedlichen Begrifflichkeiten zuweisen lassen.

Das Phänomen der Gewalt ausgehend von Pflegenden gegenüber Pflegebedürftigen wird in der Regel mit dem Begriff *abuse* bezeichnet (Pillemer & Moore, 1989). Im Begriff *abuse* kommen der Bruch von Vertrauen und der Verstoss gegen die gewaltausübende Person gerichtete Verhaltenserwartungen zum Ausdruck. Für die hier relevanten Phänomene des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden setzen sich im englischsprachigen Raum zunehmend *resident-to-resident aggression (RRA)* beziehungsweise *resident-to-resident elder mistreatment (RREM)* durch, welche nicht oder weniger die Konnotation des Missbrauchs einer Macht- und Verantwortungsposition in sich tragen (Görgen et al., 2020).

Die Autorinnen haben sich darauf geeinigt, im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit den Begriff *aggressives Verhalten* für das oben beschriebene Phänomen zu verwenden. Da sich die Abgrenzung zwischen Aggression und Gewalt nicht abschliessend vornehmen lässt, schliesst der Begriff *aggressives Verhalten* auch Gewalt zwischen Bewohnenden ein.

3.1.3 Challenging behaviour bei Demenz

Das Phänomen *resident-to-resident aggression (RRA)* ist in der Wahrnehmung eng verknüpft mit der in der Pflege schon länger bekannten Problematik *«herausforderndes Verhalten / challenging behaviour»*, welche vor allem als Ausdrucksform demenzieller Erkrankung gesehen wird (Görgen et al., 2020).

Die Studie von Görgen et al. (2020) hat jedoch deutlich gemacht, dass zwar enge Zusammenhänge zwischen *resident-to-resident aggression (RRA)* und *challenging behaviour* bestehen, sich die beiden Phänomene aber als eigenständig zu betrachten gelten. *Resident-to-resident aggression (RRA)* ist im Gegensatz zu *challenging behaviour* nicht nur auf die Gruppe der demenziellen Erkrankungen zu beschränken, sondern wird auch von Bewohnenden ohne Demenz initiiert (Görgen et al., 2020).
Als herausfordernde Verhaltensweisen bei Demenz werden zum Beispiel Schreien, Spucken, Schlagen, Beschimpfungen und die Weigerung, sich bei der Körperpflege helfen zu lassen, gesehen (Elvén et al., 2020).

3.1.4 Alters- und Pflegeheime

Unter dem Begriff der Langzeitinstitutionen werden Pflege- und Altersheime verstanden, in denen ältere Menschen einen festen Wohnsitz haben.
Alters- und Pflegeheime beherbergen ältere Menschen, die Langzeitpflege benötigen (Bundesamt für Statistik, 2020a). Das Altersheim ist zudem eine Institution für ältere Menschen, die keine Pflege benötigen, jedoch nicht mehr selbstständig Zuhause wohnen möchten oder können. Sie profitieren von verschiedenen Dienstleistungen wie Waschen, Putzen, Verpflegung und Unterhaltungsangeboten (Viva Luzern AG, 2016).
Pflegeheime richten sich an ältere Menschen, die umfassende Pflege und Betreuung benötigen. Dies wird zu jeder Tageszeit von Pflegenden gewährleistet. Zudem ist Unterstützung in allen anderen Lebensbereichen inbegriffen (Viva Luzern AG, 2016).

3.1.5 Pflegerische Intervention

Als pflegerische Intervention gilt jede Behandlung, die auf der klinischen Beurteilung und dem klinischen Wissen beruht, die eine Pflegefachperson zur Steigerung des Outcomes von Bewohnenden durchführt (Herdman & Kamitsuru, 2016). Diese können direkt an und mit den Bewohnenden sowie indirekt für diese ausgeführt werden und basieren auf der Grundlage des pflegediagnostischen Prozesses (Wieteck et al., 2019). Basierend auf dem pflegediagnostischen Prozess und ihrem Pflegewissen führen Pflegefachpersonen sowohl eigenständige als auch interprofessionelle Interventionen durch. Solche interprofessionelle Interventionen werden gemeinsam oder ergänzend mit anderen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens (beispielsweise Ärztinnen und Ärzte, Atemtherapeutinnen und Atemtherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) vollzogen (Herdman & Kamitsuru, 2016).

Erfahrungen der Autorinnen zeigen, dass Pflegeinterventionen in der Praxis zwar von Pflegefachpersonen geplant, jedoch im *Skills-Grade-Mix,* also beispielsweise auch durch Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ausgeführt werden.

Für unsere Thematik bedeutet dies, dass durch gezielte pflegerische Interventionen das aggressive Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen verhindert, beziehungsweise vermindert und die Lebensqualität der Bewohnenden so optimiert werden soll. Einen Beitrag dazu können Mitarbeitende der Pflege aller *Grades* leisten.

3.1.6 Strategie

Strategie bedeutet ein genauer Plan des eigenen Vorgehens, der dazu dient, ein Ziel zu erreichen, indem man diejenigen Faktoren, die in die eigene Aktion hineinspielen könnten, von vornherein einzukalkulieren versucht (Dudenredaktion, o. J.). Strategisches Vorgehen umfasst einer Situation intuitiv, planerisch, oder mittels einer Kombination beider Elemente zu begegnen (Terhalle, 2018). Im Vergleich zur pflegerischen Intervention ist eine Strategie nicht grundlegend aus dem pflegediagnostischen Prozess abgeleitet, sondern intuitiv geleitet. Lösungsweg kann als Synonym der Strategie genannt werden (Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache [dwds], o. J.).
Im Zusammenhang für unsere Fragestellung bedeutet dies, dass das Pflegepersonal versucht, in Form von intuitiven Massnahmen zur Verminderung und/oder Verhinderung von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden beizutragen.

3.1.7 Verhinderung und Verminderung

Verhinderung bedeutet zu bewirken, dass aggressives Verhalten gar nicht erst auftritt. Aggressives Verhalten ist also noch nicht vorhanden.
Wenn aggressives Verhalten bereits vorhanden ist, soll die Verminderung bewirken, dass dieses verringert, also minimiert und nicht verschlimmert wird.

3.2 Evidence-based Nursing (EBN)-Modell

Evidence-based Nursing ist die Integration der derzeit besten wissenschaftlichen Belege in die tägliche Pflegepraxis unter Einbeziehung theoretischen Wissens und der praktischen Erfahrungen der Pflegenden, der Vorstellungen des Bewohnenden und den vorhandenen Umgebungsbedingungen (Behrens & Langer, 2016).

Basierend auf den vier Wissensquellen des *Evidence-based Nursing (EBN)-Modells* nach Rycroft-Malone et al. (2004) werden die pflegerischen Interventionen und Strategien kritisch hinterfragt, das pflegerische Handeln reflektiert und benötigte Kompetenzen für die Umsetzung von Verhinderung und Verminderung des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen in die Pflegepraxis ermittelt. Die vier Wissensquellen werden nachfolgend genauer erläutert.

Ergebnisse der Pflegeforschung

Forschungsergebnisse sind bei der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung prioritär. Es besteht jedoch die Notwendigkeit, die Forschungsergebnisse in der Praxis durch Pflegefachpersonal zu testen und zu evaluieren. Die Forschungsevidenz ist stärker, wenn sie mit der praktischen Erfahrung übereinstimmt.

Expertise der Pflegenden

Die Expertise der Pflegenden ergibt sich aus der praktischen Erfahrung und der Lebenserfahrung des Pflegefachpersonals sowie dem Wissen über Erfahrungen anderer. Dieses Erfahrungswissen ist oft intuitiv vorhanden. Es muss kritisch hinterfragt und weiterentwickelt werden. In Verbindung mit den Ergebnissen der Pflegeforschung ist es die wichtigste Wissensquelle.

Ziele und Vorstellungen der Bewohnenden

Werte und persönliche Erfahrungen der Bewohnenden dienen als Wissensquelle und müssen in der Pflege sowie bei therapeutischen Massnahmen berücksichtigt werden.

Umgebungsbedingungen

Unter den Umgebungsbedingungen werden finanzielle, politische, gesellschaftliche und kulturelle Aspekte, welche sich auf die pflegerische Entscheidung auswirken, verstanden. Das Wissen des interprofessionellen Teams, das Dokumentationssystem sowie Informationen aus den Feedbacks von Bewohnenden gehören ebenfalls dazu. Diese Informationsquelle ist bisher noch nicht als evidenzbasiert anerkannt, da Glaubwürdigkeit und Nutzen noch nicht erforscht sind.

3.3 9-Phasen-Modell

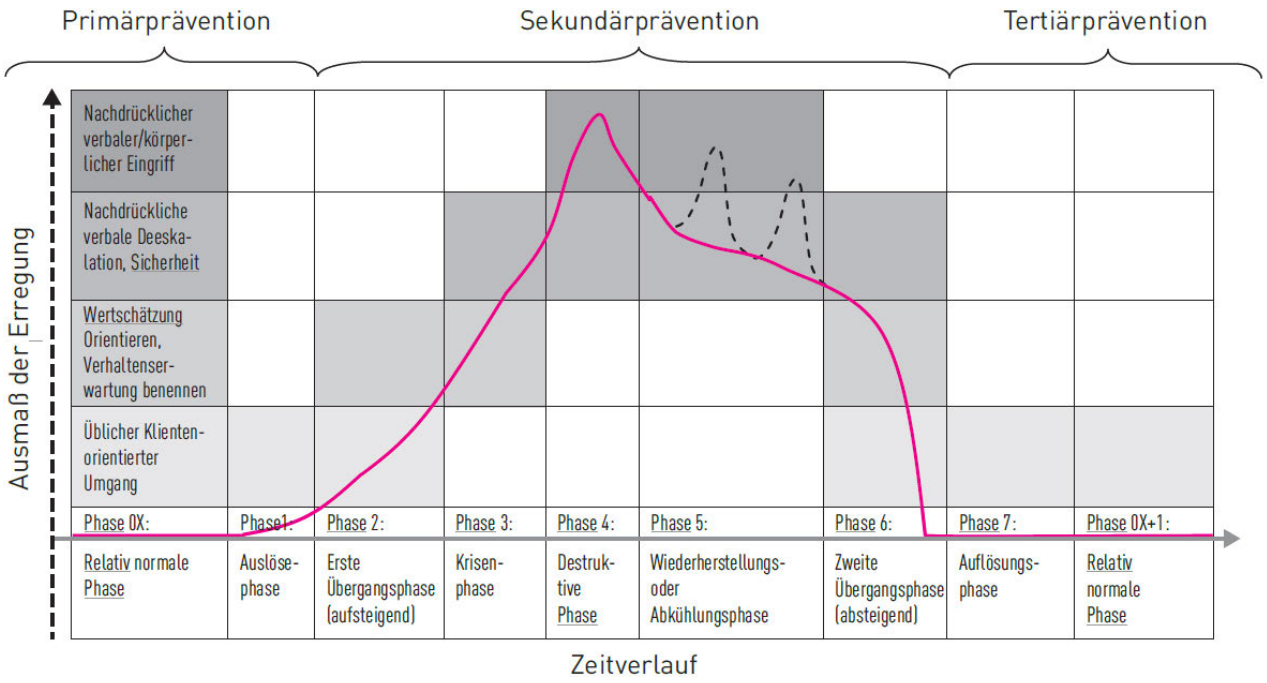
Nachfolgend wird das *9-Phasen-Modell* von Walter et al. (2012) in Kombination mit den *Präventionsstufen* von Ketelsen und Pieters (2004) und Patterson et al. (2005) erläutert, welches die Autorinnen für die diskursive Auseinandersetzung der Ergebnisse beiziehen. Das *9-Phasen-Modell* dient als Handlungsrahmen für Interventionen der Prävention von aggressivem Verhalten. Aggressionssituationen haben einen zyklischen Verlauf in verschiedenen Phasen und erfordern für den korrekten Umgang phasenspezifische Interventionen (Walter et al., 2012).

Das Modell wurde ausgewählt, um die mittels der Literatur erarbeiteten Interventionen und Strategien unter Berücksichtigung des zeitlichen Verlaufs von Aggressionssituationen zu betrachten. Durch die *Präventionsstufen* kann aufgezeigt werden, dass es unterschiedliche Zeitpunkte gibt, zu welchen sich Massnahmen zur Verhinderung und Verminderung von aggressivem Verhalten umsetzen lassen.

In Abbildung 1 wird das *9-Phasen-Modell* mit den jeweiligen *Präventionsstufen* grafisch zusammengefasst.

Abbildung 1

9-Phasen-Modell mit Präventionsstufen (Walter et al., 2012)



Im *9-Phasen-Modell* wird in jeder Phase jeweils das spezifische vorherrschende Gefühl und Verhalten der aggressiven Person, die Reaktion der Mitarbeitenden, die Ziele, der Aufmerksamkeitsfokus, benötigte spezifische Fertigkeiten und Qualitäten sowie mögliche Vorgehensweisen aufgezeigt. Aggressive Krisenereignisse beginnen nicht erst mit der aktuellen und wahrnehmbaren Eskalation, sondern haben einen Vorlauf, in welchem unterschiedliche Einflussfaktoren wirken und bereits beeinflusst werden können. Es ist zu berücksichtigen, dass nicht alle erregten Personen die Phasen gemäss *9-Phasen-Modell* nacheinander durchlaufen.

Eine Person kann in ihrer Erregung sehr schnell von der Auslösephase in die destruktive Phase eskalieren, oder auch immer wieder zwischen bestimmten Phasen hin und her pendeln. Durch Interventionen von Mitarbeitenden oder der erregten Person selbst kann es vorkommen, dass die Eskalation vermieden wird (Walter et al., 2012).

Je nach Phase können verschiedene Interventionen durchgeführt werden und die Einteilung nach zeitpunktorientierten Zielen hilft bei der Entscheidung, was wann zu tun ist (Walter et al., 2012). Für die Übertragung der Präventionsbegriffe auf den Umgang mit Aggression und Gewalt definierten Ketelsen und Pieters (2004) und Patterson et al. (2005) drei verschiedene *Präventionsstufen*, welche in Tabelle 4 aufgezeigt sind.

Tabelle 4

Präventionsstufen (Ketelsen & Pieters, 2004; Patterson et al., 2005)

Präventionsstufe	Massnahmen	Ziele
Primäre Prävention	Erkennen und Berücksichtigen von Risikofaktoren	Vorbeugen von aggressivem Verhalten
Sekundäre Prävention	Vorgehen bei akutem aggressivem Verhalten	Vorbeugen einer stärkeren Eskalation So wenig Zwang wie möglich
Tertiäre Prävention	Nachbearbeitung eines aggressiven Vorfalls	Vorbeugen durch Analysieren der aggressiven Eskalation Besprechen des Vorgehens bei sich zukünftig anbahnenden aggressivem Verhalten

Die primäre Prävention hat zum Ziel, vor dem Eintreten einer Schädigung zu handeln. Dabei geht es um das Vermeiden oder Ausschalten schädigender Einflussfaktoren (Walter et al., 2012).

Bei einer akuten Gefährdung zielt die sekundäre Prävention darauf ab, diese Gefährdung frühzeitig zu erkennen und diese im Anfangsstadium zu behandeln, um eine Verschlimmerung zu vermeiden (Walter et al., 2012).

Die tertiäre Prävention soll die Folgen eines Vorfalls vermindern oder vermeiden und dessen Wiederauftreten verhindern (Walter et al., 2012).

3.4 Auslösende Faktoren (Trigger) von aggressivem Verhalten

Snellgrove et al. (2013) unterscheiden zwischen *aktiven* und *passiven* Trigger, welche aggressives Verhalten auslösen können.

Als wichtigster *aktiver* Trigger wird das Eindringen in die Privatsphäre anderer Bewohnenden genannt. Wenn Bewohnende zum Beispiel in Zimmer hereinspazieren, kann dies bei dem/der Zimmerbesitzer/-in zu aggressivem Verhalten führen. Umgebungsfaktoren wie Geräusche durch andere Bewohnende können aggressives Verhalten triggern. Bewohnende greifen andere Bewohnenden an, wenn sie sich in ihrem Besitz beraubt fühlen. Dabei kann es sich zum Beispiel um Essen oder ein Stofftier handeln. Das Beobachten oder das Erleben von aggressivem Verhalten führt zudem oft zu weiteren aggressiven Auseinandersetzungen zwischen mehreren Bewohnenden.

Im Unterschied zu *aktiven* Trigger, gelten das Gefühl von ungleicher Aufmerksamkeit, Kommunikationsschwierigkeiten und Langeweile als *passive* Trigger. So können Bewohnende aggressiv reagieren, wenn sie sich im Gegensatz zu anderen Bewohnenden ungerecht behandelt fühlen. Schwierigkeiten bei der verbalen Ausdrucksweise oder Schwerhörigkeit können zu Missverständnissen und Verärgerung führen, was wiederum bei Sender/-in und Empfänger/-in aggressives Verhalten triggern kann. Langeweile zählt zu den häufigsten *passiven* Auslösern von aggressivem Verhalten gegenüber anderen Bewohnenden.

Das Vorkommen von aggressivem Verhalten ist ein interaktives Geschehen. Daher ist für das Verständnis wichtig, dass bereits Trigger selbst als Ausprägung von aggressivem Verhalten gelten können.

3.5 Ausprägungen des aggressiven Verhaltens

Aggressives Verhalten zwischen Bewohnenden in Alters- und Pflegeheimen kann sich unterschiedlich äussern. Gemäss Pillemer et al. (2012) werden aggressive Ereignisse in fünf übergeordnete Kategorien unterteilt.

Eindringen in die Privatsphäre oder in die persönliche Integrität

Die Umgebung eines Alters- und Pflegeheimes schränkt die Möglichkeit für persönlichen Rückzug und Bewegungsfreiheit ein. Folglich kommen sich die Bewohnenden sehr nahe, was zu persönlichen und räumlichen Grenzüberschreitungen führen kann. Die Bewohnenden wollen ihre Person und ihr Eigentum schützen, was sich wiederum in aggressiven Konflikten zeigen kann. Solche Grenzüberschreitungen können zum Beispiel sein, dass sich Bewohnende gegenseitig bevormunden oder uneingeladen ein Zimmer betreten (Pillemer et al., 2012).

Probleme mit der Zimmergenossin oder dem Zimmergenossen

Langweilendes oder störendes Verhalten von Zimmergenossinnen oder Zimmergenossen sowie Uneinigkeit bezüglich der Zimmerregeln, wie zum Beispiel zu lautes Musikhören, können sich in aggressiven Auseinandersetzungen wiederfinden (Pillemer et al., 2012).

Feindselige zwischenmenschliche Interaktionen

Solche Interaktionen können sich in Form von befehlenden Aussagen, mit dem Ziel, das Verhalten anderer Bewohnenden zu verändern, aggressiven Meinungsverschiedenheiten, unverhältnismässigen Reaktionen auf normale Interaktionen, Sarkasmus, Hohn oder Anschuldigungen zeigen (Pillemer et al., 2012).

Grundlose Handlungen

Aggressives Verhalten, welches grundlos, unerwartet und unangepasst ist (Pillemer et al., 2012).

Unangemessenes Sexualverhalten

Dies kann sich in unerwünschten sexuellen Annäherungsversuchen oder absichtlicher Entblössung in Anwesenheit anderer Bewohnenden zeigen (Pillemer et al., 2012).

4 Ergebnisse

Während dem Recherchezeitraum von September 2020 bis Februar 2021 wurden fünf Studien zur Beantwortung der Fragestellung miteingeschlossen. Um einen Überblick zu gewährleisten, sind nachfolgend in Tabelle 5 die eingeschlossenen Hauptstudien mit deren Eckdaten aufgeführt. Die Gesamtgüte der Studien wird durch die Autorinnen als mittel eingestuft. Das Evidenzlevel aller Studien wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide von DiCenso et al. (2009) angesiedelt.

Die für die Fragestellung relevanten Ergebnisse werden im vorliegenden Kapitel in Kategorien zusammengefasst und genauer erläutert. Die ausführlichen Zusammenfassungen der Studien mittels des AICA sind dem Anhang C ab Seite 61 zu entnehmen.

Tabelle 5

Studienübersicht

Referenz	Studientitel	Fragestellung/ Hypothese/Ziel	Design/ Methode	Stichprobe	Evidenz-Level
Burnes et al. (2020) Kanada	Process models to understand resident-to-resident aggression among residents with dementia in long-term care	Prozessmodelle erstellen, die unterschiedliche und gemeinsame *resident-to-resident (RRA)*-Pfade in demenzspezifischen Langzeitpflegeeinrichtungen widerzuspiegeln.	Qualitative Studie, explorativ, deskriptiv	n= 36 (16 Pflegende, 13 persönliche Betreuungskräfte, 4 Bereichsleiter/-innen/Koordinatorinnen und Koordinatoren, 3 Sozialarbeiter/-innen)	Unterste Stufe
Rosen et al. (2016) USA	Staff-reported Strategies for Prevention and Management of Resident-to-Resident Elder Mistreatment in Long-Term Care Facilities	Erfahrungen des Pflegeheimpersonals mit *resident-to-resident elder mistreatment (R-REM)* und die Reaktionen auf *resident-to-resident elder mistreatment (R-REM)* vollständiger zu beschreiben und zu charakterisieren.	Qualitative Studie, explorativ	n= 282 Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (CNA)	Unterste Stufe
Bonifas (2015) USA	Resident-to-Resident Aggression in Nursing Homes: Social Worker Involvement and Collaboration with Nursing Colleagues	Die Ermittlung von Assessment- und Interventionsstrategien, welche Sozialarbeiter/-innen bei der Bearbeitung von *resident-to-resident aggression (RRA)* einsetzen. Wie Sozialarbeiter/-innen im interprofessionellen Austausch mit der Pflege im Management von *resident-to-resident aggression (RRA)* zusammenarbeiten.	Qualitative Studie, explorativ	n= 90 Personal im Sozialwesen, diplomierte Pflegefachkräfte und zertifizierte Pflegehelfer/-innen (CNA)	Unterste Stufe

Referenz	Studientitel	Fragestellung/ Hypothese/Ziel	Design/ Methode	Stichprobe	Evidenz-Level
Snellgrove et al. (2015) USA	Putting Residents first: Strategies Developed by CNAs to Prevent and Manage Resident-to-Resident Violence in Nursing Homes	Strategien identifizieren, die Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (CNA) derzeit zur Prävention und im Umgang mit *resident-to-resident violence (RRV)* einsetzen.	Qualitative Studie, explorativ	n = 11 Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (CNA)	Unterste Stufe
Teresi et al. (2013) USA	A staff Intervention targeting resident-to-resident elder mistreatment (R-REM) in long-term care increased staff knowledge, recognition and reporting: Results from a cluster randomized trial	**Ziele:** Die Entwicklung eines Schulungsprogramms für Mitarbeitende, welches die Identifikation und Intervention in Bezug auf *R-REM*-Episoden in Langzeitpflegeeinrichtungen verbessert. Das Wissen des Personals in Bezug auf die Erkennung und Behandlung von *resident-to-resident elder mistreatment (R-REM)* und die Erkennung und Meldung von *resident-to-resident elder mistreatment (R-REM)* durch das Personal erhöhen. **Hypothesen:** Das Wissen der Mitarbeitenden über *resident-to-resident elder mistreatment (R-REM)* erhöht sich durch das Training und die Häufigkeit der Erkennung und Meldung von *resident-to-resident elder mistreatment (R-REM)* wird in der Interventionsgruppe (Erhalt des Trainings) im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöht.	Quantitative Studie, prospective cluster randomized trial	n = 5 Pflegeheime	Unterste Stufe

Die Themenkategorien der Ergebnisse wurden von den Autorinnen, basierend auf den Ähnlichkeiten der Ergebnisse, gewählt. Die Ergebnisse werden in die Kategorien *Bewohnerspezifische Strategien* (4.1), *Erkennung von aggressivem Verhalten und auslösenden Faktoren* (4.2), *Melden und Dokumentieren von auffallendem Verhalten und aggressiven Vorfällen zwischen Bewohnenden* (4.3), *Interprofessionelle Zusammenarbeit* (4.4) und *Aggressives Verhalten stoppen und Sicherheit gewährleisten (*4.5) eingeteilt. Strategien und Interventionen, welche sich nicht einer spezifischen Kategorie zuordnen lassen, werden unter dem Kapitel *Weitere* (4.6) zusammengetragen.

4.1 Bewohnerspezifische Strategien

Snellgrove et al. (2015) ermittelten unter anderem die Strategie des *Kennens des Bewohnenden*. Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten der Studie sind der Meinung, je mehr sie über Bewohnende wissen, also deren Vergangenheit kennen und über deren Vorlieben informiert sind, desto besser sind sie in der Lage, Gewaltausbrüche zu verhindern und zu bewältigen «. . . If you know your residents then you find things that keep them busy and they don't get upset and hit people. That's how you get a lot of situations under control . . .» (S. S103). Durch die Kenntnis über die Vergangenheit und Vorlieben der Bewohnenden, können die Pflegenden dazu beitragen, dass die Bewohnenden zufriedener sind und dadurch weniger potenziell aggressives Verhalten entsteht.

Indem sich die Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten häufig um die gleichen Bewohnenden kümmern, haben sie die Möglichkeit vorauszusehen, zu welcher Tageszeit und in welchen Situationen die Bewohnenden unruhig und allenfalls gewalttätig werden könnten. Eine Pflegekraft der Studie von Snellgrove et al. (2015) sagt «. . . A lot of the residents just know my face. They get comfortable with you . . .» (S. S103). Aufgrund einer kontinuierlichen Pflege durch das gleiche Pflegepersonal, wird den Bewohnenden ein vertrautes Gefühl vermittelt und sie neigen weniger dazu, Gewalttaten zu begehen.

Zudem beschreiben Snellgrove et al. (2015) die Haltung des *bewussten Hineinversetzens* in die Position der Bewohnenden während der Pflege.
Somit werden Bewohnende auf die Art und Weise gepflegt, wie es sich die Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten für sich selbst oder ihre Angehörigen wünschen.

Die Teilnehmenden der Studie sind der Meinung, Gewalt verhindern zu können, indem den Bewohnenden besondere Aufmerksamkeit in Form von *quality time* geschenkt wird, Beschäftigung geboten und das Gefühl des *geliebt Werdens* vermittelt wird. Eine Pflegekraft der Studie beschreibt ihre Umsetzung dieser Strategie folgendermassen «. . . I don't hardly ever walk by a resident without letting them know that I know they are there. I just don't. If you can make them feel good they won't hit or kick anybody, at least for a while» (S. 104).

4.2 Erkennung von aggressivem Verhalten und auslösenden Faktoren

Durch die Trainingsintervention von Teresi et al. (2013) konnte ein signifikanter ($p< 0.001$) Wissenszuwachs in Bezug auf die Häufigkeit, Art, Risikofaktoren und Auswirkungen von *resident-to-resident elder mistreatment (RREM)* beim Pflegepersonal generiert und dadurch auch die Erkennung des Phänomens *resident-to-resident elder mistreatment (RREM)* signifikant ($p< 0.001$) gesteigert werden.

So betonen auch Burnes et al. (2020), dass eine frühe Identifikation von auslösenden Reizen, welche zu *resident-to-resident aggression (RRA)* führen können und deren Anpassung von zentraler Bedeutung für die Prävention sind. Bestimmte Reize können Bewohnende triggern und Bedürfnisse auslösen. Wenn diese Bedürfnisse unerfüllt bleiben, birgt dies das Risiko für das Auftreten von Unruhe stiftendem Verhalten. Hier betonen Burnes et al. (2020) die Wichtigkeit der Erkennung und das Beheben der unerfüllten Bedürfnisse. Die Strategie des frühzeitigen Erkennens und Voraussehen von Bedürfnissen der Bewohnenden wird auch durch Teilnehmende der Studie von Rosen et al. (2016) angewendet. Um Vorfällen von *resident-to-resident elder mistreatment (RREM)* vorzubeugen, werden Bewohnende wachsam beobachtet (Rosen et al., 2016). Mitarbeitende an vorderster Front müssen gestärkt werden, um Veränderungen und Auffälligkeiten bei Bewohnenden zu erkennen (Burnes et al., 2020).

4.3 Melden und Dokumentieren von auffallendem Verhalten und aggressiven Vorfällen zwischen Bewohnenden

Um *resident-to-resident aggression (RRA*) vorzubeugen, sollen Mitarbeitende an vorderster Front nicht nur darin gestärkt werden, Veränderungen und Auffälligkeiten bei Bewohnenden zu erkennen, sondern auch, diese im Anschluss zu melden (Burnes et al., 2020). Dies wird durch eine Aussage des Pflegepersonals deutlich.

> . . . One big thing to help with prevention is empowering the frontline staff to identify small changes in the residents . . . if they can really know the residents and pick little things that are going off [unmet needs] and report it then it will help put some structure to prevent this from happening . . .. (Burnes et al., 2020, S. 7)

Konkrete Strategien von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten dazu umfassen das Benachrichtigen von hierarchisch höherem Fachpersonal (diplomiertes Pflegepersonal, Pflegedienstleiter/-in) und den Sozialdienst sowie die Dokumentation von auffälligem Verhalten der Bewohnenden mittels Einträgen in Verhaltensprotokolle (Rosen et al., 2016).

Teresi et al. (2013) zeigen auf, dass durch die Trainingsintervention geschultes Pflegepersonal (Interventionsgruppe) nach sechs und zwölf Monaten (6 Monate; 580 Fälle, 12 Monate; 239 Fälle) ein signifikant höheres Level (p<0.001) an dokumentierten Fällen von *resident-to-resident elder mistreatment (RREM)* vorweisen konnte als das ungeschulte Pflegepersonal aus den Kontrollgruppen (6 Monate; 79 Fälle, 12 Monate; 23 Fälle). Bei Studienbeginn war der Wert von dokumentierten Fällen von *resident-to-resident elder mistreatment (RREM)* beider Gruppen (Interventionsgruppe; 353, Kontrollgruppe; 354) fast gleich. Die Meldung und Dokumentation der Vorfälle von *resident-to-resident elder mistreatment (RREM)* blieb bei der Interventionsgruppe auf Zeit stabil und sank jedoch bei der Kontrollgruppe.

4.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Unterschiedliche Studien (Bonifas, 2015; Burnes et al., 2020; Rosen et al., 2016) betonen, die Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit, um dem Phänomen des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden zu begegnen.

Das Pflegepersonal der Studie von Burnes et al. (2020) äussert, dass die Kommunikation ein zentrales Mittel im Umgang mit *resident-to-resident aggression (RRA)* darstellt «. . . It's also identifying and communicating to the interprofessional team . . . So from our experiences, communication is key» (S. 7).

Durch interprofessionelle Teambesprechungen zwischen dem Pflegepersonal und den Sozialarbeiter/-innen besteht die Möglichkeit, Bewohnende mittels Assessments einzuschätzen sowie Vorfälle von *resident-to-resident aggression (RRA)* zu besprechen und zu untersuchen. Zusätzlich findet die Planung von Interventionen bei aggressivem Verhalten und das Erstellen von Pflegeplänen während interprofessionellen Teamdiskussionen statt (Bonifas, 2015).
Für das Ermitteln von Interventionen ist entscheidend, dass die Pflege ihre Informationen über Bewohnende im interprofessionellen Team weitergibt, da das Pflegepersonal den ganzen Tag im Kontakt zu den Bewohnenden steht. Dazu gehört auch, dass das Pflegepersonal und die Sozialarbeiter/-innen regelmässig die Dokumentationen der anderen Professionen überprüfen, um die Bedürfnisse der Bewohnenden besser zu verstehen (Bonifas, 2015).

Gemeinsam kann die Durchführung von Interventionen an Bewohnenden koordiniert werden. Dies beinhaltet das Verwalten der Umgebung, um potenzielle Stressquellen der Bewohnenden zu minimieren oder den Zugang zu potenziell gefährlichen Gegenständen während Erregungsperioden zu verhindern. Die Evaluation der Wirksamkeit dieser Interventionen zur Bewältigung von *resident-to-resident aggression (RRA)* findet im interprofessionellen Rahmen statt (Bonifas, 2015).

Das Akzeptieren der beruflichen Stärken des Gegenübers und das Aufteilen der Arbeit nach professionsspezifischen Stärken ist für die interprofessionelle Zusammenarbeit wichtig (Bonifas, 2015). Gemäss Bonifas (2015) kann sich das Pflegepersonal, besonders in schwierigen und emotionalen Situationen, auf interprofessionelle Unterstützung von Sozialarbeiter/-innen verlassen. Sozialarbeiter/-innen können in diesen Situationen als Vermittler/-innen zwischen Pflegepersonal und Familienmitgliedern der Bewohnenden fungieren, da Sozialarbeiter/-innen über die Bedürfnisse und Vorlieben der Bewohnenden informiert sind.

Bei psychosozialen Problemen mit Mitbewohnenden, informiert das Pflegepersonal den Sozialdienst, welcher dann einen Zimmerwechsel veranlassen kann (Bonifas, 2015; Rosen et al., 2016).

Pflegefachkräfte beurteilen die körperlichen Bedingungen der Bewohnenden und überprüfen, ob körperliche Zustände (beispielsweise Schmerzen, Infektionen, Elektrolyt-Ungleichgewicht, unerwünschte Nebenwirkungen von Medikamenten) mögliche Faktoren waren, welche zum aggressiven Verhalten beigetragen haben. Zudem sind die Pflegefachkräfte für die Meldung und das Einleiten von Untersuchungen bei *resident-to-resident aggression (RRA)* zuständig (Bonifas, 2015). Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten führen die im interprofessionellen Team besprochenen Interventionen an den Bewohnenden durch. Sie lenken Bewohnende durch Beschäftigung ab und versuchen dadurch aggressive Handlungen zu verhindern (Bonifas, 2015).

Eine klare Aufgabenteilung zwischen den interprofessionellen Teams der Pflege und der Sozialarbeiter/-innen gibt es jedoch nicht immer. So können gemäss Bonifas (2015), je nach Situation, das Pflegepersonal und die Sozialarbeiter/-innen die gegenseitigen Rollen übernehmen.

4.5 Aggressives Verhalten stoppen und Sicherheit gewährleisten

Das strategische Vorgehen der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten beinhaltet, dass sie Bewohnende, welche sich nicht vertragen, voneinander fernhalten, damit diese nicht körperlich verletzt werden (Snellgrove et al., 2015). Den Bewohnenden wird jeweils ein anderer Platz zugeordnet oder die Sitzordnung wird vollständig geändert (Rosen et al., 2016). Wenn aggressives Verhalten bereits vorhanden ist, soll versucht werden, dies zu minimieren und die Situation zu deeskalieren (Burnes et al., 2020). Um die Sicherheit der Bewohnenden zu gewährleisten, verlassen sich Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten bei drohender oder andauernder Gewalt primär auf das Trennen von gewalttätigen Bewohnenden. Dies beinhaltet nicht zuletzt auch den Einsatz des eigenen Körpers als Barriere zwischen zwei Bewohnenden (Snellgrove et al., 2015). Auch Burnes et al. (2020) ermittelten, dass sich die direkten von Mitarbeitenden durchgeführten Interventionen unter anderem auf das physische Trennen von Bewohnenden fokussieren.

Neben physischer Trennung wird auch räumliche Trennung vorgenommen, indem die Bewohnenden beispielsweise aus dem Speisesaal oder dem öffentlichen Bereich weggebracht werden. Mehrere Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten geben an, dass die Bewohnenden aus dem Zimmer auf die Pflegestation gebracht werden. Alternativ zur physischen Trennung wird versucht, die Bewohnenden mündlich zu beruhigen, um die Situation zu entschärfen (Rosen et al., 2016). Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten beschreiben angewandte Strategien, um sowohl die Initiatoren von Gewalt sowie Gewaltopfer vor, während und nach einer Gewalttat gegen andere Bewohnende zu betreuen (Snellgrove et al., 2015).

Die Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten erklären den beteiligten Bewohnenden die Natur des Zusammenlebens und versuchen, sie zu Kompromissen zu überreden. Ebenfalls wird versucht, den Bewohnenden ein Verständnis für den Zustand eines dementen oder verwirrten Gegenübers zu vermitteln (Rosen et al., 2016). Bewohnende, welche nicht in den Vorfall verwickelt sind, werden aus der Situation genommen und in Sicherheit gebracht (Snellgrove et al., 2015).

Die Strategie der Ablenkung der Bewohnenden durch Aktivierung oder Beschäftigung zeigt sich als wirksam, um die Bewohnenden nach einem Gewaltereignis zu beruhigen (Snellgrove et al., 2015).

4.6 Weitere

Weitere Strategien beziehungsweise Interventionen von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten umfassen die Installation von Nylon-Barrikaden mit Alarm gegen das nächtliche Eintreten in fremde Zimmer oder das Anfordern von Medikamentenänderungen bei Bewohnenden (Teresi et al., 2013). Rosen et al. (2016) beschreiben als Vorbeugung zukünftiger Vorfälle das Etablieren einer gezielten Routine und einer angepassten Tagesstruktur für die Bewohnenden durch die Pflege. Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten konnten beobachten, dass Bewohnende an Tagen mit strukturierten Aktivitäten (beispielsweise an Feiertagen) glücklicher waren und weniger Gewalt vorkam (Snellgrove et al., 2015). Erwähnenswert ist auch, dass viele Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten berichten, dass sie bei Vorfällen zwischen Bewohnenden nicht eingriffen und das aggressive Verhalten weiter zuliessen (Rosen et al., 2016).

5 Diskussion

Nachfolgend wird die Güte der Literatur eingeschätzt. Anschliessend folgt eine diskursive Auseinandersetzung der Ergebnisse wobei allfällige Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Widersprüche der bearbeiteten Literatur diskutiert werden. Mittels der Erkenntnisse aus den Studien wird versucht, die Fragestellung der Bachelorarbeit zu beantworten.

5.1 Einschätzung der Güte der Studien

Als erstes wird eine Einschätzung der Gesamtgüte aller Studien durch die Autorinnen vorgenommen. Folglich wird die Güte jeder einzelnen Studie eingeschätzt. Quantitative Studien wurden auf die Gütekriterien Validität, Objektivität sowie Reliabilität nach Bartholomeyczik et al. (2008) geprüft. Für die Beurteilung der Güte von qualitativen Studien wurde nach den Beurteilungskriterien von Lincoln & Guba (1985) bewertet. Detaillierte Angaben zur kritischen Würdigung mittels des AICA-Rasters sind dem Anhang C ab Seite 61 zu entnehmen.

5.1.1 Einschätzung der Gesamtgüte

Der Forschungszweck wird bei allen Studien klar definiert. Nur die Studie von Burnes et al. (2020) formuliert eine konkrete Forschungsfrage. Teresi et al. (2013) stellen als einzige Hypothesen auf. In den restlichen Studien werden umfassende und klare Forschungsziele genannt. Die Forschungsdesigns scheinen passend zu den jeweiligen Fragestellungen. Eine Begründung für die Wahl des Designs wird nur von Burnes et al. (2020) aufgeführt. Die Stichproben wurden alle passend zum Forschungszweck ausgewählt und wurden in fast allen Studien genügend beschrieben. Eine klare Beschreibung der Stichproben fehlt nur in der Studie von Snellgrove et al. (2015). Die Forschungsmethoden der jeweiligen Studien sind geeignet für eine bestmögliche Erreichung der Studienzwecke. Die Forschenden aller Studien haben eine Bewilligung für die Durchführung der Studien eingeholt. Lediglich Burnes et al. (2020) weisen eine Genehmigung einer Ethikkommission auf. Die Freiwilligkeit der Teilnahme für die Teilnehmer/-innen ist bei allen Studien gegeben. Die Gesamtgüte der eingeschlossenen Studien wird von den Autorinnen als mittel eingestuft. Diese ergibt sich aus den niedrigen Qualitätsniveaus der Studien von Rosen et al. (2016) und Teresi et al. (2013), den mittleren Qualitätsniveaus der Studien von Bonifas (2015) und Snellgrove et al. (2015) sowie dem hohen Qualitätsniveau der Studie von Burnes et al. (2020).

5.1.2 Burnes et al. (2020)

Confirmability (Bestätigung):

Der Standpunkt der Forschenden wird benannt und deren Perspektive erläutert. Die Kodierung der Transkriptdaten wurde durch zwei Forschende geprüft.

Dependability (Zuverlässigkeit):

Die Prozesse der Datenerhebung und Datenanalyse sind klar beschrieben. Es wird Einsicht in den Interviewfragebogen gewährt. Die Datensättigung wurde diskutiert und erreicht. Ein Audit-Trail wurde von den Forschenden geführt.

Credibility (Glaubwürdigkeit):

Durch Forscher/-innen- und Methoden-Triangulation wird systematischem Bias vorgebeugt. Die Glaubwürdigkeit wurde sichergestellt durch zwei Forschende, welche unabhängig voneinander die Codes der Transkriptdaten überprüften. Die Kodierungen wurden bei persönlichen Treffen miteinander verglichen, um zu gemeinsamen Kategorien zu gelangen. Es fand kein member checking statt, jedoch werden die Ergebnisse mit Zitaten dargestellt.

Transferability (Übertragbarkeit):

Die Verallgemeinerung der Ergebnisse ist durch die Methodik der Fokusgruppen eingeschränkt. Teilnehmende wurden aus zwei städtischen Pflegeinrichtungen rekrutiert, welche möglicherweise über andere Präventionsressourcen verfügen als Einrichtungen aus ländlichen Gebieten. Dadurch ist die Übertragbarkeit auf städtische Pflegeeinrichtungen beschränkt.

Die Bestätigung sowie die Zuverlässigkeit werden als vollständig gegeben eingestuft. Die Glaubwürdigkeit wird aufgrund des Fehlens des member checking als teilweise gegeben eingestuft. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse wird, aufgrund der beschränkten Übertragbarkeit auf städtische Gebiete, als teilweise gegeben eingestuft.
Der Studie von Burnes et al. (2020) wird von den Autorinnen eine hohe Güte ausgewiesen.

5.1.3 Rosen et al. (2016)

Confirmability (Bestätigung):

Durch mehrere Forschende war die Möglichkeit von Diskussionen innerhalb der Forschungsgruppe gegeben. Standpunkt und Perspektiven der Forschenden wurden nicht aufgezeigt, jedoch haben die Forschenden bereits mehrere Studien zum Phänomen *resident-to-resident aggression (RRA)* durchgeführt. Kongruenz zwischen Ontologie und Epistemologie ist gegeben, da Menschen befragt wurden, welche nahe an der Realität des zu erforschenden Phänomens sind. Methoden zur Vermeidung von Bias wurden nicht genannt.

Dependability (Zuverlässigkeit):

Für die Kategorisierung wurde ein peer-review (Meeting zur Konsensfindung) durchgeführt. Antworten der Teilnehmenden scheinen umfassend wiedergegeben zu sein. Die Prozessbeschreibung zur Datenfindung und die Methodik der Studie sind nur sehr knapp beschrieben. Angaben zu einer externen Prüfung der Studie fehlen.

Credibility (Glaubwürdigkeit):

Die Triangulation der Forschenden ist gegeben, wodurch systematischem Bias vorgebeugt wird. Es fehlen jedoch Methoden- und Quellen-Triangulation. Angaben zu Datensättigung fehlen und die ausgewählte Stichprobengrösse wird nicht begründet. Es fand kein member checking statt, welches die Glaubwürdigkeit der Studie bekräftigt. Die Ergebnisse werden in Prozentanzahlen angegeben.

Transferability (Übertragbarkeit):

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist auf Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten limitiert. Das Setting wird nur sehr knapp beschrieben und es fehlen bestimmte Angaben wie zum Beispiel die Bettenanzahl der Institutionen. Die Ergebnisse sind möglicherweise nicht auf alle Pflegeheime und Arbeitsschichten übertragbar.

Die Bestätigung wird als teilweise gegeben eingestuft. Die Zuverlässigkeit wird ebenfalls als teilweise gegeben eingestuft, da eine klare Prozessbeschreibung fehlt. Die Glaubwürdigkeit sowie die Übertragbarkeit werden als nicht gegeben eingestuft. Der Studie von Rosen et al. (2016) wird von den Autorinnen eine niedrige Güte ausgewiesen.

Die Studie von Rosen et al. (2016) wurde trotz der niedrigen Güte ausgewählt, da das Outcome der Studie kongruent zum ursprünglichen Zweck der Studie ist. Zusätzlich ist die Studienlage zum Phänomen des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen beschränkt und die Ergebnisse der Studie leisten einen wichtigen Beitrag zur Fragestellung der vorliegenden Arbeit.

5.1.4 Bonifas (2015)

Confirmability (Bestätigung):

Die Studie wurde durch die Universität des Staates Arizona genehmigt. Es fehlen verschiedene Perspektiven der Studiensituation, da nur ein Forscher für die Studie verantwortlich war und dessen Überzeugungen und Werte unbekannt sind.

Dependability (Zuverlässigkeit):

Ausschnitte und Zitate aus den Interviews werden dargestellt, eine Einsicht in die Interviewfragebögen und die Transkriptionen werden nicht gewährt. Limitationen der Studie werden genannt, eine externe Prüfung der Studie fand nicht statt. Informationen zu Forschungsdesign und Entscheidungen zur Datenerhebung (Ein- und Ausschlusskriterien) fehlen. Diskrepanzen der Kodierungsergebnisse wurden identifiziert und diskutiert.

Credibility (Glaubwürdigkeit):

Quellen-Triangulation ist durch das Erfassen unterschiedlicher Blickwinkel (Pflegepersonal und Sozialarbeiter/-innen) gegeben. Ein peer-debriefing wurde innerhalb der Studie durch den Einbezug einer wissenschaftlichen Hilfskraft durchgeführt. Feedback der Teilnehmenden wurde für die Richtigkeit der Interpretation ihrer Angaben eingeholt (member checking).

Transferability (Übertragbarkeit):

Das Setting und die Teilnehmenden sind ausführlich beschrieben. Da nur gezielt ausgewählte Institutionen miteinbezogen wurden ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse fragwürdig. Praxisimplikationen und Ausblicke wurden keine beschrieben.

Die Bestätigung wird als nicht gegeben eingestuft. Die Zuverlässigkeit wird als teilweise gegeben eingestuft. Die Glaubwürdigkeit ist vollständig gegeben.

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse wird als teilweise gegeben eingestuft. Der Studie von Bonifas (2015) wird von den Autorinnen eine mittlere Güte ausgewiesen.

5.1.5 Snellgrove et al. (2015)

Confirmability (Bestätigung):
Die Forschenden reflektierten sich regelmässig, führten Journals und machten Feldnotizen. Vergleiche mit anderen Forschenden haben stattgefunden.

Dependability (Zuverlässigkeit):
Der Prozess ist klar dargestellt und es wurde ein Audit-Trail geführt.

Credibility (Glaubwürdigkeit):
Die Triangulation der Forschenden ist gegeben, wodurch systematischem Bias vorgebeugt wird. Es fehlen jedoch Methoden- und Quellen-Triangulation. Die Datenerhebung wurde über einen Zeitraum von acht Wochen durchgeführt. Es gab kein member checking. Die Glaubwürdigkeit der Analyse wurde durch das Prüfen der Analyse mittels zwei Forschenden mit Erfahrungen im Bereich von qualitativen Methoden (Überprüfen der Kodierungs- und Analyseentscheidungen) sichergestellt.

Transferability (Übertragbarkeit):
Es gab keine randomisierte Auswahl der Teilnehmenden, wodurch die Stichprobe möglicherweise nicht die Grundgesamtheit repräsentiert. Die durchschnittliche Betriebszugehörigkeit der Teilnehmenden betrug 5.25 Jahre. Die entspricht nicht der landesweiten Fluktuation von 70 % pro Jahr. Dies könnte dazu beitragen, dass die Teilnehmenden der Studie in dieser Hinsicht untypisch waren, was sich auch in deren Pflegephilosophie widerspiegeln könnte. Die Studie wurde nur in einem ländlich gelegenen Altersheim durchgeführt. Deshalb sind die Ergebnisse nur beschränkt übertragbar. Gemäss den Forschenden können die Ergebnisse auf andere Einrichtungen mit ähnlicher Grösse und Charakteristiken übertragen werden.

Die Bestätigung sowie die Zuverlässigkeit werden als vollständig gegeben eingestuft. Die Glaubwürdigkeit wird aufgrund des Fehlens des member checking als teilweise gegeben eingestuft.

Die Übertragbarkeit wird, aufgrund der nicht randomisierten und untypischen Auswahl an Teilnehmenden, als teilweise gegeben eingestuft. Der Studie von Snellgrove et al. (2015) wird von den Autorinnen eine mittlere Güte ausgewiesen.

5.1.6 Teresi et al. (2013)

Objektivität:

Es wurde ein randomisiertes Sampling durchgeführt und die Zuteilung zur jeweiligen Studiengruppe war zufällig. Die Forschenden waren verblindet bezüglich des Erhalts der Intervention. Das Verhältnis der Forschenden zu den Teilnehmenden und den Institutionen ist unklar. Ebenfalls fraglich ist, ob eine externe Kontrolle der Ergebnisse stattgefunden hat.

Reliabilität:

Die Wissenstests weisen eine geringe interne Konsistenz auf ($\alpha = 0.335$ beziehungsweise 0.461). Der Fragebogen für die Interviews weist eine hohe Reliabilität von $\alpha = 0.9$ auf. Über die Reliabilität des Dokumentationsbogens (BRDS) als Messinstrument werden keine Angaben gemacht. Im Laufe der Zeit gab es Widerstand beim Ausfüllen des BRDS aufgrund des erhöhten Arbeitsaufwandes. Aufgrund möglicher Überkreuzungen der beiden Studiengruppen besteht das Risiko einer Ergebnisverfälschung (Cross-over). Ebenfalls könnten die Ergebnisse zum Prozess des Personals möglicherweise durch Dropouts beeinflusst sein. Die BRDS-Daten sollen laut den Forschenden davon jedoch nicht betroffen sein.

Validität:

Die Datensättigung wird angegeben und wurde erreicht. Jedoch lassen sich die Ergebnisse aufgrund ausgewählter Daten höchstwahrscheinlich nur auf lokaler/regionaler Ebene übertagen.

Die Objektivität wird als nur teilweise gegeben eingestuft. Das Erreichen der Datensättigung erhöht die externe Validität. Die interne Validität ist gegeben, da sich die Ergebnisse eindeutig auf die Trainingsintervention zurückführen lassen. Aufgrund des Cross-overs-Effektes wird die Reliabilität sowie die Güte der Studie von Teresi et al. (2013) von den Autorinnen als niedrig eingestuft.

Die Studie von Teresi et al. (2013) wurde trotz der niedrigen Güte von den Autorinnen ausgewählt, da die Studie trotz des möglichen Cross-over-Effektes signifikante Ergebnisse in Bezug auf die Trainingsintervention liefert.

5.2 Diskursive Auseinandersetzung mit der Literatur

Die vorliegende Arbeit ging der Frage nach, welche pflegerischen Interventionen und Strategien zur Verhinderung und Verminderung von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen in der Literatur beschrieben sind.
Die Ergebnisse werden von den Autorinnen jeweils den drei *Präventionsstufen* von Ketelsen und Pieters (2004) und Patterson et al. (2005) zugeteilt und innerhalb dieser Stufen unter Berücksichtigung der Phasen des *9-Phasen-Modells* von Walter et al. (2012) diskutiert.

5.2.1 Primäre Präventionsstufe

Primäre Prävention soll versuchen, durch Erkennen und Berücksichtigen von Risikofaktoren, aggressivem Verhalten vorzubeugen (Ketelsen & Pieters, 2004; Patterson et al., 2005).

Wenn Risikofaktoren und Auslöser erkannt werden, kann die Pflege von Bewohnenden angepasst, eine Beurteilung der Situation vorgenommen und rechtzeitiges Handeln initiiert werden, um die Risikofaktoren und Auslöser abzuschwächen oder zu beseitigen (Watson & Hatcher, 2020).

Teresi et al. (2013) führten in ihrer Studie eine Trainingsintervention anhand eines Schulungsprogrammes durch, welche unter anderem darauf abzielt, die Pflegenden auf die Erkennung von Risikofaktoren zu sensibilisieren. Die Ergebnisse der Studie zeigen eine signifikante Wirkung. Auch laut Ellis et al. (2014, 2018) tragen Bildungsprogramme für Pflegepersonal einen potenziellen Beitrag zur Verhinderung und Verminderung von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen bei. Für den Umgang mit aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegheimen empfehlen Ellis et al. (2014), den evidenzbasierten *SEARCH-Ansatz* anzuwenden.

Das Ziel des *SEARCH-Ansatzes* ist es, das Personal bei der Identifizierung und Erkennung von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen zu unterstützen und Empfehlungen für das Management zu geben. Dazu gehören die Elemente *Support* (Unterstützen), *Evaluate* (Auswerten), *Act* (Handeln), *Report* (Melden/Dokumentieren), *Care plan* (Pflegeplanung) und *Help to avoid* (Vorbeugen/Vermeiden).

Gemäss dem *SEARCH-Ansatz* sollen Ansammlungen vieler Menschen auf engem Raum verhindert und Bewohnende, welche sich nicht verstehen, voneinander ferngehalten werden. Snellgrove et al. (2015) zeigen, dass Pflegende diesem Ansatz in der Praxis folgen.

Pflegende sind verantwortlich, andere Bewohnende und Mitarbeitende zu erinnern, dass demente Mitbewohnende sich ihres störenden Verhaltens nicht immer bewusst sind (Ellis et al, 2014). Die Anwendung dieser Verantwortung deckt sich mit den Ergebnissen der Studie von Rosen et al. (2016). So beinhaltet das strategische Vorgehen der Pflegenden in der Studie, das Erklären des dementen Zustandes des Gegenübers, um bei anderen Bewohnenden ein Verständnis für bestimmte Verhaltensweisen zu erzielen.

Nach dem *9-Phasen-Modell* von Walter et al. (2012) setzt die primäre Prävention in den ersten beiden Phasen eines aggressiven Ereignisses an. Die Phase vor einem Aggressionsereignis wird als *relativ normale Phase* bezeichnet (Phase 0x). Ausgangspunkt ist das Verhalten der Bewohnenden vor und/oder ausserhalb einer Eskalation beziehungsweise Aggressionssituation. Im Fokus stehen das Kennenlernen der Bewohnenden und deren normalen Verhaltensweisen sowie die Erhebung einer Aggressionsanamnese. Zudem soll den Bewohnenden ein Gefühl der Sicherheit vermittelt werden. Die Notwendigkeit, Bewohnende zu kennen, um Risikofaktoren zu erkennen, diese zu identifizieren und dadurch Gewaltausbrüche zu verhindern, wird auch von Snellgrove et al. (2015) betont. Snellgrove et al. (2015) zeigten, dass sich Pflegende in der Praxis über die Vergangenheit und Vorlieben von Bewohnenden informieren, um Risikofaktoren einfacher zu identifizieren. So betont auch ein Experte aus der Praxis, dass die Kenntnis über Charakteristika von Bewohnenden wichtig ist (Zentrum für Qualität in der Pflege [ZQP], 2020).

Um Bewohnende besser kennenzulernen können auch folgende Strategien der Pflegenden aus der Studie von Snellgrove et al. (2015) dienen; so versuchten Pflegende sich stets in die Bewohnenden hineinzuversetzen und führten die Pflege nach diesem Grundsatz durch. Zudem sind sie der Meinung, dass durch häufige Pflege der gleichen Bewohnenden weniger aggressives Verhalten auftritt.

Bewohnende mit aggressivem Verhalten in der Vergangenheit sollten von der Pflege identifiziert werden (Ellis et al., 2014). Eine Möglichkeit, Bewohnende im interprofessionellen Team einzuschätzen, bieten Assessments. Diese Strategie verfolgten Sozialarbeiter/-innen in Zusammenarbeit mit Pflegepersonal in der Studie von Bonifas (2015). Pflegende der Studie von Rosen et al. (2016) sorgten für gezielte Routine und eine angepasste Tagesstruktur, um aggressivem Verhalten vorzubeugen. Dies kann dazu beitragen, den Bewohnenden ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln.

Laut Walter et al. (2012) finden in der *Auslösephase* (Phase 1) beginnende Abweichungen vom ruhigen Normalverhalten statt, welche allenfalls zu einer Eskalation führen können. Typische Verhaltensweisen sind zum Beispiel: Erregung, Auf-und-Ab-Laufen, Seufzen, Rückzug oder Kontaktvermeidung. Mitarbeitende sollen mit den Bewohnenden in Kontakt treten und sie beruhigen. Dabei soll die Kommunikation sowie Interventionen der Situation angepasst werden. Sie sollen die emotionale Verfassung der Betroffenen und die Gesamtsituation einschätzen. Auslösende Faktoren sollen identifiziert werden und bei beginnender Eskalation sollen weitere Mitarbeitende über die Situation informiert werden. Solchen Verhaltensänderungen können möglicherweise unerfüllte Bedürfnisse von Bewohnenden zugrunde liegen und stellen einen Risikofaktor dar, welcher zu aggressivem Verhalten führen kann (Burnes, 2020). Burnes et al. (2020) betonen die Wichtigkeit, Personen an der Front zu stärken, Auffälligkeiten und unerfüllte Bedürfnisse frühzeitig zu erkennen, um dadurch aggressivem Verhalten vorzubeugen. Diese Strategie findet Anwendung durch Pflegende in der Studie von Rosen et al. (2016).

Bestimmte Medikamente und deren Dosierung können ebenfalls zu Abweichungen vom ruhigen Normalverhalten führen. Teresi et al. (2013) zeigen, dass eine Überwachung und allfällige Anforderung einer Medikamentenänderung Teil der Strategien von Pflegenden in der Praxis sind. Dies trägt dazu bei, mögliche Risiken für aggressives Verhalten, welche bei Medikamenten ihren Ursprung haben, zu identifizieren.

So empfehlen Teresi et al. (2013) als auch Runci et al. (2012, zitiert nach Watson & Hatcher, 2020, S. 6), dass Interventionen zur Vorbeugung von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden im Idealfall die Überwachung und Überprüfung der Medikation beinhalten sollten.

5.2.2 Sekundäre Präventionsstufe

Sekundäre Prävention hat zum Ziel einer stärkeren Eskalation, eines bereits vorhandenen aggressiven Konflikts, vorzubeugen und beinhaltet Massnahmen zum Vorgehen bei akutem aggressivem Verhalten (Ketelsen & Pieters, 2004; Patterson et al., 2005).
Die sekundäre Präventionsstufe beinhaltet die Phase 2 bis Phase 6.

In der aufsteigenden *Übergangsphase* (Phase 2) beginnt bei den Betroffenen eine feindselige und negative Wahrnehmung der Gegenwart, welche schnell in eine Eskalation, also die *Krisenphase* (Phase 3), übergehen kann. Die Aufgabe der Pflegenden ist es hier, die Betroffenen zu beruhigen und zu deeskalieren. Im Fokus steht die Aufrechterhaltung der Sicherheit und Unversehrtheit aller Beteiligten und die Kontrolle über die Situation. Dies kann durch Kommunikation, den Versuch Kooperation zu erreichen zum Beispiel durch Aufzeigen von Folgen und Konsequenzen, Ablenkung/Umlenkung oder durch das Anbieten von beruhigender Bedarfsmedikation erzielt werden (Walter et al., 2012). Bonifas (2015) zeigt, dass Pflegende bei drohenden Konflikten versuchen, die Bewohnenden durch Beschäftigung abzulenken. Neben diesen patientenbezogenen Vorgehensweisen gehören zu den umgebungsbezogenen Vorgehensweisen, das Hinzuziehen von weiteren Mitarbeitenden, entfernen aller Zuschauenden und eventuell vorhandener Gegenstände, die als Waffe dienen könnten (Walter et al., 2012). Bonifas (2015) ermittelt, dass Pflegende in der Praxis in Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter/-innen die Umgebung verwalten. Sie verhindern den Zugang zu potenziell gefährlichen Gegenständen für Betroffene.

In der *Krisenphase* kommt hinzu, dass die Vorbereitung einer Notfallmassnahme (Festhalten, Fixierung/Isolierung, Bedarfs- oder Zwangsmedikation), also der Kontrollübernahme der Situation, erfolgt (Walter et al., 2012). Dazu wurden in der Literatur keine spezifischen Interventionen genannt.

Es werden Studien benötigt, welche ihre Forschungsfrage spezifisch auf das pflegerische Vorgehen bei aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen in einer *Krisenphase* richten. Zudem sollten Pflegende eine Notfallsituation im Voraus üben, damit das Eingreifen und Umsetzen der Massnahmen im Ernstfall einfacher gelingen.

In der *destruktiven Phase* (Phase 4) haben Bewohnende ihre Selbstkontrolle verloren und es kommt zur aggressiven Handlung. Mitarbeitende sind gezwungen, neben den verbalen Reaktionen auch körperliche Reaktionen (Flucht, Selbstschutz, körperliche Kontrolle) einzusetzen. Im Fokus steht weiterhin die Gewährleistung der Sicherheit aller Beteiligten. Auch hier kann das Anbieten von Bedarfsmedikation eine Möglichkeit sein (Walter et al., 2012). Pflegende berichten, Bewohnende, welche sich bereits in einem aggressiven Konflikt befinden, verbal zu beruhigen und falls nötig, räumlich oder körperlich zu trennen (Burnes et al., 2020; Rosen et al., 2016). Der *SEARCH-Ansatz* betont, dass die Art des Handelns (Act) von der Art des Vorfalls und der Umgebung abhängen (Ellis et al., 2014). Zuerst soll versucht werden, die Beteiligten verbal zu beruhigen. Dabei soll eine nicht bedrohliche Körpersprache und ein ruhiger, fester Tonfall angewendet werden. Falls dies nicht gelingt, sollen Bewohnende physisch getrennt werden. Des Weiteren müssen Beteiligte auf mögliche Verletzungen untersucht werden und die betroffenen Bewohnenden betreut und unterstützt werden (Support). Die Pflegenden in der Studie von Snellgrove et al. (2015) gaben an, Initiator/-in sowie Opfer der aggressiven Handlung während sowie nach einem Vorfall zu betreuen. Sie versuchen, durch Beschäftigung und Aktivierung die Bewohnenden zu beruhigen.

Erwähnenswert ist, dass viele Pflegende berichten, dass sie bei Vorfällen zwischen Bewohnenden nicht eingriffen und das aggressive Verhalten weiter zuliessen (Rosen et al., 2016). Dem gegenüber stehen Empfehlungen von Expertinnen und Experten. So kann sich das Pflegepersonal gegebenenfalls strafbar machen, wenn es in bestimmten Konflikten nicht eingreift. Dabei soll jedoch beachtet werden, wo diesbezüglich die Grenzen liegen (Zentrum für Qualität in der Pflege [ZQP], 2020). Die Sicherheit der Bewohnenden steht für Pflegende der Studie von Snellgrove et al. (2015) an erster Stelle. Sie waren mehr damit beschäftigt, Bewohnende zu schützen als sich selbst vor Schaden zu bewahren. Damit mussten Pflegende auch Beschimpfungen gegen sich selbst in Kauf nehmen.

In der *Wiederherstellungsphase* oder *Abkühlungsphase* (Phase 5) nimmt das Ausmass der Erregung des Betroffenen wieder ab. Die Pflegenden müssen jedoch die Aufmerksamkeit für Veränderungen beibehalten, denn diese Phase stellt die zweite Periode mit möglichen Krisen dar. Zudem sollte eine fortlaufende Risikoeinschätzung vorgenommen werden. Die Art der Interventionen der Mitarbeitenden in dieser Phase richtet sich nach dem Kontext des Zwischenfalls und den üblichen Vorgehensweisen in der Einrichtung (Walter et al., 2012). Zu dieser Phase werden in der Literatur keine spezifischen pflegerischen Interventionen oder Strategien beschrieben, wobei dabei interessant wäre, ob und wie die Pflegenden solch eine Risikoeinschätzung vornehmen.

In der *absteigenden Übergangsphase* (Phase 6) sollte die unmittelbare Gefahr einer Körperverletzung für Dritte verschwinden. Der Schwerpunkt liegt auf Sicherheit und dem längerfristigen Ziel, durch Förderung von Einsicht bei Betroffenen und Entwicklung alternativer Verhaltensweisen, wiederholten aggressiven Verhaltensweisen vorzubeugen (Walter et al., 2012). Rosen et al. (2016) zeigte, dass Pflegende versuchen, bei Betroffenen ein Verständnis für das Gegenüber und dessen möglicherweise betagten Zustandes zu erreichen, insofern dies der Auslöser war. Dadurch wird die Einsicht der Betroffenen gefördert. Zur Förderung der Entwicklung alternativer Verhaltensweisen der Betroffenen werden in der Literatur keine spezifischen pflegerischen Interventionen oder Strategien genannt. Hierzu wäre eine gezielte Beratung seitens der Pflegenden sinnvoll und die gemeinsame Formulierung von Zielen der spezifischen Verhaltensänderung zusammen mit dem/der Bewohnenden. Dabei werden diese Ziele in die Pflegeplanung aufgenommen und deren Prozess stetig evaluiert. Des Weiteren sollen in der *absteigenden Übergangsphase* Auslöser beziehungsweise Auslösesituationen erkannt und gegebenenfalls erhoben werden (Walter et al., 2012). Pflegende der Studie von Bonifas (2015) führten die Überprüfung von körperlichen Bedingungen durch, welche aggressives Verhalten möglicherweise auslösten.

5.2.3 Tertiäre Präventionsstufe

Tertiäre Prävention beinhaltet die Nachbearbeitung eines aggressiven Vorfalls mit dem Ziel, zukünftigen Vorfällen durch Analysieren der aggressiven Eskalation und Besprechen des Vorgehens bei sich künftig anbahnendem aggressivem Verhalten vorzubeugen. Sie dient auch der Verarbeitung des Erlebten (Ketelsen & Pieters, 2004; Patterson et al., 2005).

Die restlichen Phasen (Phase 7 bis Phase 0x+1) des Modells von Walter et al. (2012) lassen sich der tertiären Präventionsstufe zuordnen.

In der *Auflösungsphase* (Phase 7) sollten sozial verträgliche Verhaltensweisen und angemessene soziale Verhaltensmuster sowie die Bewältigungsstrategien aller Beteiligten gefördert werden. Hier gilt es für die Pflegenden, den Kontakt zu Bewohnenden so zu gestalten, dass aus der Situation ein Reflexions- und Lernprozess entsteht und die Bewohnenden wieder sicher in die Gemeinschaft zurückkehren können. Bewohnende sollen beim Verarbeiten der Ereignisse unter anderem durch Nachbesprechungen der Situation begleitet werden. Pflegende sollen gemeinsam mit den Bewohnenden Handlungsoptionen identifizieren, welche das Wiederauftreten von aggressiven Verhaltensweisen vermeiden (Walter et al., 2012). Auch Ellis et al. (2014) betonen die Wichtigkeit der Nachbearbeitung eines aggressiven Vorfalls, denn nach einem Vorfall ist vor einem Vorfall. Sobald für Betroffene keine physische und medizinische Gefahr mehr besteht, soll der Vorfall besprochen und analysiert werden (Act). Dabei sollen auf jeden Fall Schuldzuweisungen vermieden werden.

Der *SEARCH-Ansatz* beinhaltet das Element Informieren/Melden und Dokumentieren (Report). Rosen et al. (2016), Burnes et al. (2020) sowie Bonifas (2015) zeigen, dass Pflegende Vorfälle von aggressivem Verhalten an hierarchisch höheres Fachpersonal weiterleiten. Vorfälle sollen, abhängig von den Protokollen in den jeweiligen Alters- und Pflegeheimen, dokumentiert werden. Zum Beispiel durch das Erstellen von Unfallberichten oder Einträgen im digitalen Dokumentationssystem. Die Dokumentation ist für die Erarbeitung von zielgerichteten Interventionen und Strategien unerlässlich. Die Studie von Teresi et al. (2013) zeigt, dass geschultes Personal, welches auf das Phänomen des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen sensibilisiert wurde, mehr Vorfälle dokumentierte als ungeschultes Personal. Pflegende der Studie von Rosen et al. (2016) tätigten Einträge in Verhaltensprotokolle der Bewohnenden. Dem gegenüber steht, dass Teresi et al. (2013) zeigen, dass viele Pflegende Vorfälle ignorierten und nicht dokumentierten.

Um eine patientenzentrierte Pflege zu gewährleisten, ist ein interprofessioneller Austausch unerlässlich (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

Die Anwendung der interprofessionellen Zusammenarbeit, um aggressivem Verhalten vorzubeugen, wird nicht nur beim Assessment sowie der Planung, Koordination und Evaluation von Interventionen deutlich, sondern spielt auch bei der Pflegedokumentation und der Nachbearbeitung von Vorfällen durch interprofessionelle Teambesprechungen eine wichtige Rolle (Bonifas, 2015). Bonifas (2015) zeigt in seiner Studie, dass diese interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis Anwendung findet.

Die Phase nach dem aktuellen Aggressionsereignis gilt wieder als *relativ normale Phase* (Phase 0x+1). In dieser Phase zeigen Bewohnende wieder ihr gewohntes Verhaltensmuster. Je nach Verarbeitung der Situation, kann dies die Bewohnenden und ihr Verhalten beeinflussen. Die Aufgabe der Pflegenden ist es, die Bewohnenden weiterhin bei der Verarbeitung des Aggressionsereignisses und dessen Integration in den Alltag zu unterstützen und ihnen wieder ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln. Hier können auch weitere Interventionen, wie Pharmakotherapie, psychologische Interventionen und ein Früherkennungsplan implementiert werden (Walter et al., 2012). Auch zu dieser Phase sind in der Literatur keine spezifischen pflegerischen Interventionen und Strategien beschrieben. Die Interventionen und Strategien, welche in Phase 0x beschrieben werden, lassen sich aber teilweise ebenfalls auf Phase 0x+1 anwenden. So zum Beispiel ist es weiterhin wichtig, dass Pflegende eine kontinuierliche Pflege an gleichen Bewohnenden fortsetzen, um den Bewohnenden ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln.
Ebenfalls ist es nötig, dass Pflegende die Bewohnenden erneut kennenlernen, da sich deren «Normalverhalten» aufgrund eines aggressiven Vorfalls nun von jenem «Normalverhalten» in Phase 0x unterscheiden kann.

5.3 Beantwortung der Fragestellung

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, folgende Fragestellung zu beantworten:
«Welche pflegerischen Interventionen und/oder Strategien zur Verhinderung und Verminderung aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen sind in der Literatur beschrieben?»

Anhand der untersuchten Studien der letzten zehn Jahre wurde ersichtlich, dass sich die Forschungslage zu aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alter- und Pflegeheimen noch in einem Anfangsstadium befindet.

Unterschiedliche Interventionen und Strategien von Pflegepersonal zur Verhinderung und Verminderung von aggressivem Verhalten wurden zwar in den Studien genannt, jedoch nur teilweise ausführlich beschrieben, weshalb sich die differenzierte Darstellung schwierig gestaltete.

Pflegerische Interventionen basieren auf dem pflegediagnostischen Prozess (Wieteck et al., 2019) und dem klinischen Wissen von Pflegefachpersonen (Herdman & Kamitsuru, 2016). Anhand der Studien wird nicht deutlich, ob die genannten Interventionen auf dem pflegediagnostischen Prozess basieren. Es ist anzunehmen, dass diese meist intuitiv vom Pflegepersonal in den jeweiligen Situationen ausgeführt wurden und sind daher nicht abschliessend auf evidenzbasierte pflegerische Grundsätze zurückzuführen. In der Literatur sind keine evidenzbasierten pflegerischen Interventionen zur Verhinderung und Verminderung von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen beschrieben. Laut Theorie werden pflegerische Interventionen von Pflegefachpersonen durchgeführt (Herdman & Kamitsuru, 2016). Jedoch bestehen die Stichproben der Studien grösstenteils aus Pflegehelfer/-innen beziehungsweise Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (CNA). Somit würden die beschriebenen Interventionen streng genommen nicht als pflegerische Interventionen gelten und dieser Teil der Fragestellung kann somit nicht klar beantwortet werden.

Der Teil der Strategien zur Verhinderung und Verminderung von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen konnte reichhaltig beantwortet werden. Strategien werden in der Literatur umfangreich genannt und teilweise genauer erläutert.

Gesamthaft kann die Fragestellung der Arbeit anhand der Ergebnisse unserer Recherche lediglich teilweise beantwortet werden.

6 Praxistransfer

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche mittels den vier Wissensquellen, *Ergebnisse aus der Pflegeforschung*, *Expertise der Pflegenden*, *Ziele und Vorstellungen der Bewohnenden* sowie *Umgebungsbedingungen* des *Evidence-based Nursing (EBN)-Modell* von Rycroft-Malone et al. (2004) kritisch hinterfragt und reflektiert sowie mögliche Konsequenzen und Implikationen für das Berufsfeld der Pflege aufgezeigt.

Für die Wissensquelle *Expertise der Pflegenden* konnten die Autorinnen dieser Arbeit ein Gespräch mit einer Person aus der Pflegepraxis, Frau Angelika Rüttimann, führen.
Frau Angelika Rüttimann ist klinische Pflegespezialistin und arbeitet in einer spezialisierten Pflegegruppe für Menschen mit einer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung. Neben dieser Tätigkeit studiert Frau Angelika Rüttimann Pflegewissenschaften an der Universität Basel. Das Forschungsinteresse von Angelika Rüttimann beinhaltet unter anderem das aggressive Verhalten der Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen.

Die genaue Beschreibung des *Evidence-based Nursing (EBN)-Modell* von Rycroft-Malone et al. (2004) ist im Kapitel 3.2 zu finden.

Ergebnisse der Pflegeforschung

Ergebnisse aus der Pflegeforschung bilden die Grundlage für das evidenzbasierte Handeln, um aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden vorzubeugen oder dieses zu minimieren.

Im Idealfall liegen evidenzbasierte Interventionen vor, welche Pflegende in ihrem Handeln unterstützen. Weiter können Richtlinien, beispielsweise in Form von Algorithmen, beim Vorgehen hilfreich sein. Alle Pflegenden müssen mit allfälligen Richtlinien vertraut sein, um deren Umsetzung zu ermöglichen. Hier ist es wichtig, dass ausgebildete Pflegeexperten und Pflegeexpertinnen im Fachbereich des Aggressionsmanagements in der Institution arbeiten. Diese sollen die Richtlinien laufend anpassen und aktuell halten. Dafür muss ihnen ein genügend grosses Zeitfenster zur Verfügung stehen und sie müssen die Möglichkeit haben, sich regelmässig zum Thema weiterzubilden. Vorteilsweise geben sie ihr Wissen an weiteres Pflegepersonal durch Coaching oder Fachvorträge weiter und unterstützen Mitarbeitende fallführend.

Der Forschungsstand zum Thema des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen aus den letzten zehn Jahren fällt eher gering aus und es gibt wenig wissenschaftlich fundiertes Wissen. Dies zeigt auf, dass die Entwicklung von evidenzbasierten Interventionen und Richtlinien, welche Pflegende darauf vorbereiten, wie sie zur Verhinderung und Verminderung von aggressivem Verhalten beitragen können, nötig sind, um eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung zu gewährleisten.

Expertise der Pflegenden

Die Ergebnisse aus der Literaturrecherche und dem Austausch mit der klinischen Pflegespezialistin Angelika Rüttimann zeigen, dass sich die Handlungen der Pflegenden in der Praxis des ganzen *Skills-Grade-Mix* meist auf bisherigen Erfahrungen stützen.
Für eine bestmögliche Umsetzung in den Praxisalltag ist es notwendig, die Erkenntnisse aus dem *Skills-Grade-Mix* zu sammeln und das Wissen zu bündeln.

Um die Entstehung von aggressivem Verhalten und dessen auslösende Faktoren zu erkennen, müssen Pflegende ausgeprägte Fertigkeiten der Wahrnehmung besitzen.
Sie müssen ihre Aufmerksamkeit auf bestimmte Aspekte und Verhaltensweisen lenken, um Aggressionssituationen frühzeitig zu erkennen und zeitig darauf zu reagieren (Walter et al., 2012). Da Medikamente einen möglichen Zusammenhang mit aggressivem Verhalten aufweisen können (Bonifas, 2015) müssen Pflegende in der Lage sein, Medikamentenwirkungen zu beurteilen und einzuschätzen (Walter et al., 2012). Auch dies benötigt eine zielgerichtete Wahrnehmung. Diese Kompetenz ergibt sich aus der Pflegeerfahrung und muss bei Handlungen mitberücksichtigt werden.

Durch die praktische Erfahrung, Beobachtungen und Inputs aus dem Team können Interventionen abgeleitet werden, welche einem Auftreten von aggressivem Verhalten vorbeugen. Eine Möglichkeit solcher Interventionen bietet laut der Pflegespezialistin Angelika Rüttimann die «wenn-dann-Intervention», welche Frau Angelika Rüttimann und ihr Team anwenden. Eine «wenn-dann-Intervention» könnte sich beispielsweise so zeigen: **WENN** Herr XY an seinem Hosensack zieht, **DANN** geht jemand von der Pflege mit Herr XY spazieren. Denn wenn Herr XY an seinem Hosensack zieht, ist das ein Zeichen von unruhigem Verhalten in seinem Fall und in der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass in solchen Fällen Herrn XY ein Spaziergang guttut und er danach wieder ausgeglichener ist.

Die Anwendung solcher Interventionen, welche auf Erfahrung der Pflegenden basieren, bieten dann einen Handlungsrahmen zur Vorbeugung von aggressivem Verhalten bei bestimmten Bewohnenden. Um solche «wenn-dann-Interventionen» zu erstellen, müssen Pflegende die Bewohnenden kennen und die Motivation haben, solche Verhaltensänderungen wahrzunehmen und daraus wirksame Interventionen abzuleiten. Diese abgeleiteten Interventionen sollen in der Pflegeplanung festgehalten und stetig evaluiert werden, damit sie für alle Mitarbeitenden des Pflegeteams zugänglich sind, aktuell bleiben und dadurch zur Verhinderung und Verminderung von aggressivem Verhalten beitragen können.

Ziele und Vorstellungen der Bewohnenden

Persönliche Erfahrungen und Werte von Bewohnenden im Pflegealltag zu berücksichtigen ist grundlegend für deren Wohlbefinden im alltäglichen Leben. Pflegende müssen dazu über bewohnerorientierte Kompetenzen wie Wärme, Empathie, Authentizität und Geduld verfügen und diese Fertigkeit des *Dabeiseins* im Umgang mit Bewohnenden leben (Walter et al., 2012).

Bei Neueintritten ist es wichtig, dass Assessments durchgeführt werden um Ziele, Vorstellungen und persönliche Erfahrungen des/der Bewohnenden zu ermitteln und diese als Wissensquelle im Pflegealltag zu nutzen. Durch eine interessierte und offene Haltung der Pflegenden können dabei mögliche Risikofaktoren für aggressives Verhalten erfasst werden und durch das Berücksichtigen der Werte und Vorstellungen eines/einer Bewohnenden im Pflegealltag das Auftreten von aggressivem Verhalten bestenfalls verhindert beziehungsweise vermindert werden. Erleben Bewohnende aggressives Verhalten in ihrem Alltag, ist die Beratungskompetenz der Pflegenden wichtig. Durch eine Beratung seitens der Pflegenden kann das Verstehen und die Einsicht über unvorteilhaftes Verhalten seitens der Bewohnenden gefördert werden und die Begleitung eines/einer Bewohnenden nach einem aggressiven Vorfall zurück in die Gesellschaft unterstützt werden. Pflegende können die Bewohnenden durch Beratung bei der Verarbeitung einer erlebten Situation und den damit verbundenen Gefühlen unterstützen und zu positiven Verhaltensänderungen beitragen (Walter et al., 2012).

Umgebungsbedingungen und Ressourcen

Für die Verhinderung und Verminderung von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden spielen verschiedene Umgebungsbedingungen eine Rolle. Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, um erforderliche Schritte zu ermöglichen (Walter et al., 2012). Institutionen müssen einen finanziellen Beitrag für Personal-Schulungen zum Thema aggressives Verhalten zwischen Bewohnenden leisten und benötigte Werkzeuge (beispielsweise spezielle Dokumentationsmaske für die Rapportierung von aggressivem Verhalten) für eine korrekte Dokumentation bereitstellen. Zudem soll die interprofessionelle Zusammenarbeit in den Institutionen gefördert werden, da diese einen wichtigen Beitrag zur Verminderung von aggressivem Verhalten leistet.

Durch das Durchführen von Schulungen können sich alle Pflegende im *Skills-Grade-Mix* Fähigkeiten und Kompetenzen im Erkennen und Umgang von aggressivem Verhalten aneignen mit dem Ziel, diese in der Praxis umzusetzen. Pflegende müssen sich Wissen zu Risiko- und Einflussfaktoren aneignen, um im Alltag Risikoeinschätzungen bei Bewohnenden vornehmen zu können. Weiter müssen Fähigkeiten in den Bereichen der Selbstwahrnehmung, Selbstregulation und selbstsicheren Auftretens erworben werden. Pflegende sollten fähig sein, mit angespannten Bewohnenden umzugehen sowie die Koordination von Mitarbeitenden und Handlungen übernehmen zu können.
Durch Kenntnisse über festgelegte Notfallabläufe einer Institution in Kombination mit eigener Entscheidungskompetenz sollten Pflegende in der Lage sein, Notfallmassnahmen einzuleiten und zu koordinieren. Psychomotorische Fähigkeiten (beispielsweise Selbstschutztechniken) und Kompetenzen der zielgerichteten Gesprächsführung und Kommunikation sind nötig, um in Situationen mit aggressivem Verhalten angepasst zu handeln (Walter et al., 2012).

Mittels Schulungen können Pflegende auf eine bessere Wahrnehmung der Umgebung und zentrale Merkmale des aggressiven Verhaltens sensibilisiert werden. Um Abweichungen des Normalverhaltens und Veränderungen der Bewohnenden zu rapportieren, müssen Pflegende geeignete Anlaufstellen oder Kontaktpersonen kennen, welche beim weiteren Vorgehen unterstützende Hilfestellung leisten. Weiter müssen Pflegende sich mit den zur Verfügung gestellten Dokumentationssysteme auskennen und wissen, wo die Verhaltensänderungen und Auffälligkeiten der Bewohnenden zu dokumentieren sind. Auch diese Informationen und Skills können mittels Schulungen vermittelt werden.

Eine korrekte Dokumentation sowie die Nachbearbeitung und Besprechung von Situationen des aggressiven Verhaltens im intra- und interprofessionellen Team sind grundlegend für eine bestmögliche Verhinderung und Verminderung zukünftiger Vorfälle.

Das Wissen des interprofessionellen Teams muss in Besprechungen und gemeinsamen Assessments eingesetzt und die beruflichen Stärken der Professionen gegenseitig anerkannt und wertgeschätzt werden. Für eine optimale Kommunikation im interprofessionellen Team sind Gesprächsführungs- und Kommunikationskompetenzen (beispielsweise das *aktive Zuhören*) von allen Beteiligten gefragt (Walter et al., 2012). Zudem sind koordinative Fähigkeiten bei der Planung von Mitarbeitenden und Handlungen im interprofessionellen Rahmen essenziell (Walter et al., 2012).

Gesellschaftlich muss eine Umgebung geschaffen werden, in welcher das aggressive Verhalten kein Tabuthema ist und dieses in der Unternehmenskultur einer Institution nicht als normal angesehen wird.

7 Schlussfolgerung

Wie die vorliegende Arbeit zeigt, ist das aggressive Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen ein noch eher unerforschtes Phänomen, zu welchem keine evidenzbasierten pflegerischen Interventionen zur Verhinderung und Verminderung vorliegen. Aggressives Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen muss eindeutig als Problem erkannt und auch als solches angesehen werden. Hierfür ist es wichtig, dass Pflegende an der Front, in der Lage sind, das Phänomen zu erkennen und dieses nicht als harmlos werten. Bisher wird das Phänomen durch Pflegende teilweise immer noch verharmlost. In Umgang damit kommt dem Austausch im intra- und interprofessionellen Team eine hohe Relevanz zu. Dieser kann mittels Besprechungen oder einer korrekt geführten Dokumentation gewährleistet werden und einen wertvollen Beitrag zur Prävention und Minimierung von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden leisten.

Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung und dem zunehmenden Anteil älterer Menschen kann angenommen werden, dass das Phänomen auch in Zukunft von hoher Bedeutung sein wird. Interventionsstudien sind notwendig, welche sich mit konkreten pflegerischen Interventionen bei aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen befassen und diese Interventionen auf ihre Nützlichkeit überprüfen. Dabei sollte sich das Forschungssetting auf Institutionen im europäischen Bereich ausweiten.

Schulungen mit gezielten Inhalten zum Phänomen können den Pflegenden eine wichtige Grundlage für den Umgang mit aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden liefern und ihnen die nötigen Kompetenzen vermitteln. So sind Forschungsergebnisse zur Implementierung des *SEARCH-Ansatzes* in der Praxis interessant. Die Autorinnen dieser Arbeit sind der Meinung, dass die Implementierung des *SEARCH-Ansatzes* in der Praxis einen positiven Beitrag zur Verhinderung und Verminderung von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen leisten kann.

Eine mögliche Fragestellung für weiterführende Forschung könnte sein:
«Welchen Einfluss haben Schulungsprogramme für Pflegepersonal auf Verhinderung und Verminderung von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen»?

8 Limitationen

Aus der Literaturrecherche mit der zeitlichen Begrenzung von zehn Jahren, geht eine schwache Datenlage zur Thematik von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen hervor. So konnten lediglich fünf Studien für die Bearbeitung der Fragestellung einbezogen werden. Dabei wurden in keiner Studie konkrete pflegerische Interventionen untersucht.

Weiter sind alle fünf Studien nordamerikanischen Ursprungs. Diesbezüglich können Begrenzungen hinsichtlich der Übertragung auf andere Länder, insbesondere auch die Schweiz, bestehen.

Die vorliegende Arbeit behandelt ausschliesslich das Setting Alters- und Pflegeheime in Bezug auf die Thematik des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden. Daher lassen sich die Ergebnisse möglicherweise nicht auf weitere Settings, wie zum Beispiel betreutes Wohnen oder Gerontopsychiatrie, in Hinblick auf den Themenbereich des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden übertragen.

Es muss berücksichtigt werden, dass die uneinheitliche Begrifflichkeit des Phänomens des aggressiven Verhaltens zwischen Bewohnenden bei der Literaturrecherche möglicherweise zu Einschränkungen geführt hat.

Literaturverzeichnis

Anderson, C. A. (2000). Violence and Aggression. In A. Kazdin (Hrsg.), *Encyclopedia of psychology* (Bd. 8, S. 162–169). Oxford University Press and the American Psychological Association. http://www.craiganderson.org/wp-content/uploads/caa/abstracts/2000-2004/EncPsy.pdf

Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung, Begriffe aus Forschung und Theorie*. Urban und Fischer.

Behrens, J., & Langer, G. (2016). *Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“* (4., überarbeitete und ergänzte Auflage). Hogrefe.

Bonifas, R. P. (2015). Resident-to-Resident Aggression in Nursing Homes: Social Worker Involvement and Collaboration with Nursing Colleagues. *Health & Social Work*, *40*(3), e101–e109. https://doi.org/10.1093/hsw/hlv040

Bundesamt für Statistik. (2019, März 19). *Gesundheit im Alter.* https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/alter.html

Bundesamt für Statistik. (2020a, November 19). *Alters- und Pflegeheime*. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.html

Bundesamt für Statistik. (2020b, November 20). *Schweiz-Szenarien*. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/schweiz-szenarien.html

Burnes, D., Syed, M., & Hsieh, J. (2020). Process Models to Understand Resident-to-Resident Aggression Among Residents With Dementia in Long-Term Care. *Journal of Applied Gerontology*. 1-10. https://doi.org/10.1177/0733464820955089

Caspi, E. (2016). Deaths as a Result of Resident-to-Resident Altercations in Dementia in Long-Term Care Homes: A Need for Research, Policy, and Prevention. *Journal of the American Medical Directors Association*, *17*(1), 7–11. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.10.003

Castle, N. G. (2012). Resident-to-Resident Abuse in Nursing Homes as Reported by Nurse Aides. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *24*(4), 340–356. https://doi.org/10.1080/08946566.2012.661685

CURAVIVA Schweiz. (2020, November 20). *Heimeintritt und Aufenthalt*. https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Heimeintritt-und-Aufenthalt/Heimeintritt/PaFCe/

DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). *Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model*. *12*(4), 99–101. https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b

Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache [dwds]. (o. J.). *Strategie.* Abgerufen 23. März 2021, von https://www.dwds.de/wb/Strategie

Dudenredaktion. (o. J.). *"Strategie"*. Abgerufen 24. März 2021, von https://www.duden.de/rechtschreibung/Strategie

Ellis, J. M., Ayala Quintanilla, B. P., Ward, L., Campbell, F., Hillel, S., Downing, C., Teresi, J., & Ramirez, M. (2018). A systematic review protocol of educational programs for nursing staff on management of resident-to-resident elder mistreatment in residential aged care homes. *Journal of Advanced Nursing*, *74*(8), 1975–1983. https://doi.org/10.1111/jan.13700

Ellis, J. M., Teresi, J. A., Ramirez, M., Silver, S., Boratgis, G., Kong, J., Eimicke, J. P., Sukha, G., Lachs, M. S., & Pillemer, K. A. (2014). Managing Resident-to-Resident Elder Mistreatment in Nursing Homes: The SEARCH Approach. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *45*(3), 112–121. https://doi.org/10.3928/00220124-20140223-01

Elvén, B. H., Agger, C., & Ljungmann, I. (2020). *Herausforderndes Verhalten bei Demenz* (Bd. 58). Ernst Reinhardt. https://content-select.com/media/moz_viewer/5e9ed4ef-a2a4-4061-a99f-3f99b0dd2d03/language:de

Görgen, T., Nowak, S., Reinelt-Ferber, A., Jadzewski, S., Taefi, A., Gerlach, A., & Heydenbluth, C. (2020). *Aggressives Handeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen als Herausforderung für die pflegerische Aus- und Fortbildung*. 4-178.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Hrsg.). (2016). *NANDA International, Inc. Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2015-2017* (H. Mosebach, M. Linhart, & P. Wieteck, Übers.). Recom.

International Council of Nurses [ICN]. (2002). *Nursing Definitions*. https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington,

D.C. https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf?sfvrsn=77937f97_2

Ketelsen, R., & Pieters, V. (2004). *Prävention durch Nachbereitung—Massnahmen zur tertiären Prävention*. (R. Ketelsen; M. Schulz; C. Zechert, Hrsg.). Psychiatrie-Verlag.

Lachs, Bachman, R., Williams, C. S., & O'Leary, J. R. (2007). Resident-to-Resident Elder Mistreatment and Police Contact in Nursing Homes: Findings from a Population-Based Cohort. *Journal of the American Geriatrics Society*, *55*(6), 840–845. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01195.x

Lachs, M. S., Teresi, J. A., Ramirez, M., van Haitsma, K., Silver, S., Eimicke, J. P., Boratgis, G., Sukha, G., Kong, J., Besas, A. M., Luna, M. R., & Pillemer, K. A. (2016). The Prevalence of Resident-to-Resident Elder Mistreatment in Nursing Homes. *Annals of Internal Medicine*, *165*(4), 229. https://doi.org/10.7326/M15-1209

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage.

McDonald, L., Hitzig, S. L., Pillemer, K. A., Lachs, M. S., Beaulieu, M., Brownell, P., Burnes, D., Caspi, E., Mont, J. D., Gadsby, R., Goergen, T., Gutman, G., Hirst, S. P., Holmes, C., Khattak, S., Lowenstein, A., Mirza, R. M., McNeill, S., Moorhouse, A., … Thomas, C. (2015). Developing a Research Agenda on Resident-to-Resident Aggression: Recommendations From a Consensus Conference. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *27*(2), 146–167. https://doi.org/10.1080/08946566.2014.995869

Murphy, B., Bugeja, L., Pilgrim, J., & Ibrahim, J. E. (2017). Deaths from Resident-to-Resident Aggression in Australian Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, *65*(12), 2603–2609. https://doi.org/10.1111/jgs.15051

Patterson, B., Leadbetter, D., & Miller, G. (2005). Beyond Zero Tolerance: A varied approach to workplace violence. *British Journal of Nursing*, *14*(15), 810–815. https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.15.18598

Pillemer, K., Chen, E. K., Van Haitsma, K. S., Teresi, J., Ramirez, M., Silver, S., Sukha, G., & Lachs, M. S. (2012). Resident-to-Resident Aggression in Nursing Homes: Results from a Qualitative Event Reconstruction Study. *The Gerontologist*, *52*(1), 24–33. https://doi.org/10.1093/geront/gnr107

Pillemer, K., & Moore, D. W. (1989). Abuse of Patients in Nursing Homes: Findings from a Survey of Staff. *The Gerontologist*, *29*(3), 314–320. https://doi.org/10.1093/geront/29.3.314

Richter, D. (2013). *Aggression in der Langzeitpflege. Ein differenzierter Überblick über die Problematik.* CURAVIVA Schweiz.

Ris, I., & Preusse-Bleuler. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW*. https://moodle0.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=1372014

Rosen, T., Lachs, M. S., Teresi, J., Eimicke, J., Van Haitsma, K., & Pillemer, K. (2016). Staff-reported strategies for prevention and management of resident-to-resident elder mistreatment in long-term care facilities. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *28*(1), 1–13. https://doi.org/10.1080/08946566.2015.1029659

Rosen, T., Pillemer, K., & Lachs, M. (2008). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. *Aggression and Violent Behavior*, *13*(2), 77–87. https://doi.org/10.1016/j.avb.2007.12.001

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, *47*(1), 81–90. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x

Snellgrove, S., Beck, C., Green, A., & McSweeney, J. C. (2013). Resident-to-Resident Violence Triggers in Nursing Homes. *Clinical Nursing Research*, *22*(4), 461–474. https://doi.org/10.1177/1054773813477128

Snellgrove, S., Beck, C., Green, A., & McSweeney, J. C. (2015). Putting Residents First: Strategies Developed by CNAs to Prevent and Manage Resident-to-Resident Violence in Nursing Homes. *The Gerontologist*, *55*(Suppl 1), S99–S107. https://doi.org/10.1093/geront/gnu161

Teresi, J. A., Ramirez, M., Ellis, J., Silver, S., Boratgis, G., Kong, J., Eimicke, J. P., Pillemer, K., & Lachs, M. S. (2013). A staff intervention targeting resident-to-resident elder mistreatment (R-REM) in long-term care increased staff knowledge, recognition and reporting: Results from a cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(5), 644–656. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.010

Terhalle, M. (2018). Strategie und Strategielehre. *Zeitschrift für Außen- und Sicherheitspolitik*, *11*(1), 83–100. https://doi.org/10.1007/s12399-017-0685-2

Tolstoi, L. N. (2020). *Wo die Liebe ist, da ist auch Gott: Erzählungen* (A. Luther & A. Eliasberg, Übers.; 8. Aufl.). Brunnen. (Originalwerk veröffentlicht 1885)

Trompetter, H., Scholte, R., & Westerhof, G. (2011). Resident-to-resident relational aggression and subjective well-being in assisted living facilities. *Aging & Mental Health*, *15*(1), 59–67. https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501059

Viva Luzern AG (Hrsg.). (2016). *viva! Das Magazin für Lebensfreude*. https://www.vivaluzern.ch/application/files/1715/8963/3672/viva_Magazin_-_Oktober_2016_-_Ausgabe_3.pdf

Walter, G., Nau, J., Oud, N., & Auer, A. (2012). *Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe* (1. Auflage). Verlag Hans Huber.

Watson, K., & Hatcher, D. (2020). Factors influencing management of agitation in aged care facilities: A qualitative study of staff perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, *30*(1–2), 136–144. https://doi.org/10.1111/jocn.15530

Wieteck, P., Hausherr, S., Berner, R., Mosebach, H., & Kraus, S. (2019). *Wissenschaftliche Hintergründe ENP (European Nursing care Pathways)*. RECOM GmbH. https://www.recom.eu/klassifikationen/enp-entwicklung/einleitung.html

Zentrum für Qualität in der Pflege [ZQP]. (2020). *Erarbeitung von Schulungsmaterial zum Thema aggressives Handeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen*.

Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Serdaly, C., Bassal, C., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2013). *Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonal in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz*. Universität Basel. https://bgm-ostschweiz.ch/wp-content/uploads/SHURP_Schlussbericht.pdf

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen (in %) 4
Tabelle 2 Keywords, Headings und MeSH-Terms 7
Tabelle 3 Ein- und Ausschlusskriterien 8
Tabelle 4 Präventionsstufen 17
Tabelle 5 Studienübersicht 21-22

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 9-Phasen-Modell mit Präventionsstufen 16

Danksagung

Wir möchten uns herzlich bei unserer Betreuungsperson, Frau Gerda Neumeyer, bedanken. Durch Ihre professionelle und konstruktive Beratung haben Sie uns gekonnt durch unsere Bachelorarbeit geleitet. Ihre fachliche Kompetenz half uns stets weiter, wenn wir einen «Chnopf im Chopf» hatten und nicht mehr weiterwussten. Vielen Dank!

Weiter möchten wir uns ebenfalls herzlich für die konstruktiven Feedbacks von [redacted] und [redacted] bedanken, durch welche wir unsere Arbeit optimieren konnten. Einen grossen Dank möchten wir auch an Frau [redacted] aussprechen, welche uns Einblicke in die Praxis im Umgang mit aggressivem Verhalten zwischen Bewohnenden von Alters- und Pflegeheimen der Schweiz ermöglichte.

Zum Schluss möchten wir uns natürlich auch gegenseitig danken! Durch die intensive Zeit, während dem Schreiben der Bachelorarbeit, konnte eine bereits sehr gute Freundschaft vertieft und gestärkt werden. Wir haben uns wunderbar ergänzt und sind dankbar, diese wertvolle Erfahrung zusammen gemeistert zu haben!

Wortzahl

Wortzahl des Abstracts: 196

Wortzahl der Bachelorarbeit: 11773

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Winterthur, 04.05.2021 Dübendorf, 04.05.2021

Sally Bühler Ronja Dähler

Anhang

Anhang A: Einverständniserklärung

Betrifft: Bachelorarbeit von Sally Bühler und Ronja Dähler, Studierende Pflege, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW).

Für die Bachelorarbeit wird eine Fachdiskussion mit der Pflegeexpertin Frau Angelika Rüttimann geführt. Die Expertise von Frau Angelika Rüttimann wird in den Praxistransfer der Arbeit einfliessen.

Ich, Frau Angelika Rüttimann, bin einverstanden, dass mein Name in der Bachelorarbeit von Sally Bühler und Ronja Dähler publiziert wird.
Ja x Nein □

Ich, Frau Angelika Rüttimann, bin einverstanden, dass besprochene Inhalte in der Bachelorarbeit von Sally Bühler und Ronja Dähler publiziert werden.
Ja x Nein □

Datum, Unterschrift: Embrach, 27.03.2021 [redacted]

Anhang B: Rechercheprotokoll

Datum Literaturrecherche	Datenbank	Suchsyntax/Eingrenzungen	Anzahl Treffer	Titelscreening	Abstract gelesen	Volltext gelesen	Eingeschlossene Ergebnisse
01.09.2020	CINAHL	resident-to-resident aggression **OR** resident-to-resident elder mistreatment **AND** (long-term care or longterm care **OR** nursing home or residential care) **AND** (intervention or treatment or prevention or management) **NOT** neglect *Eingrenzungen*: • Publikationsdatum: ab 2010 • Sprache: Deutsch und Englisch • Abstract vorhanden	27	27	27	7	Teresi et al. (2013) Rosen et al. (2016) Bonifas (2015)
01.09.2020	Pubmed	resident-to-resident aggression **OR** resident-to-resident elder mistreatment **AND** nursing homes **AND** intervention *Eingrenzungen*: • Publikationsdatum: ab 2010 • Sprache: deutsch und englisch • Abstract vorhanden	23	23	23	15	Rosen et al. (2016) Snellgrove et al. (2015) Burnes et al. (2020) Teresi et al. (2013)
18.02.2021	Pubmed	Resident-to-resident elder mistreatment **OR** resident-to-resident aggression **AND** violence **AND** nursing home **AND** prevention **AND** intervention **AND** strategies *Keine Eingrenzungen vorgenommen, da nur 3 Treffer.*	3	3	3	2	Rosen et al. (2016) Snellgrove et al. (2015)

18.02.2021	CINAHL	Resident-to-resident elder mistreatment **OR** resident-to-resident aggression **AND** violence **AND** nursing home **AND** prevention **AND** (intervention or strategies) *Eingrenzungen*: • Publikationsdatum: ab 2010 • Sprache: deutsch und englisch	26	26	26	4	Bonifas (2015)

Eingeschlossene Studien:

Bonifas, R. P. (2015). Resident-to-Resident Aggression in Nursing Homes: Social Worker Involvement and Collaboration with Nursing Colleagues. Health & Social Work, 40(3), e101–e109. https://doi.org/10.1093/hsw/hlv040

Burnes, D., Syed, M., & Hsieh, J. (2020). Process Models to Understand Resident-to-Resident Aggression Among Residents With Dementia in Long-Term Care. Journal of Applied Gerontology, 073346482095508. https://doi.org/10.1177/0733464820955089

Rosen, T., Lachs, M. S., Teresi, J., Eimicke, J., Van Haitsma, K., & Pillemer, K. (2016). Staff-reported strategies for prevention and management of resident-to-resident elder mistreatment in long-term care facilities. Journal of Elder Abuse & Neglect, 28(1), 1–13. https://doi.org/10.1080/08946566.2015.1029659

Snellgrove, S., Beck, C., Green, A., & McSweeney, J. C. (2015). Putting Residents First: Strategies Developed by CNAs to Prevent and Manage Resident-to-Resident Violence in Nursing Homes. The Gerontologist, 55(Suppl 1), S99–S107. https://doi.org/10.1093/geront/gnu161

Teresi, J. A., Ramirez, M., Ellis, J., Silver, S., Boratgis, G., Kong, J., Eimicke, J. P., Pillemer, K., & Lachs, M. S. (2013). A staff intervention targeting resident-to-resident elder mistreatment (R-REM) in long-term care increased staff knowledge, recognition and reporting: Results from a cluster randomized trial. International Journal of Nursing Studies, 50(5), 644–656. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.010

Anhang C: Zusammenfassung und Würdigung der Studien im AICA-Raster

Zusammenfassung der Studie: *Process models to understand resident-to-resident aggression among residents with dementia in long-term care (Burnes et al., 2020)*

Einleitung	**Problemstellung/Phänomen:** Resident-to-resident aggression (RRA) bezieht sich auf "negative und aggressive körperliche, sexuelle oder verbale Interaktionen zwischen Bewohner_innen aus Langzeitinstitutionen, die in einer Gemeinschaftsumgebung wahrscheinlich als unerwünscht aufgefasst würden und ein hohes Potenzial haben, physische oder psychische Probleme beim Empfänger zu verursachen. Um spezifische Präventions- und Managementstrategien zu entwickeln, ist wichtig zu verstehen, wie sich RRA in demenzspezifischen Einrichtungen entwickelt. Mit dieser Studie soll das Verständnis von RRA als Prozess dargestellt werden. **Forschungsfrage:** "Wie findet resident-to-resident aggression (RRA) in demenzspezifischen Langzeitpflegeeinrichtungen-Einheiten statt?" **Ziel:** Ziel dieser Studie war es, Prozessmodelle zu erstellen, die unterschiedliche und gemeinsame RRA-Pfade in demenzspezifischen Langzeitpflegeeinrichtungen widerzuspiegeln.
Methode	**Design:** qualitative Studie **Population:** Mitarbeiter_innen von demenzspezifischen Units in städtischen Langzeitpflegeeinrichtungen in Toronto, Kanada **Stichprobe:** • 16 Pfleger_innen • 13 persönliche Betreuungskräfte • 4 Bereichsleiter_innen/Koordinator_innen • 3 Sozialarbeiter_innen Die Teilnehmer_innen waren zum grössten Teil weiblich (92%) und repräsentierten verschiedene rassische/ethnische Hintergründe (weiss-nicht hispanisch 39%, schwarz 22%, weiss-hispanisch oder asiatisch 22% und unbekannt 19%) **Stichprobenziehung:** non-probability sampling **Studiengruppen:** 6 Fokusgruppen **Auswahl der Teilnehmenden:** Teilnehmer_innen wurden gezielt über Leiter_innen der Berufspraxis oder Abteilungsleiter_innen rekrutiert – je nachdem inwieweit das Personal mit den alltäglichen Dynamiken zwischen den Bewohner_innen vertraut war. à English-sprechend, arbeiten in demenzspezifischen Units, häufige und direkte Exposition zu Beziehungs-Dynamiken der Bewohner **Datenerhebung**: • Einmalig 6 Fokusgruppen-Interviews und 1 Einzelinterview (30-90min) • Semistrukturiertes Interviewformat (damit Gespräch gelenkt werden kann + Möglichkeit besteht, unerwartete Themen aufkommen zu lassen) • Die Fokusgruppen fanden in einem privaten Raum der Langzeitpflegeeinrichtung während der geplanten Teamsitzungen statt oder zu einem, für die Teilnehmer_innen, günstigen Zeitpunkt. • Die Fokusgruppen wurden hauptsächlich mit separaten Mitarbeitergruppen durchgeführt, um vorbestehende/implizite berufliche Hierarchien zu beseitigen, die eine individuelle Teilnahme behindern könnten. • Datensättigung: Die Datensammlung wurde beendet, sobald ein Sättigungspunkt erreicht war und keine neuen Codes mehr erstellt wurden. • Daten wurden transkr biert **Methodologie**:

	• Die qualitative Fokus-Gruppen-Methode erleichtert das Generieren von Informationen zu wenig untersuchten Themen und hilft beim Verstehen komplexer Phänomene (z.B. RRA) durch die Synergie von kollaborativen Teilnehmer_innen. • Beeinflusst durch Wissen aus früheren Studien, wurden die Forschenden von einer sozial-ökologischen Perspektive geleitet., welche sozial, institutionelle und kulturelle Elemente von Mensch-Umwelt-Interaktionen untersucht. Dies Perspektive betrachtet RRA als Höhepunkt von zusammenfließenden Faktoren, welche den individuellen Bewohner, den Kontext zwischen den Bewohnern und das Langzeitsetting betreffen. **Datenanalyse**: • Datenerfassung und –analyse erfolgte gleichzeitig. • Qualitative Software NVivo (QSR International) wurde verwendet für analytischen Prozess (Identifizierung, Sortierung, Gruppierung von Schlüsselaussagen der Transkripte) • Transkripte wurden Zeile für Zeile offen kodiert • Während iterativ (wiederholendem), konstantem Vergleichsprozess tauchten zentrale Codes auf, welche für das Erstellen von Kategorien und Subkategorien genutzt wurden • Theoretische Kodierung wurde verwendet, um die Beziehung zwischen den Kategorien zu konzeptualisieren. **Qualität**: • Zwei Autor_innen kodierten unabhängig voneinander die Transkriptdaten und überprüften die Codes bei persönlichen Treffen, um die Kodierungen zu vergleichen und zu gemeinsamen Kategorien zu gelangen. • Ein audit trail wurde durch detaillierte Memos, analytische Notizen und das NVivo-Analyseprotokoll geführt. **Ethik**: Die ethische Genehmigung für diese Stude wurde vom University of Toronto Research Ethics Board erteilt. Von allen Teilnehmenden wurde eine informierte Zustimmung eingeholt.
Ergebnisse	**Was sind die Ergebnisse?** Es wurden **zwei RRA-Prozessmodelle** für Bewohner_innen in demenzspezifischen Langzeit-Units aus den Daten erstellt. Die Daten wurden in zwei Konzepte eingeteilt: "Reaktionsverhalten" und "unerfüllte Bedürfnisse". Spezifisches Verhalten und unerfüllte Bedürfnisse sowie die Identif kation der Reize ergeben sich aus den Berichten der Studienteilnehmer_innen. Zudem werden **Interventionen**, welche aus den Antworten des Personals herausgehen, thematisiert. **<u>Modell 1: mehrstufiger interaktiver RRA-Prozess</u>** à Aggressives Verhalten ist ein Nebeneffekt einer Interaktion Enthält drei aufeinanderfolgende Teile: a) Aktion eines Bewohners (A) durch Reize, unerfüllte Bedürfnisse und/oder störendes Verhalten b) Reaktion eines Bewohners (B) zeigt sich durch Verunsicherung/Agitation oder aggressives Verhalten c) Potenzielle Eskalation <u>Aktion eines Bewohners (A)</u> Reize: interne (Bewohner) Faktoren, externe (Umgebung), Kontext (z.B. Mitarbeiter) --> häufigsten interne Reize: physiologisches oder gesundheitliches Problem (z. Verstopfung), historisch verwurzelte oder fest verwurzelte Tendenzen (z. B. Bedürfnis nach Sauberkeit) oder demenzbedingte Faktoren (z. B. Halluzinationen) Unerfüllte Bedürfnisse: häufigsten unerfüllten Bedürfnisse: Mangel an sozialer Interaktion oder Unruhe Störendes Verhalten: alternativ zu störendem Verhalten, kann das reaktive Verhalten auch gutartig bzw. Zufällig/unangepasst sein und dadurch Bewohner (B) verunsichern oder beunruhigen à Reize können unerfüllte Bedürfnisse triggern und diese wiederum störendes Verhalten auslösen. <u>Reaktion eines Bewohners (B)</u> kann durch Einschränkungen der kognitiven Verarbeitung (Mangel an Verhaltenskontrolle und/oder Emotionsregulationsmechanismen) zustande kommen --> Mangel an Kontrolle

	zeigt sich am häufigsten durch Schreien, Schubsen oder Schlagen <u>Potenzielle Eskalation</u> Illustriert unterschiedliche Ausmasse der aggressiven Interaktion: • Stoppen des aggressiven Verhaltens von BW (B) • mögliche Eskalation durch Fortführung des Verhaltens von BW (B) • Bi-direktionale Eskalation, bedingt durch BW (A und B) • Potenzielle Gruppen-Eskalation: mehrere BW mischen sich ein bzw. Fühlend sich gestört durch ein bestimmtes Verhalten von BW (A) oder BW (B) **<u>Modell 2: Mehrstufiger einseitig bedingter RRA-Prozess</u>** à RRA-Prozess vollständig von Aktion und kognitiven Einschränkungen des BW (A) gesteuert, BW (B) wird nur zufällig/unabsichtlich miteinbezogen • BW (A) reagiert aggressiv (im Gegensatz zu Modell 1) • Beinhaltet auch grundlose und unvorhersehbare RRA-Vorfälle: z.B. BW (A) steht plötzlich auf und schlägt BW (B) ins Gesicht --> auch durch BW (A) initiiert **<u>Staff Interventions</u>** Werden auch in Modell 1 und 2 dargestellt, anhand des RRA-Prozesses *Staff Interventions fokussieren auf* • frühe Identifikation oder Anpassung der auslösenden Reize • Unerfüllte Bedürfnisse erkennen und beheben • Aggressives Verhalten bereits vorhanden: Minimiren und deeskalieren • Alternative Verhaltensweise unterstützen, um aggressives Verhalten zu stoppen • BW physisch trennen *Prävention:* • Mitarbeiter an vorderster Front stärken, kleine Veränderungen bei den BW zu erkennen und diese melden • Kommunikation mit interprofessionellem Team à Kommun kation ist "Key" **Wie werden die Ergebnisse präsentiert?** Tabellen der RRA-Prozess-Modelle, Ergebnisse werden mit Zitaten von Teilnehmer_innen unterstrichen
Diskussion	**Diskussion und Interpretation der Ergebnisse:** Diese Studie versuchte aufzuzeigen, wie resident-to-resident aggression (RRA) im Kontext von demenzspezifischen Einheiten auftritt. Aufbauend auf früheren Untersuchungen die resident-to-resident aggression (RRA) in kategorischen Begriffen beschrieben (z.B Auslöser, Art und Orte), wollte diese Studie das Verständnis von resident-to-resident aggression (RRA) als Prozess, welcher sich zwischen zwei oder mehreren Bewohner_innen in Demenzeinrichtungen entfaltet, vertiefen. **Implikationen für die Praxis:** *<u>Identifizieren Impulsquelle/Reize</u>* • Es ist wichtig, jeden/jede Bewohner_in indivduell zu kennen, um mögliche Impulsquellen für Aggressionen zu identifizieren • Sammeln von Informationen durch: Beobachtungen während des Aufnahmeprozesses bei Eintritt, Verwendung von Begleitinformationen von Anderen Gesundheits- und Dienstleistungsanbietern, Interviews mit Familien • Trial-error Ansatz ist wichtig für die Aufdeckung von Impulsquellen und das Entwickeln von Strategien • In Übereinstimmung mit der sozial-ökologischen Perspektive muss die Bewertung von Impulsquellen physiologische, soziale, und umweltbedingte Grundursachen berücksichtigen • Verhaltungsunterstützungsprogramme (z.B P.I.E.C.E.S) können bei der Beurteilung und Identifizierung von Impulsquellen und auslösenden Faktoren helfen *<u>Ungedeckte Bedürfnisse ansprechen</u>* • Aus physiologischer Sicht können pharmakologische Interventionen erforderlich sein (aufgrund biochemischer, psychiatrischer oder gesundheitsbezogener Bedürfnisse)

	• Grundbedürfnisse (z.B Müdigkeit oder Hunger/Durst) können auch mit neu ausgerichteten Schlaf- und Essroutinen gelöst werden • Ausgelöste Unruhe in physischer Umgebung könnten mit z.B breiten Fluren, grossen Aufzügen minimiert werden • Bewohner_innen welche ängstlich/unruhig sind können von beruhigender Musik, gedämmten Licht, Ruhe oder erweiterten Methoden zur Wiederherstellung des sensorischen Gleichgewichts profitieren. • Um sich an der gestörten Realitätswahrnehmung von Bewohner_innen zu orientieren, ist es auch möglich kleine Notlügen zu benutzen, um sich den unerfüllten Bedürfnissen anzupassen --> "f blet"-Strategie • Interaktion mit Bewohner_innen sollen mit Empathie und zwischenmenschlicher Verbundenheit durch Personal stattfinden • Minimierung der Auswirkungen von störendem Verhalten • Minimierung der Erregungs- /Reizungseffekts ist entscheidend für Vermeidung einer aggressiven Interaktion • Umleitung und Ablenkung von Bewohner_innen minimieren störendes Verhalten • Durchgehende Flure sind architektonisch vorteilhaft im Vergleich zu Fluren, welche umherwandernde Bewohner_innen in persönliche Bereiche oder angrenzende Räume führen. • Umlenkungsstrategien variieren stark von Bewohner_in zu Bewohner_in und deren Art des störenden Verhaltens *Unterstützen alternativer Lösungsquellen (supporting alternative response??)* • Um eine aggressive Reaktion zu verhindern, muss die Aufmerksamkeit auf andere Bewohner_innen gerichtet werden, welche als Reaktion auf demenzbedingte, störende Verhaltensweisen unruhig werden könnten. • Dazu gehört, Umlenkungs-/Ablenkungsstrategien bei den anderen Bewohner_innen • Beruhigungsstrategien, welche validierende, empathische oder sanfte Überredungstechniken beinhalten können auch unterstützend sein. *Aggressives Verhalten stoppen* • Sobald eine aggressive Handlung eingeleitet wird, besteht die Notwendigkeit einer schnellen Reaktion, um eine Eskalation zu verhindern. • Übliche Techniken hierzu wären (physisch + verbal): Trennung und/oder Umleitung der Bewohner_innen, beruhigen) *Brainstorming zur Rückfallvermeidung* • Nach einem RRA-Vorfall ist es wichtig den Prozess bei der Entstehung zu verstehen, damit eine Wiederholung verhindert werden kann. • Hier wäre eine multidisziplinäre Kommunikation von nutzen, um das Problem aus verschiedenen Perspektiven anzuschauen (Pflege, Betreuungspersonal, Sozialarbeiter_innen, Psychiater_innen, Geriater_innen) **Limitationen:** • Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse ist durch die Methodik der Forschungsgruppe eingeschränkt • Teilnehmer_innen wurden aus zwei städtischen Pflegeinrichtungen rekrutiert, welche möglicherweise über andere Präventionsressourcen verfügen als Einrichtungen aus ländlichen Gebieten. • Prozessmodelle wurden nur auf der Grundlage der Antworten aus den Fokusgruppen und der Interviews mit dem Mitarbeiter_innen, welche direkten Kontakt mit den Bewohner_innen hatten, der Pflegeeinrichtungen entwickelt --> zukünftige Forschungen würde dadurch gestärkt werden, wenn die Integration anderer Quellen der Datenerhebung genutzt würden (z.B direkte Beobachtung von Interaktionen zwischen den Bewohner_innen durch die Forscher_innen). **Schlussfolgerung:** • Diese Studie stellt **einer** der bisher umfassendsten Untersuchungen von resident-to-resident aggressio (RRA) in demenzspezifischen Einheiten dar. • Zusammen mit der aggressionszentrierten Konzeptualisierung von resident-to-resident aggression (RRA) binden die Ergebnisse das Phänomen an zusätzliche Vorläuferüberlegungen - einschliesslich Impulsquellen (source stimuli) und unerfüllte Bedürfnisse • Die Ergebnisse erleichtern Entwicklung verschiedener personenzentrierter Präventivstrategien einschliesslich: Identifizierung der Impulsquellen, Behandlung unerfüllter Bedürfnisse, Minimierung von störendem Verhalten, alternativer Lösungsmöglichkeiten, das Stoppen aggressiver Handlungen und die proaktive Entwicklung von Ideen zur Vermeidung von Rückfällen • Die erstellten Modelle dieser Studie können helfen, das Verständnis von resident-to-resident aggression (RRA) als Prozess zu erweitern und Interventionsmöglichkeit für das Personal, Management zu erleichtern und Rückfälle verhindern zu können.

Würdigung der Studie: Process models to understand resident-to-resident aggression among residents with dementia in long-term care (Burnes et al., 2020)

Einleitung	**Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege?** Resident-to-resident aggression (RRA) ist ein Phänomen, welches gemäss Literatur ca. 20% der Bewohner_innen innerhalb eines Monates erlebt hatten. Neue Erkenntnisse haben zusätzlich aufgezeigt, dass Zusammenhänge zwischen RRA-Ereignissen und der Mortalität der Bewohnenden in Langzeitinstitutionen bestehen. **Phänomen/Ziel** Phänomen und Ziel wurden klar beschrieben. **Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?** Interventionen für Prävention und Management von resident-to-resident aggression (RRA) bisher kaum in der Literatur beschrieben. RRA ist meist zweidirektionales Phänomen. Daher würde die Interventionsentwicklung für RRA von Prozessmodellen profitieren, die gemeinsame RRA-Pfade und wichtige Interventionspunkte für das Management und Prävention beschreiben.
Methode	**Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar?** Qualitative Ansatz ist geeignet für die Datenerhebung von einem wenig erforschten Thema – daher logisch und nachvollziehbar. **Stichprobe:** • Stichprobenziehung ist für qualitativer Ansatz angebracht • Setting und Teilnehmer_innen wurden reichhaltig beschrieben • Teilnehmer_innen waren als Informanten geeignet, da sie RRA bzw. der Beziehungsdynamik von Bewohner_innen ausgesetzt sind. **Datenerhebung:** • Vorgehensweisen bei der Datenerhebung wurde dargestellt, indem z.B Einsicht in den Interviewfragebogen gewährt wurde. • Datensättigung wurde diskutiert und erreicht **Methodologie:** • Standpunkt der Forschenden wird benannt und Perspektive erläutert • Methodologische Ansatz erfolgt sinnvoll aus der Fragestellung. • Das methodische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Forschungsansatz überein. **Datenanalyse:** • Das Vorgehen bei der Datenanalyse wurde klar und nachvollziehbar beschrieben • Referenzierung bei Analysemethoden wurde durchgeführt • Analytische Schritte wurden genau beschrieben • Audit trail wurde geführt • Glaubwürdigkeit wurde sichergestellt durch zwei Autor_innen, welche unabhängig voneinander die Codes der Transkriptdaten überprüften. Kodierungen wurden bei persönlichen Treffen miteinander verglichen, um zu gemeinsamen Kategorien zu gelangen. **Ethik**: • Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert • Genehmigung wurde vom Ethics Board der University Toronto eingeholt, sowie die Einverständniserklärung aller Teilnehmer_innen

Ergebnisse	**Werden die Ergebnisse verständlich präsentiert?** • Konzepte werden mit Zitaten der Teilnehmer_innen bestätigt. • Reichhaltigkeit der Daten wird aufgezeigt • Konzeptualisierung der Forschenden stimmt mit den Daten überein • Für das bessere Verständnis werden Auslöser und Interventionen in die Prozessmodelle miteinbezogen. Dies führt zu einem gesamtheitlichen Bild des Phänomens RRA.
Diskussion	**Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar?** • Die Ergebnisse leisten einen Beitrag zum besseren Verstehen des Gesamtprozesses • Implikationen für die Praxis zeigt bereits einige Strategien auf, welche sicherlich von der breiten Masse angewendet werden könnten (falls diese so noch nicht angewendet wurden) **Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?** • Ja, im Diskussionsteil, bzw. Impl kation in die Praxis werden mehrere Verweise zu empirischer Literatur gesetzt und diskutiert.

Güte/ Evidenzlage:
Qualitatives Forschungsdesign (verkürzter Katalog nach Lincoln & Guba): *Positives wird mit + und Negatives mit - gekennzeichnet*

Confirmability (Bestätigung):
+ Standpunkt der Forschenden wird benannt und Perspektive erläutert
+ zwei Autoren_innen Prüfung der Kodierung der Transkriptdaten

Dependability (Zuverlässigkeit):
+ Prozess der Datenerhebung + Datenanalyse klar beschrieben
+ Vorgehensweisen bei der Datenerhebung wurde dargestellt, indem z.B. Einsicht in den Interviewfragebogen gewährt wurde.
+ Datensättigung wurde diskutiert und erreicht
+ Audit trail wurde geführt

Credibility (Glaubwürdigkeit):
+ Forscher-Triangulation: mehrere Forscher an Studie beteiligt
+ Glaubwürdigkeit wurde sichergestellt durch zwei Autor_innen, welche unabhängig voneinander die Codes der Transkriptdaten überprüften. Kodierungen wurden bei persönlichen Treffen miteinander verglichen, um zu gemeinsamen Kategorien zu gelangen.
+ Methoden-Triangulation: Interviews und Fokusgruppen
- kein "member-checking" durchgeführt

Transferability (Übertragbarkeit): Nützlichkeit, Generalisierbarkeit
+ Setting und Stichprobe sind reichhaltig beschrieben
- Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse ist durch die Methodik (Fokusgruppen) der Forschungsgruppe eingeschränkt
- Teilnehmer_innen wurden aus zwei städtischen Pflegeinrichtungen rekrutiert, welche möglicherweise über andere Präventionsressourcen verfügen als Einrichtungen aus ländlichen Gebieten –> Übertragbarkeit auf ländliche Pflegeeinrichtungen beschränkt

Evidenzlevel der Studie: Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe der 6 S Pyramide nach DiCenso, Bayley & Hayney (2009), da es sich um eine Originalstudie handelt.

Zusammenfassung der Studie: *Staff-reported strategies for prevention and management of resident-to-resident elder mistreatment in long-term care facilities (Rosen et al. 2016)*

Einleitung	**Problemstellung/ Phänomen** Resident-to-resident elder mistreatment (R-REM): Wenn Bewohner mit Verhaltensstörungen in unmittelbarer Nähe zueinander leben und häufig miteinander interagieren, führt dies häufig zu negativen verbalen, körperlichen und sexuellen Interaktionen, die ein hohes Potenzial haben, körperliche oder psychische Probleme beim Empfänger zu verursachen. Es g bt nur wenige Schulungsmaterialien oder Richtlinien für die Prävention, Intervention und das Management von R-REM, so dass das Personal gezwungen ist, informelle Strategien zu entwickeln, um auf dieses Phänomen zu reagieren. **Ziel** Das Ziel der Untersuchung war es, die Erfahrungen des Pflegeheimpersonals mit R-REM und die Reaktionen auf R-REM vollständiger zu beschreiben und zu charakterisieren.
Methode	**Design**: qualitativ-explorative Studie **Population**: certified nurse's assistants (CNAs) von Alters- und Pflegeheimen **Stichprobe**: 282 zertifizierten Pflegehelfern (CNAs), die in der Tagesschicht arbeiteten (28,1 % der gesamten CNA-Belegschaft) in 5 großen, gemeinnützigen städtischen Pflegeheimen in New York **Stichprobenziehung**: non-probability sampling **Studiengruppen**: eine **Auswahl der Teilnehmenden:** Beschreibung: CNAs in Tagessicht Begründung: CNAs sind die Pflegekräfte an vorderster Front, die das größte Potential haben, Einblicke in R-REM und deren Prävention und Management zu geben. (in Limitationen beschrieben) **Datenerhebung**: Es wurden einmalig private Einzel-Interviews mit den CNAs bezüglich des Verhaltens jedes untersuchten Bewohners, welcher an der Studie teilnahm, durchgeführt. Diese Interviews dauerten durchschnittlich 16 Minuten. Die Interviews wurden mit Hilfe eines strukturierten Fragebogens durchgeführt, in dem zunächst abgefragt wurde, ob die CNA innerhalb der letzten zwei Wochen Zeuge irgendeiner Form von körperlichem, verbalem oder sexuellem R-REM durch einen der von ihr betreuten Bewohner geworden war. Für jedes Ereignis baten wir die CNAs, über jede Reaktion oder Intervention zu berichten, die sie durchführten bzw. versuchten. Die Mitarbeiter konnten bis zu drei Antworten für jedes beobachtete Verhalten angeben. Diese Reaktionen wurden von dem Interviewer aufgezeichnet. Aufgrund der Antworten von Mitarbeiter_innen wurden die verschiedenen Reaktionen Kategorien zugeteilt. Kategorien wurden aufgrund mehrerer Besprechungen von Forschenden erstellt. **Datenanalyse**: Die Mitarbeiter gaben während der Interviews zweiundzwanzig verschiedene Reaktionen auf R-REM-Verhaltensweisen an. Jede Antwort wurde einer Kategorie zugeordnet, um eine tiefer gehende Analyse des Mitarbeiterverhaltens zu ermöglichen. Diese Kategorien wurden auf der Grundlage eines Konsenses zwischen den Untersuchern nach mehreren Treffen erstellt. Die Häufigkeiten der Mitarbeiter Antworten wurden sowohl einzeln als auch innerhalb der Kategorien analysiert. **Ethik**: Das Pflegeheimpersonal könnte aus Angst vor Sanktionen durch Vorgesetzte oder Angehörige der Bewohner zu wenig berichten (Rosen, Pillemer & Lachs, 2008). Wir haben versucht, diese potenzielle Voreingenommenheit zu minimieren, indem wir private, anonyme Interviews mit jeder CNA durchgeführt haben. Von allen Teilnehmern wurde die schriftliche Zustimmung eingeholt. Diese Studie wurde vom Institutional Review Board (IRB) des Weill Cornell Medical College genehmigt. Wenn einzelne Einrichtungen über eigene IRBs verfügten, wurde die Genehmigung zusätzlich von diesen IRBs eingeholt.

Ergebnisse	**Was sind die Ergebnisse?** Von den 282 Teilnehmerinnen berichtet 97 auf Vorfälle (Verhalten) von total 182 Bewohner_innen reagiert zu haben: Die häufigsten Reaktionen des Personals waren - das Management einzelner Vorfälle/Reaktionen (12 verschiedene Reaktionen innerha b dieser Kategorie) - Antizipation zukünftiger Vorfälle/Langzeitprävention (4 verschiedene Antworten) - Berichterstattung/Dokumentation/Eskalation für ein möglicherweise endgültiges Management (5 verschiedene Antworten) - Viele CNAs berichteten auch, dass sie nicht eingriffen und das Verhalten weiter zuließen. → 4 Kategorien für Reaktionen (siehe Tabelle 2, S. 12) Die häufigsten individuellen Reaktionen waren: physisches Eingreifen/Trennen von Bewohnern, ruhiges Sprechen, um Bewohner zu beruhigen, kein Eingreifen und verbales Eingreifen, um die Situation zu entschärfen. Das Umsetzen der Bewohner und das Umlenken oder Ablenken der Bewohner waren ebenfalls häufig verwendete Ansätze. **Wie werden die Ergebnisse präsentiert?** Tabellen mit jeweiligen Antworten (Reaktionen) auf R-REM der Teilnehmenden, unterteilt in 4 Kategorien. Keine konkreten Zitate.
Diskussion	**Diskussion und Interpretation der Ergebnisse** • bestimmte Bewohner zeigen häufig R-REM-Verhaltensweisen à Umgang gestaltet sich komplex und herausfordernd (Tabelle 3) • Oft wissen die Pflegekräfte jedoch einfach nicht, wie sie reagieren sollen. • Das Personal dokumentierte das R-REM-Verhalten nur bei 2,2 % der Bewohner in einem Verhaltensprotokoll. Außerdem wurden nur wenige Fälle von R-REM in den Krankenakten oder in den Berichten über Zwischenfälle/Unfälle dokumentiert. Dieser Mangel ist nicht überraschend, da viele Pflegeheimmitarbeiter oft wenig Zeit haben, um grundlegende Pflegeaufgaben zu erledigen. Es spiegelt vielleicht auch die Einstellung wider, dass R-REM ein normales Bewohnerverhalten ist, was eine Meldung unnötig macht. • viele Mitarbeiter in Pflegeheimen betrachten R-REM-Verhalten möglicherweise als normalen, unvermeidbaren Teil der Interaktion zwischen Bewohnern und daher wenig oder nichts unternehmen, wenn es zu Zwischenfällen kommt. • In dieser Studie benachrichtigten die CNAs nur bei 2,7 % der Bewohner, die R-REM zeigten, eine Pflegefachkraft und nur bei 1,1 % den Sozialdienst, was darauf hindeutet, dass sie nicht bereit sind, diese Probleme zu deeskalieren oder einen multidisziplinären Ansatz für das R-REM-Management zu wählen • Ergebnisse deuten darauf hin, dass Ärzte proaktiv nach herausfordernden Verhaltensweisen von Bewohnern fragen müssen, um sich an der Prävention und dem Management von R-REM zu beteiligen • die überwiegende Mehrheit der Strategien waren reaktiv und beinhaltete die Entschärfung der bestehenden Situation, anstatt zukünftige Ereignisse zu verhindern • Berichtete Präventive Strategien: das Antizipieren von Bewohnerbedürfnissen, die Etablierung einer Routine, eine Nylonbarrikade mit Alarm, um das Betreten des Zimmers durch Wanderer zu verhindern, und die wachsame Beobachtung der Bewohner --> Obwohl das Personal diese Strategien nur bei 12,1 % der Bewohner einsetzte, die R-REM-Verhaltensweisen zeigten, zeigt ihre Anwendung, dass die Pflegekräfte anerkennen, dass R-REM ein chronisches Problem ist, bei dem Vorbeugung besser sein kann als nur die Behandlung von Problemen, wenn sie auftreten. Diese und verwandte Strategien können als eine erste Grundlage für die Entwicklung zukünftiger evidenzbasierter Präventions- und Managementempfehlungen dienen. • Da es keine Untersuchungen zur Wirksamkeit von Strategien zum Umgang mit R-REM-Verhalten gibt, haben sich die Forscher bei dieser Analyse auf die vorhandene Literatur zum Umgang mit aggressivem oder unruhigem Verhalten bei kognitiv eingeschränkten Bewohnern von Pflegeheimen gestützt und die Hypothese aufgestellt, dass R-REM eine Variante oder eine extreme Form dieser Verhaltensweisen sein könnte. Der "personenzentrierte" Ansatz in der Demenzpflege (Kitwood & Bredin, 1992) betont die Identifizierung unbefriedigten Bedürfnisse von Bewohnern_innen, wenn ein kognitiv beeinträchtigter Pflegeheimbewohner sich aggressiv verhält, und den Versuch, diese anzusprechen. Teilnehmer_innen der Studie, wendeten diesen Ansatz als Strategie ebenfalls an. • Unsere Untersuchung ergab, dass das Personal keine Maßnahmen als Reaktion auf das R-REM-Verhalten von fast einem Viertel der Bewohner ergriff. Dieses Ergebnis stimmt mit früheren Untersuchungen zu unruhigem Verhalten bei Pflegeheimbewohnern überein, die ergaben, dass in 25 % der Fälle keine pflegerische Beurteilung oder Intervention vorgenommen wurde (Souder & O'Sullivan, 2003). **Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung** • aktuellen Empfehlungen: nicht-pharmakologische Methoden als First-Line-Behandlung für demenzbedingte Verhaltensprobleme eingesetzt werden sollten, wobei die Medikation als letzter Ausweg für Bewohner reserviert ist, die ein Risiko für schweres Leiden oder körperliche Schäden für das Personal oder andere Bewohner darstellen (Ballard & Waite, 2006; American Association for Geriatric Psychiatry, 2003). • Wenn das Pflegepersonal R-REM nicht meldet, wenn es auftritt, werden die Prävalenz und die Bedeutung des Phänomens weiterhin unterschätzt und unterbewertet. Daher sollte eine universelle Dokumentation dieser Verhaltensweisen durch das Pflegepersonal stark gefördert werden. • Berichtete Präventive Strategien könnten Teil längerfristigen Präventionsstrategien werden

	• Es ist mehr Aufklärungsarbeit nötig, um zu ermutigen, das R-REM-Verhalten als vermeidbar zu konzeptualisieren. R-REM (als eine Untergruppe schwieriger Verhaltensweisen im Allgemeinen) kann verhindert werden, indem die Bedürfnisse der Bewohner antizipiert und das Personal für die Einflüsse der Umgebung auf das Verhalten sensibilisiert wird. Es ist mehr Aufklärung erforderlich, um einen multidisziplinären Teamansatz bei der Pflegeplanung zu fördern, um die komplexe und multikausale Natur des R-REM-Verhaltens zu berücksichtigen. • Insbesondere die Beteiligung von Ärzten/Ärztinnen und psychiatrischen Fachkräften ist in vielen Pflegeheimen zwar eine Herausforderung, da sie nicht an den regelmäßigen Pflegebesprechungen teilnehmen, sondern nur als Berater fungieren, aber sie ist für die Entwicklung ganzheitlicher Pflegeansätze für diese Personen entscheidend. • Letztlich muss die Wirksamkeit der bestehenden Maßnahmen und das Potenzial für eine verstärkte multidisziplinäre Zusammenarbeit genauer untersucht werden, wobei ein zentrales Ziel zukünftiger Forschung die Entwicklung umfassender evidenzbasierter Interventionen zur Unterstützung des Personals und zum Schutz der Bewohner sein sollte.

Würdigung der Studie: *Staff-reported strategies for prevention and management of resident-to-resident elder mistreatment in long-term care facilities (Rosen et al. 2016)*

Einleitung	**Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege?** Das Phänomen wird klar beschrieben, bisher nur begrenzte Literatur vorhanden, welche Reaktionen des Pflegepersonals auf aggressives Verhalten in Langzeitpflegeeinrichtungen untersucht. Relevant für die Pflege daher, da erhöhte Prävalenz vorhanden und schwerwiegende Folgen möglich sind. **Phänomen/Ziel** Das Phänomen von resident-to-resident elder mistreatment (RREM) wird klar beschrieben. Es besteht keine Forschungsfrage. Das Ziel der Forschung wird erläutert. **Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?** Das Thema hatte bisher nur wenig klinische Bedeutung. Daher besteht nur wenig Literatur/ Schulungsmaterialien und Richtlinien, welche Prävention, Intervention und Management des Phänomens erläutern.
Methode	**Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar?** Das explorative Studiendesign ist sinnvoll, da wenig bisheriges Wissen besteht. **Stichprobe:** Non-probability sampling ist für exploratives Studiendesign angebracht. Stichprobe umfasst nur Personal von 5 Pflegeheimen in einem einzigen städtischen Gebiet aus der Tagesschicht. Die Ergebnisse sind möglicherweise nicht auf alle Pflegeheime und Arbeitsschichten verallgemeinerbar. Die gezielt ausgewählte Stichprobe von Pflegeassisten_innen scheint angemessen, da diese den grössten Einblick in resident-to-resident elder mistreatment (RREM), an vorderster Front arbeiten und bereits Erfahrungen mit dem Phänomen machten. à "Key-informant" **Datenerhebung:** Die Stichprobengrösse wird nicht begründet und bzgl. Datensättigung keine Informationen gegeben. **Methodologie:** Es fehlen Angaben, Ansichten und Erfahrungen der Forscher. Jedoch wird beschrieben, dass die Forscher bereits mehrere Studien zum Phänomen RRA durchgeführt haben. Die Forschenden gewinnen ihr Wissen, indem Sie Menschen befragen, die näher an der Realität des zu erforschenden Phänomens sind à Kongruenz zwischen Ontologie und Epistemologie. **Datenanalyse:** - Datenanalytische Schritte sind nicht ausführlich beschrieben - Das Vorgehen wird nicht begründet - Referenzierung zum Interview-Instrument liegt vor - Glaubwürdigkeit: Analytische Entscheidungen nicht dokumentiert: Die Einteilung der Antworten in die Kategorien können subjektiv gewertet werden. **Ethik**: Bei allen Teilnehmer_innen wurde eine schriftliche Zustimmung für die Studienteilnahme eingeholt. Genehmigung einer Eth kkommission liegt vor.

Ergebnisse	**Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten?** - Es scheint, als wären alle Antworten der Teilnehmer enthalten. - Die 4 Hauptkategorien sind logisch und inhaltlich unterscheidbar. Innerhalb der Hauptkategorien (vor allem Management einzelner Vorfälle) sind sich die Antwortmöglichkeiten sehr ähnlich/überschneiden sich. - + Reaktionen der CNAs sowie Reaktionen gegen Bewohner gerichtet --> anhand Tabellen ersichtlich, wie komplex Phänomen RREM ist **Werden die Ergebnisse verständlich mittels Tabellen und Grafiken präsentiert?** - Kategorien sind nachvollziehbar. Es werden die Anzahl der Antworten in % angegeben. Jedoch werden Resultate nicht mit Zitaten unterstützt und somit ist ihre Gültigkeit nicht klar.
Diskussion	**Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar?** Aus den Ergebnissen kann man relevante Erkenntnisse für die Pflege ziehen und zusätzlich bieten diese eine Grundlage, um zukünftige Forschung zu betreiben. **Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?** Es wird passende empirische Literatur eingesetzt und diskutiert, diese ist jedoch nicht zu eigentlichen Phänomen von resident-to-resident elder mistreatment (RREM), sondern andere im Kontext passende Literatur.

Güte/ Evidenzlage:

Confirmability (Bestätigung):
- keine Angaben zu Methoden, welche Bias (Verzerrung) vermeiden könnten
- Es fehlen Angaben, Ansichten und Erfahrungen der Forscher. Jedoch wird beschrieben, dass die Forscher bereits mehrere Studien zum Phänomen RRA durchgeführt haben
+ Die Forschenden gewinnen ihr Wissen, indem Sie Menschen befragen, die näher an der Realität des zu erforschenden Phänomens sind --> Kongruenz zwischen Ontologie und Epistemologie
+ Gruppe von Forschenden war umfassend, Möglichkeit von Diskussionen innerhalb der Forschungsgruppe vorhanden

Dependability (Zuverlässigkeit):
- Wenig Angaben zum Prozess der Datenfindung, Methode wurde sehr knapp beschrieben
- keine Angaben zu externer Prüfung
+ peer-review fand innerhalb der Forschungsgruppe statt (Konsensfindung für Kategorisierung)
+ Es scheint, als wären alle Antworten der Teilnehmer enthalten

Credibility (Glaubwürdigkeit):
- Stichprobengrösse wird nicht begründet und keine Informationen zur Datensättigung gegeben
-Keine Methoden- und Quellen-Triangulation: Daten wurden lediglich durch 1 Methode erhoben (Interviews), nur eine Quelle (CNAs)
+ Forscher-Triangulation: Mehrere Forscher an Studie beteiligt
- "member-checking" hat nicht stattgefunden
+ Erfahrungen und Reaktionen der Teilnehmer_innen sind nachvollziehbar

Transferability (Übertragbarkeit):
- Setting: knapp beschrieben (keine Bettenanzahl der Pflegeheime)
+Teilnehmer: wurden beschrieben
+ Die gezielt ausgewählte Stichprobe von Pflegeassisten_innen scheint angemessen, da diese den grössten Einblick in resident-to-resident elder mistreatment (RREM), an vorderster Front arbeiten und bereits Erfahrungen mit dem Phänomen machten. à "Key-informant"
- Die Ergebnisse sind möglicherweise nicht auf alle Pflegeheime und Arbeitsschichten verallgemeinerbar

Evidenzlevel der Studie: Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe der 6 S Pyramide nach DiCenso, Bayley & Hayney (2009), da es sich um eine Originalstudie handelt.

Zusammenfassung der Studie: *Resident-to-Resident Aggression in Nursing Homes: Social Worker Involvement and Collaboration with Nursing Colleagues (Bonifas, 2015)*

Einleitung	**Problembeschreibung** Aggressives Verhalten zwischen Bewohner_innen (RRA) ist die häufigste Form von Misshandlung in Alters- und Pflegeheimen und ist mit negativen Folgen für Bewohner_innen verbunden, einschliesslich körperlicher Verletzungen, funktionaler Verschlechterung der geistigen Gesundheit und verminderter Lebensqualität. Solche Vorfälle werden häufig durch Mitarbeiter den zuständigen Sozialarbeitern weitergeleitet. Bisher ist unbekannt, wie die Sozialarbeiter auf solche Vorkommnisse reagieren und bzgl. RRA mit anderen Professionen zusammenarbeiten. **Forschungsfrage/ Ziele** Die Studie untersucht die Rolle der Sozialarbeiter in Alters- und Pflegeheimen im Umgang mit RRA und die interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Pflege. Dafür wurden folgende Ziele der aufgestellt: - Die Ermittlung von Assessment- und Interventionsstrategien, welche Sozialarbeiter bei der Bearbeitung von RRA einsetzen und - wie sie im interprofessionellen Austausch mit der Pflege im Management von RRA zusammenarbeiten.
Methode	**Ansatz/Design:** Es handelt sich um eine explorative, qualitative Studie. Die Wahl des Forschungsdesign wird nicht begründet. **Population:** Pflegepersonal und Sozialarbeiter von Alters- und Pflegeheimen **Stichprobe:** Wer: Personal im Sozialwesen, diplomiertes Pflegefachkräfte und zertifizierte Pflegehelfer (CNAs) Wie viel: 90 Mitarbeiter von 10 qualifizierten Pflegeeinrichtungen in einer südwestlichen Metropolregion Charakterisierungen: 77 Frauen und 13 Männer im Alter von 18-61 Jahren wurden befragt, wobei die Mitarbeiter aus dem administrativen Bereich tendenziell älter waren. Die Beschäftigungsdauer in den Einrichtungen reichte von 3 Monaten bis 16 Jahren. Die Auswahl der Teilnehmenden wird nicht begründet. **Stichprobenziehung:** non-probability sampling **Studiengruppen:** Es gibt nur eine Studiengruppe. **Datenerhebung:** Für die Datenerhebung wurden einmalig semistrukturierte Interviews durchgeführt. Total wurden 20 Einzelinterviews (30-60 min) mit 10 DONs (Pflegedirektoren) und 10 SSD (Direktoren des Sozialwesens) sowie 14 (45-60 min) Gruppeninterviews mit 18 diplomierte Pflegekräfte, 45 zertifizierte Pflegeassistent_innen und 7 Mitarbeiter des Sozialdienstes durchgeführt. --> Fokusgruppen Die Interviews wurden vom Hauptforscher und ausgebildeten Forschungsassistenten an privaten Standorten der Einrichtungen geführt. Die Interviewfragen variierten geringfügig je nach Disziplin, konzentrierten sich jedoch auf die Rolle des Teilnehmers in Bezug auf den Umgang mit RRA und der Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeitern. Alle Interviews wurden mit Einverständnis aufgenommen und wörtlich transkribiert. **Methodologische Reflexion:** Der gewählte qualitative Ansatz und die methodische Vorgehensweise werden von den Forschern nicht diskutiert. Es wird die Methode Grounded Theory angewendet. **Datenanalyse:** Es wurde ein zweistufiges Analyseverfahren verwendet, sodass die thematische Kodierung zweimal durchgeführt wurde. Der erste Durchgang wurde für die Entwicklung und Präzisierung der Codes genutzt. Der zweite Durchgang für die Zusammenfassung der sekundären Kategorien und den entstandenen Themen in den gesammelten Daten. Die Analyse konzentrierte sich auf das Herausarbeiten von Kategorien, Themen und Mustern. A priori wurden 3 Kategorien im Zusammenhang mit der Forschungsfrage erstellt. 1. RRA Assessment Strategien für Sozialarbeiter 2. Interventionsstrategien bei RRA für Sozialarbeiter 3. Strategien für interprofessionelle Arbeit mit Pflege Insgesamt wurden 42 Codes aus den Interviewdaten identifiziert und in 11 Unterthemen der drei a-priori Kategorien eingeordnet. Um die Genauigkeit der Codierung und die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten wurden die Ergebnisse im Rahmen eines Peer-Debriefing verglichen und Diskrepanzen diskutiert. Anschliessend wurden die Ergebnisse an zwei Institutionen geschickt, um Feedback der Teilnehmer einzuholen, ob die Forscher die Bedeutung der Interviewinhalte korrekt wiedergegeben haben. Die Teilnehmer gaben an, dass die Kategorien und Codes ihre Erkenntnisse effektiv erfasst haben. Keine weiteren Anpassungen wurden an den Ergebnissen vorgenommen. **Ethik:** Die Studie wurde vom institutionellen Überprüfungsgremium der Universität des Staates Arizona genehmigt. Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert.

Ergebnisse	**Was sind die Ergebnisse?** Durch die Interviews konnten diverse Strategien ermittelt werden, welche in folgende 3 (a priori) Hauptkategorien und 11 Unterkategorien eingeteilt wurden: **1. RRA Assessment Strategien der Sozialarbeiter** <u>Sammeln von Informationen</u> *Primäre Assessmentstrategie: Ermittlung der Faktoren, welche mit der Auseinandersetzung verbunden sind wie Zustand des Bewohners, zeitliches Auftreten des Vorfalls und Einflüsse der Umgebung. Zur Informationsgewinnung über Einflussfaktoren konnten auch Teamsitzungen und Patientenakten benutzt werden.* <u>Kenntnis der Ursachenfaktoren</u> *Zentral sind potenziell unerfüllte Bedürfnisse von Bewohner_innen. Als mögliche Ursachen von „resident-to-resident aggression" werden körperliche Probleme (Medikamentenreaktionen, Infektionen, Schmerzen) und psychologische Faktoren (z.B Frustration, Angst) und „triggernde" Umweltfaktoren (Lärm, Gedränge) gesehen. Familienmitglieder und ehemalige Mitarbeiter_innen wurden auch als Informationsquelle genutzt.* <u>Bestimmung der psychosozialen Auswirkungen</u> *Sozialarbeiter erheben den allfälligen psychischen Schaden der Betroffenen eines RRA-Vorfalls. Sind Betroffene in guter kognitiver Verfassung, werden sie in einem Einzelgespräche zum Empfinden von Sicherheit und Schutz befragt. Bei schlechter kognitiver Verfassung werden Bewohner auf Stimmung, Verhalten, Routine und Veränderungen überwacht und beobachtet. Wissen über die Persönlichkeit des Bewohners und die üblichen Verhaltensmuster waren entscheidend für die Erkennung von psychosozialen Schäden bei vorhandener kognitiver Beeinträchtigung.* **2. Interventionsstrategien bei RRA der Sozialarbeiter** <u>Bestimmen geeigneter Interventionen</u> - dem Einzelnen individuell angepasst - in Gesprächen oder Teamsitzungen mit anderen Mitarbeitern ausgetauscht - ressourcenorientierte und personenzentrierte Ansätze --> Autonomie gestärkt und die Verwendung von Psychopharmaka minimiert - Interventionen vom Vorhandensein einer Demenz abhängig: Interventionen bei Bewohnern ohne kognitive Einschränkung zielen auf den Einsatz des Gedächtnisses ab, wobei Interventionen bei kognitiv eingeschränkten Bewohnern einer Gedächtniskompensation benötigen <u>Präventive Ansätze</u> - Vor Aufnahme erkundigen sich Sozialarbeiter über aggressives Verhalten eines Bewohners in der Vergangenheit. Falls möglich, werden Bewohner mit aggressiven Verhaltensweisen in der Vergangenheit zum Schutz der anderen Bewohner an eine angepasste Einrichtung verwiesen - "Setting a tone": Ziel, eine Umgebung mit möglichst wenig Risiko für RRA-Ereignisse zu schaffen. Wichtig den Bewohnern mit Würde und Wertschätzung zu begegnen und deren Bedürfnisse zu erfüllen. Der Umgang soll ruhig, freundlich und respektvoll sein. Personenzentrierte Sprache verwenden und die Zimmer individuell gestalten, um eigene Persönlichkeit zu stärken. Bewohner soll sich selber sein dürfen und nicht aus Bequemlichkeit des Personals in Routinen gezwungen werden. - Darauf achten, dass Zimmergenossen sich ähnlich sind - Bewohner kennen: verstehen, wie Bewohner die Umgebung wahrnimmt und dadurch sein Gefühl von Komfort und Sicherheit zu maximieren -> dies bietet Möglichkeit eine Situation zu deeskalieren <u>Psychosoziale Interventionen</u> Die meisten vom Pflegepersonal ausgeführten Interventionen beinhalten Strategien zum traditionellen Verhaltensmanagement (Trennung, Ablenkung). Sozialarbeiterspezifische Interventionen umfassten: - das Aushandeln Verhaltensverträge mit Bewohnern, die noch über kognitive Fähigkeiten verfügten - Ermöglichung von Zimmerwechseln, um aggressive Bewohner_innen von gefährdeten Personen weg und näher an Aufsichtspersonen zu verlegen - Bereitstellung von Einzelgesprächen (um die Anpassung in die neue Wohnumgebung zu erleichtern oder ihnen zu helfen Gefühle von Verlust zu verarbeiten à könnte alles zu aggressiver Verhaltensweise beitragen) - Einleiten von Massnahmen wie z.B die Einweisung in eine Psychiatrie, oder eine Strafverfolgung - Informationsaustausch mit Familien sowie das involvieren der Familien in das Verhaltensmanagement - Einze beratung der Opfer von RRA (um psychosozialen Schaden zu minimieren) - Selbsthilfegruppen leiten, um den Bewohnerin_innen zu ermöglichen, besser mit herausfordernden Verhaltensweisen umzugehen - Überwachung der Anpassung der Bewohner_innen nach der Unterbringung in der Einrichtung, den Wechsel der Abteilung oder den Umzug in ein anderes Zimmer, um Verschlechterung des Verhaltens zu verhindern. **3. Strategien der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter und Pflege**

	<u>Assessment Beratung</u> *Durch Assessments in interprofessionellen Teambesprechungen konnten die Bewohner_innen eingeschätzt und besprochen werden. Pflegefachkräfte und Sozialarbeiter_innen überprüften regelmässig die Dokumentationen der anderen Professionen um somit Bedürfnisse von Bewohner_innen besser zu verstehen.* <u>Planung von Interventionen</u> Zusammenarbeit Pflege und Sozialarbeiter: - Planen von Interventionen fand oft während interprofessionellen Teamdiskussionen statt und der gleichzeitigen Erarbeitung von Pflegeplänen - Sozialarbeiter teilten häufig ihr Wissen über die Bedürfnisse und Vorlieben der Bewohner mit dem Pflegepersonal und fungierten somit als Vermittler zwischen Pflegepersonal und den Familienmitgliedern der Bewohner, besonders in schwierigen emotionalen Situationen - Sozialarbeiter fanden, dass das Ermitteln von hilfreichen Interventionen einfach war, wenn man mit den verschiedenen Informationen des Pflegepersonals arbeitet, da diese den ganzen Tag um die Bewohner_innen sind <u>Gemeinsame Durchführung von Interventionen</u> - Koordination bei Durchführung von Interventionen durch Pflege: Verwalten der Umgebung, um die potenziellen Stressquellen der Bewohner zu minimieren oder den Zugang zu potenziell gefährlichen Gegenständen während der Erregungsepisoden zu verhindern --> Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter - Evaluierung von Wirksamkeit vieler Interventionen zur Bewältigung von RRA durch Pflegepersonal und Sozialarbeiter gemeinsam <u>Berufliche Stärken einsetzen</u> *Für die interprofessionelle Zusammenarbeit ist es wichtig, dass man die beruflichen Stärken des Gegenübers akzeptiert und die Arbeit nach den professionspezifischen Stärken aufteilt.* ***Sozialarbeiter_innen:** Umgang mit schwierigen Bewohner- oder Familiensituationen, das Ansprechen von Mitbewohnerproblemen und Zimmerzuweisungen, Beurteilung und Intervention bei Problemen im Zusammenhang mit psychosozialen Schädigungen, die Betonung psychosozialer und personenspezifischen Bedürfnisse der Bewohner_innen, das Planen von Entlassungen bei extremen Situationen bei welchen die Aggression ein unkontrollierbares Sicherheitsrisiko darstellte.* ***Diplomierte Pflegefachkraft:** Berücksichtigung der körperlichen Bedürfnisse der Bewohner_innen, die Meldung von RRA-Vorfällen an externe Stellen, das Einleiten von Untersuchungen bei RRA-Vorfällen.* ***zertifizierten Pflegeassistent_innen:** Interventionen während Pflege und Mahlzeiten durchzuführen, um Bewohner_innen abzulenken/zu beschäftigen, um aggressive Handlungen zu verhindern.* *Je nach Situation übernahm das Pflegepersonal und die Sozialarbeiter_innen die gegenseitigen Rollen.* <u>Hindernisse für Zusammenarbeit</u> *Die Pflege war normalerweise die erste Profession, welche von einem RRA Fall erfahren hatte. Trotz oftmals erfolgreicher interprofessioneller Zusammenarbeit, wurden von Teilnehmer_innen berichtet, dass sich die Teilnehmer_innen auch gegenseitig bei der Bewältigung von RRA behinderten.* **Wie werden sie präsentiert?** Die Ergebnisse werden im Fliesstext präsentiert. Es werden Zitate aus den Interviews integriert.
Diskussion	**Diskussion und Interpretation der Ergebnisse** Die Forschen stellen die Ergebnisse nochmals zusammenfassend dar. Schlüsselaufgaben der Sozialarbeiter werden genannt und die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter und Pflege im Management von RRA wird betont. Aus den Ergebnissen wird die Wichtigkeit der Ausbildung von Sozialarbeiter auf BSc-Level und die kontinuierliche Weiterbildung in Bereichen betreffend RRA abgeleitet. IP und Pflegequalität kann gestärkt werden, indem Sozialarbeiter aktiv auf CNAs zugehen und diese miteinbeziehen, da diese hauptsächlich direkt mit Bewohner_innen arbeiten. Verbesserung der interprofessionellen Kommunikationsfähigkeiten kann dazu beitragen dem Phänomen RRA angepasster zu begegnen. Durch Ressourcenorientiertes Assessment und personenzentrierte Interventionen könnten Sozialarbeiter den Einsatz von non-pharmakologischen Strategien zur Reduktion von RRA stärken. Sozialarbeiter sollen sich dafür einsetzen, dass die Anwendung von antipsychotischer Medikation reduziert wird. **Limitationen** Einrichtungen und Teilnehmer wurden von den Forschenden selbst ausgewählt. Es ist möglich, dass nur Einrichtungen mit soliden RRA-Managementsystemen der Studienteilnahme zustimmten. Gem. Qualitätsbewertungen wurden zwei Einrichtungen als „weit unter dem Durchschnitt“, diese Mängel werden aber nicht mit Verhaltensmanagement (allgemein) in Verbindung gebracht. Die Ergebnisse dieser Studie können sich möglicherweise nicht auf Einrichtungen übertragen lassen, welche effektive Herausforderungen im Verhaltensmanagement, bzw. mit dem Umgang von „resident-to-resident aggression“ haben. Zusätzlich wird aufgezeigt, dass alle Sozialarbeiter in dieser Studie über eine BSC oder MAS Abschluss verfügten. Dies kann aber nicht allgemein für alle Alters- und Pflegeheime

	übertragen werden, da gem. früherer Forschung nur die Hälfte bis zwei Drittel aller Sozialarbeiter in zwei Drittel aller Sozialarbeiter in Alters- und Pflegeheimen über einen Hochschulabschluss verfügen. Die Ergebnisse spiegeln daher möglicherweise nicht die Art der Beteiligung und Zusammenarbeit in Bezug auf RRA von Personen, die Führungspositionen in der Sozialarbeit besetzen, die keine ausgebildeten Sozialarbeiter sind. **Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Praxis** Die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitern und Pflegepersonal ist eine fundamentale Komponente für wirksame Einschätzung und Intervention, um Vorfälle von RRA zu minimieren. Obwohl in der bisherigen Forschung von RRA der Rolle der Sozialarbeit kaum Beachtung geschenkt wurde, deuten die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, dass die Sozialarbeiter in Alters- und Pflegeheimen ein wesentlicher Bestandteil eines jeden Best-Practice-Protokolls im Umgang mit RRA ist.

Würdigung der Studie: *Resident-to-Resident Aggression in Nursing Homes: Social Worker Involvement and Collaboration with Nursing Colleagues (Bonifas, 2015)*

Einleitung	**Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege?** Ja, die Studie möchte Assessment- und Interventionsstrategien ermitteln, welche Sozialarbeiter beim Phänomen „resident-to-resident aggression" anwenden können. Durch die enge interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Pflege, können somit best practices identifiziert werden, welche von beiden Berufsgruppen angewendet werden können. **Phänomen/Ziel** Das Phänomen ist klar, aufgrund vorhandener Literatur, beschrieben und aufgrund der in der Studie abgezielten Stärkung der interprofessionellen Pflege relevant für die Profession der Pflege, sowie auch für Bewohner_innen. **Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?** Bisher gab es keine Studien, die weder den Einfluss von Sozialarbeiter auf das „resident-to-resident aggression" untersucht haben, noch wurde die interprofessionelle Zusammenarbeit dabei untersucht. Aufgrund der damaligen Forschungslage leistet der Outcome dieser Studie einen wichtigen Beitrag.
Methode	**Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar?** Ja, die Forschungsfrage bzw. der Zweck dieser Studie ist es, Strategien zu ermitteln. Durch die Feldforschung und den dazugehörigen Interviews lässt sich dies gut umsetzen. **Design**: exploratives, qualitatives Studiendesign Die Wahl des Forschungsdesign wird nicht begründet. **Stichprobe:** Es wurden keine Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Keine genaueren Angaben bzgl. Stichprobengrösse. Die ausgewählten Teilnehmer_innen sind als "Informanten" geeignet, da sie das Phänomen erlebt haben und bereit sind, diese Erfahrungen zu teilen. Die Ergebnisse können nicht auf die gesamte Population übertragen werden aufgrund des non-probality samplings bei der Stichprobe. **Datenerhebung:** Es geht um menschliches Verhalten und Muster. Die Rolle der Beteiligten um Umgang mit RRA wird ermittelt sowie der Zusammenarbeit im interprofessionellen Team. Es liegen keine genauen Angaben vor, was für Fragen gestellt wurden. Der Forscher gab an, dass aufgrund der verschiedenen Disziplinen der Interviewer_innen die die Fragen leicht variierten. Betreffend Datensättigung werden keine Angaben gemacht. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. **Methodologie:** Grounded Theory: Der Fokus liegt auf der Suche die zentralen sozialen Prozesse innerhalb einer bestimmten sozialen Situation zu identifizieren. Der Forschungsansatz der Studie stimmt mit den angewendeten Methoden überein (Interviews, Kodierung der Interviews). **Datenanalyse:** Das Vorgehen bei der Datenanalyse und den analytischen Schritten wurde klar dargestellt. Bei den Analysemethoden wurden die entsprechenden Referenzierungen gemacht.

	Durch peer-Debriefing und eingeholte Feedback der Institutionen konnte die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt werden. Analytische Entscheidungen wurden nicht dokumentiert und sind daher nicht überprüfbar. **Ethik**: In der Studie wurden keine ethischen Fragen diskutiert. Eine Genehmigung wurde durch das Überprüfungsgremium der Universität des Staates Arizona ausgesprochen. Ob es sich hier um die Genehmigung einer Ethikkommission handelt ist im Text nicht ersichtlich und daher unklar.
Ergebnisse	**Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten?** Ja, die ermittelten Daten werden umfangreich beschrieben. Teilweise werden Direktzitate der Teilnehmenden angewendet. **Werden die Ergebnisse verständlich mittels Tabellen und Grafiken präsentiert?** Nein, die Ergebnisse werden im Fliesstext dargestellt. Tabellen oder Grafiken wurden für die Verständlichkeit nicht angewendet. Anhand von vordefinierten Kategorien konnten die Daten aus den Interviews logisch und sachgerecht kategorisiert werden.
Diskussion	**Werden alle relevanten Punkte von den Forschenden selber diskutiert?** Die relevanten Ergebnisse werden umfassend dargestellt und diskutiert. Limitationen wurden diskutiert. Praxis Impl kationen und zukünftiger Forschungsbedarf wurden nicht explizit dargestellt. **Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar?** Ergebnisse, welche die Pflege direkt betreffend (interprofessionelle Zusammenarbeit) sind relevant für die Profession und können auch umgesetzt werden. Da die Studie aus der Sicht der Profession der Sozialarbeiter_innen erstellt wurde, wird die Bedeutung der weiteren Erkenntnisse nicht für die Profession der Pflege diskutiert. Die Erkenntnisse, welche gemäss Studie für Sozialarbeiter_innen gewonnen wurden, könnte man grösstenteils für die Profession der Pflege ableiten. **Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?** Nein, es wird Literatur zur interprofessionellen Zusammenarbeit genutzt und weitere betreffend Sozialarbeiter_innen und deren Ausbildungsstand. Es fehlt jedoch der Bezug zum Phänomen von „resident-to-resident aggression“

Güte/ Evidenzlage:
Qualitatives Forschungsdesign (verkürzter Katalog nach Lincoln & Guba):
Positives wird mit + und Negatives mit - gekennzeichnet

Confirmability (Bestätigung): ein Grad der Neutrailität oder das Ausmaß, in dem die Ergebnisse einer Studie von den Befragten und nicht von der Voreingenommenheit, Motivation oder dem Interesse der Forscher geprägt werden.
+ Studie wurde durch Überprüfungsgremium der Universität des Staates Arizona genehmigt
- Reflexivität: Studie wurde nur durch einen Forscher/Autor durchgeführt -> verschiedene Perspektiven der Studiensituation fehlen, Position, Perspektive, Überzeugungen und Werte des Forschers sind unbekannt

Dependability (Zuverlässigkeit): zeigt, dass die Ergebnisse konsistent sind und wiederholt werden können
+ es werden Limitationen genannt
- es wurde keine externe Prüfung der Studie durchgeführt
+ es wurden Ausschnitte aus Zitaten von den Interviews benutzt
- Einsicht in Interviewfragebogen und Transkriptionen wird nicht gewährleistet
- Forschungsprozess wurde nicht vollständig beschrieben: Es fehlen Informationen zu Forschungsdesign und Datenerhebungsentscheidungen (Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmer)
+ Diskrepanzen bei den Kodierungsergebnisse wurden identifiziert, diskutiert und für das Erreichen eines Konsenses, schlussendlich korrigiert

Credibility (Glaubwürdigkeit): Vertrauen in die "Wahrheit" der Ergebnisse

+ Triangulation von Quellen: unterschiedliche Blickwinkel (Pflege und Sozialarbeiter_innen) wurden miteinbezogen
+ peer-debriefing wurde durchgeführt
+ member checking wurde durchgeführt, indem Feedback der Teilnehmer_innen zur Richtigkeit der Interpretation ihrer Angaben eingeholt wurde

Transferability (Übertragbarkeit): Nützlichkeit, Generalisierbarkeit zeigt, dass die Befunde in anderen Zusammenhängen anwendbar sin
- es wurden keine Praxisimplikationen und Ausblick beschrieben
- Nur ausgewählte Einrichtungen wurden miteinbezogen, daher ist die Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen fragwürdig
+ Setting: ausführlich beschrieben (Bettenanzahl, Qualität, demographische Daten)
+ Teilnehmer_innen: Alter, Berufserfahrung, Geschlecht

Evidenzlevel der Studie: Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe der 6 S Pyramide nach DiCenso, Bayley & Hayney (2009), da es sich um eine Originalstudie handelt

Zusammenfassung der Studie: *Putting Residents First: Strategies Developed by CNAs to Prevent and Manage Resident-to Resident Violence in Nursing Homes (Snellgrove et al., 2015)*

Einleitung	**Problemstellung/ Phänomen** Resident-to-resident violence (RRV) kommt häufig in Alters- und Pflegeheimen vor und bedroht die Sicherheit und Lebensqualität von Bewohner_innen und Pflegepersonal. Es führt zu mehr oder weniger starken physischen, psychischen und emotionalen Folgen für alle Beteiligte. Zu diesen Folgen gehören körperliche Schäden, der Einsatz schädlicher Interventionen (körperliche und chemische Zwangshandlungen), Verhaltensansteckung oder Ausbreitung von Gewalt nach ihrem Auftreten in der Umgebung der Altersheime, sowie die Belastung und das Ausbrennen von Pflegekräften. **Ziel** Der Zweck dieser Studie war es Strategien zu identifizieren, die Pflegeassistent_innen (CNA) derzeit zur Prävention und Umgang mit resident-to-resident violence (RRV) einsetzen.
Methode	**Design**: qualitativ-explorative Studie **Population**: CNAs von Altersheimen **Stichprobe**: • 11 Pflegeassisten_innen (CNA), welche Zeugen von RRV wurden (Erfahrung im Umgang von RRV nur aufgrund informeller Ratschläge am Arbeitsplatz --> keine formale Schulung bisher durchgeführt: 6 Afroamerikaner_innen, 5 weiss, Durchschnittsalter 33 Jahre (Alterspanne: 21-60 Jahre), Erfahrung in der Pflege: 1-10.5 Jahre (Mittelwert 5.25 Jahre). • Setting: 1 Landkreis-eigenes, gemeinnütziges Altersheim (wurde für die Überprüfung verblindet) **Stichprobenziehung**: non-probability sampling **Studiengruppen**: eine **Auswahl Teilnehmer:** Teilnahme möglich, insofern Zeuge von RRV und angestellt in ausgewähltem Altersheim **Datenerhebung**: • Einmalige Semistrukturierte Interviews (Dauer: 30min – 1.5h) • Daten wurden während 8 Wochen gesammelt. Die Datenerhebung wurde beendet, als eine Datensättigung erreicht war und keine neuen Daten aus den Interviews hervorgingen. • Interviews wurden digital aufgenommen und verbatime transkr biert **Methodologie**: Obwohl „Fokusgruppen“ eine mögliche Datenerhebungsmethode gewesen wäre, hätten sie nicht ermöglicht eine eingehende Erforschung individueller Erfahrungen durchzuführen. **Datenanalyse**: • Transkription und darauffolgende Überprüfung durch Forschungsleiter auf Genauigkeit der Transkription • à danach in Ethnograph 6.0 (Qualis Research, Colorado Springs, CO) eingegeben

	• Datenerhebung und Datenanalyse erfolgten parallel • Rohdatencluster (aus den Interviews) wurden durch den Prozess der Inhaltsanalyse identifiziert und mit allen anderen Datenclustern durch den Prozess des konstanten Vergleichs miteinander verglichen. Basierend auf ähnlichen Bedeutungen wurden die Datencluster zu Faktoren zusammengefasst. • Faktoren mit ähnlichen Bedeutungen wurden kombiniert umzunehmend abstraktere Themen zu erhalten. • 2 Forscher mit Erfahrungen im Bereich von qualitativen Methoden überprüften die Kodierungs- und Analyseentscheidungen, um die Vertrauenswürdigkeit zu erhöhen. • Qualität: Study rigor wurde eingehalten und genau beschrieben. **Ethik**: • Die Studie wurde von einem Institutionellen Überprüfungsgremium an einer Universität genehmigt. • Einwilligung zur Studienteilnahme wurde von den Teilnehmern eingeholt.
Ergebnisse	**Was sind die Ergebnisse?** ***Übergeordnetes Thema: Hauptstrategie*** putting them (residents) first → (Bewohner_innen) an erste Stelle setzen (basiert auf der Vorstellung, dass Pflegeassistent_innen nachdenken, was sie für sich selbst und ihre Angehörigen wünschen würden, wenn diese Bewohner_innen von Altersheimen wären) **Unterthemen:** 1. <u>Bewohner_innen kennen</u> • Pflegeassistent_innen glauben, je mehr sie über bestimmte Bewohner_innen wissen, desto besser sind die Gewaltausbrüche zu verhindern und zu bewältigen. Wenn Pflegeassisten_innen sich häufig um die gleichen Bewohner_innen kümmern neigen diese weniger Gewalttaten zu begehen, da die Pfleger_innen voraussehen können, zu welcher Tageszeit diese unruhig und gewalttätig werden könnten. • Pflegeassistent_innen glauben, dass wenn sie die Vergangenheit der Bewohner_innen kennen und über Vorlieben informiert sind, können sie Bewohner_innen glücklicher und gewaltfrei halten. 2. <u>Sicherheit der Bewohner_innen gewährleisten</u> • Pflegeassisten_innen beschrieben angewandte Strategien, um sowohl die Initiatoren von Gewalt, sowie Gewaltopfer vor, während und nach einer Gewalttat gegen andere Bewohner_innen oder Pflegende zu betreuen. • Die Sicherheit der Bewohner_innen steht für Pflegeassisten_innen an oberster Stelle. Gewalt gegenüber dem Pflegepersonal würden diese gerne vermeiden, doch da dies tagtäglich vorkommt, sehen sie das als "Teil des Jobs". • Alle Pflegeassisten_innen beschrieben als primäres Mittel, dass sie Bewohner_innen trennen oder Bewohner_innen, welche sich nicht vertragen voneinander fern zu halten, damit diese nicht körperlich verletzt werden. • Bei drohender Gewalt verliessen sich Pflegeassisten_innen stark auf das Trennen der Bewohner_innen. Nach der Trennung wurden Strategien zur Ablenkung eingesetzt. Das Sicherhalten von Bewohner_innen beinhaltete auch der Einsatz des eigenen Körpers der Pflegeassistent_innen als Barriere zwischen zwei Bewohner_innen (damit mussten Pflegeassisten_innen Beschimpfungen gegen sich se bst in Kauf nehmen). • Unabhängig davon, ob sie die Gewalt gegen andere Bewohnende oder gegen sich se bst richtetete, waren die Pflegeassisten_innen mehr damit beschäftigt, die Bewohner_innen zu schützen als sich se bst vor Schaden zu bewahren. 3. <u>Qualitätszeit verbringen</u> • Pflegeassisten_innen äusserten die Meinung, dass Bewohner_innen oft gewalttätig sind, weil sie nicht die benötigte oder erwünschte Aufmerksamkeit erhalten. Daher waren sie der Meinung, dass Gewalt gegen Bewohnende oder Personal vermieden werden kann, wenn man genug Zeit mit den Bewohnenden verbringt. • Die teilnehmenden Pflegeassisten_innen diskutierten auch, dass Gewalt verhindert werden kann, indem man Bewohner_innen eine Beschäftigung bietet. • Aktivierungen/Beschäftigungen nach einem Gewaltereignis waren wirksam um die Bewohner_innen zu beruhigen. • An Tagen, welche den Bewohner_innen Aktivierung angeboten wurde, waren die Bewohner_innen glücklicher und es trat weniger Gewalt auf. So auch z.B. an Feiertagen mit vielen strukturierten Aktivitäten. **Wie werden die Ergebnisse präsentiert?** Ergebnisse werden durch Zitate illustriert.

Diskussion	**Diskussion und Interpretation der Ergebnisse:** • Die Themen zeigen, dass CNAs vor allem Strategien zum Vorhersehen/ Erkennen und Verhindern von RRV anwenden (Thema: Knowing Residents). Dies Ergebnisse decken sich mit Ergebnissen andere Studien. • Die Strategie "Spending quality time" fokussiert sich auf die Prävention von RRV. Diese Strategie ähnelt der personenzentrierten Pflegeintervention, welche im Modell für Demenzpflege in Altersheimen vorgeschlagen wird. • Proaktiver Ansatz wird durch CNAs hervorgehoben: Einsamkeit und Langeweile sollen durch Einzel- oder Gruppeninterventionen vorgebeugt und so RRV verhindert werden. Interventionen zielen auf Fürsorge und Kommunikation ab. • Andere Literatur betont, dass die Strategie "Spending quality time" Stress bei Bewohner_innen minimiert und diese dadurch weniger aggressiv in bestimmten Situationen reagieren. Zudem wird dadurch Vertrautheit gefördert. • Alle Ergebnisse reflektieren das übergeordnete Thema "putting residents first": CNAs geben an, dass diese Haltung sie während ihrer ganzen Arbeit begleitet • Strategien wurden vor, während und nach dem RRV-Ereignis eingesetzt. • Der Versuch, die Bewohner an die erste Stelle zu setzen, indem sich die CNAs vorstellen, was sie für sich selbst oder für ihre Lieben wollen kann den wichtigsten Befund der Studie widerspiegeln→ Die Wichtigkeit der Empathie bei der Pflege von Bewohner_innen von Altersheimen und somit Gewalt zu minimieren wird durch weiter Literatur untermauert **Limitationen:** • Keine randomisierte Teilnehmerauswahl → repräsentiert möglicherweise nicht die Grundgesamtheit • Die durchschnittliche Betriebszugehörigkeit der Teilnehmer_innen betrug 5.25 Jahre. Die entspricht nicht der landesweiten Fluktuation von 70% pro Jahr. Dies könnte dazu beitragen, dass die Teilnehmer_innen der Studie in dieser Hinsicht untypisch waren. Dies könnte sich auch in deren Pflegephilosophie widerspiegeln. • Die Ergebnisse der Studie lassen sich möglicherweise nicht verallgemeinern, da sie in nur einem ländlich gelegenen Altersheim durchgeführt wurde. Gemäss den Forschenden können die Ergebnisse auf andere Einrichtungen übertragen werden mit ähnlicher Grösse und Charakterist ka. • Die qualitativen Daten aus dieser kleinen Stichprobe sind im traditionellen Sinne nicht verallgemeinerbar. **Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung:** • Die Entwicklung eines Tools, in welchem die Lebensgeschichte der Bewohner_innen bei der Aufnahme festgehalten wird, könnte sich für die Prävention von Gewalt und problematischen Verhaltensweisen als nützlich erweisen. • CNAs sollen zunehmend in die Pflegeplanung miteinbezogen werden (Teilnahme an Teamsitzungen) → Pflegequalität erhöhen • CNAs benötigen tiefgründigere Ausbildung im Umgang mit RRV • Mitarbeiter, welche Gewalt erleben, sollten Unterstützung erhalten, um Stress und Burnouts zu minimieren • Genügend Pflegepersonal in Altersheimen ist notwendig, um die Strategien umsetzen zu können • Die Sicherheit der CNAs bei Interventionen ist zentral und muss sichergestellt werden → finanzielle und emotionale Folgen → Dilemma zwischen Sicherheit von Bewohner_innen und CNAs → muss analysiert und von Forscher berücksichtigt werden • Es sollten Studien durchgeführt werden um die Charakteristika von hoch engagierten Pflegeassistent_innen zu ermitteln. Mit gewonnen Erkenntnisse könnte man Arbeitsinstrumente für Administratoren und Pflegedirektionen erstellen, welche bei der Einstellung von neuem (engagierten) Personal nützlich wären. Damit könnte man möglicherweise dazu beitragen, dass die Fluktuation verringert und die Qualität der Pflege verbessert wird. **Schlussfolgerung:** • Weitere Forschung ist notwendig um die Natur von resident-to-resident violence (RRV), informelle entwickelte Strategien des Personals und die Eigenschaften vorbildlicher Pflegenden zu untersuchen. • Daten, welche aus dieser Forschung gewonnen wurden, können die Grundlage für die Entwicklung evidenzbasierter Interventionen zur Prävention von RRV sowie für das Einstellen geeigneter Personen, welche für Betreuung komplexer Personen/Bewohner_innen sind.

Würdigung der Studie: *Putting Residents First: Strategies Developed by CNAs to Prevent and Manage Resident-to Resident Violence in Nursing Homes (Snellgrove et al., 2015)*

Einleitung	**Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege?** Da die Sicherheit und Lebensqualität aller Beteiligtem aufgrund dieses Phänomens leiden und praktisch keine Forschung in diesem Gebiet besteht. Pflegeassistent_innen sind diejenigen Mitarbeiter_innen in Altersheimen, die am engsten in der Pflege der Bewohner_innen eingebunden sind. Pflegeassistent_innen leisten nicht nur den grössten Teil der praktischen Pflege von Bewohner_innen von Altersheimen, sondern die Pflege, die sie leisten, wurde als "Schlüssel zur Lebensqualität der Bewohner_innen" bezeichnet. **Phänomen/Ziel** Das Phänomen von resident-to-resident violence (RRV) wird beschrieben. Es besteht keine Forschungsfrage. Das Ziel der Forschung wird erläutert. **Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?** Bisher keine evidenzbasierten Interventionen und signifikante Strategien entwickelt und getestet für Prävention und Management, welche sich spezifisch auf RRV beziehen.
Methode	**Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar?** Ja, da Strategien ermittelt werden sollen, zu welchen noch kein Wissen besteht **Stichprobe:** • Gezielte Stichprobenauswahl ist aufgrund explorativen Ansatzes sinnvoll • Da individuelle Angaben, nicht repräsentativ und nicht übertragbar • Teilnehmer_innen und Setting wird klar beschrieben • Auserwählte Teilnehmer_innen (CNA/Pflegeassisten_innen) erlebten das zu erforschende Phänomen, da diese an der «Front» arbeiten **Datenerhebung:** • Bei der Datenerhebung geht es um die Erfahrungen/Wahrnehmungen/Sichtweisen der Pflegeassistent_innen • Interviewleitfaden wurde durch Pflegeforscher_innen mit Expertise in qualitativer Forschung + Gerontologie überprüft • Datensättigung gemäss Forschenden erreicht • Einwilligung zur Studienteilnahme wurde bei allen Teilnehmer_innen eingeholt **Methodologie:** • Der Forschungsleiter dokumentierte persönliche Wahrnehmungen, Vorurteile und Überzeugungen zu Beginn der Studie und nach jedem Interview in digital aufgezeichneten Feldnotizen. Diese wurden während der Datensammlung- und Analyse überprüft, um einen Einfluss auf die Interpretation zu minimieren • probability sampling wäre für qualitative Forschung angebracht • Wie in qualitativen Studien üblich: Datenerhebung und Datenanalyse erfolgten parallel • (Grounded Theory für das Erleben und Reagieren auf RRV geeignet???) **Datenanalyse:** • Das Vorgehen bei der Datenanalyse wurde klar und nachvollziehbar beschrieben • Referenzierung bei Analysemethoden wurde durchgeführt • Glaubwürdigkeit der Analyse wurde durch das Prüfen der Analyse mittels zwei Forscher_innen mit Erfahrungen im Bereich von qualitativen Methoden (Überprüfen der Kodierungs- und Analyseentscheidungen) aufgezeigt. • audit trail wurde geführt um Gründe für Änderungen im Interviewleitfaden, Codebuch und Themen zu dokumentieren. Alle Interview-Transkripte wurden vor der Kodierung überprüft, um die Richtigkeit zu gewährleisten. **Ethik**: • Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert • Einwilligung der Teilnehmer_innen wurde eingeholt • Genehmigung von einem Institutionellen Überprüfungsgremium an einer Universität eingeholt.

Ergebnisse	• Ergebnisse sind im Kontext verankert und präzise in deren Bedeutung • Kategorien sind logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar • Definierte Kategorien ergeben Sinn **Werden die Ergebnisse verständlich mittels Tabellen und Grafiken präsentiert?** Ergebnisse werden in Tabellen präsentiert und es wird Einblick in Ausschnitte der verschiedenen Interviews gewährleistet.
Diskussion	**Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar?** Die Ergebnisse sind relevant für die Pflege. Dies wird ausführlich diskutiert (Gefahr für CNAs, Merkmale von CNAs etc.). **Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?** Es bestehen mehrere Verweise in der Diskussion auf weitere empirische Literatur.

Güte/ Evidenzlage: *Positives wird mit + und Negatives mit - gekennzeichnet*

Confirmability (Bestätigung):

+ Forschende reflektierten sich regelmässig, führten Journals, machten Feldnotizen
+ Vergleiche mit Forscherkollegen finden statt

Dependability (Zuverlässigkeit):
+ Prozess wurde klar dargestellt
+ audit trail durchgeführt

Credibility (Glaubwürdigkeit):
+ Forscher-Triangulation: Mehrere Forscher an Studie beteiligt
- Methoden- und Quellen-Triangulation nicht gegeben
+ Datenerhebung währen 8 Wochen
- Kein "member-checking"
+ Glaubwürdigkeit der Analyse wurde durch das Prüfen der Analyse mittels zwei Forscher_innen mit Erfahrungen im Bereich von qualitativen Methoden (Überprüfen der Kodierungs- und Analyseentscheidungen) aufgezeigt.

Transferability (Übertragbarkeit):
+ Setting und Teilnehmer_innen wurden reichhaltig beschrieben
- Erkenntnisse sind beschränkt übertragbar:
Keine randomisierte Teilnehmerauswahl à repräsentiert möglicherweise nicht die Grundgesamtheit
Die durchschnittliche Betriebszugehörigkeit der Teilnehmer_innen betrug 5.25 Jahre. Die entspricht nicht der landesweiten Fluktuation von 70% pro Jahr. Dies könnte dazu beitragen, dass die Teilnehmer_innen der Studie in dieser Hinsicht untypisch waren. Dies könnte sich auch in deren Pflegephilosophie widerspiegeln.
Die Ergebnisse der Studie lassen sich möglicherweise nicht verallgemeinern, da sie in nur einem ländlich gelegenen Altersheim durchgeführt wurde. Gemäss den Forschenden können die Ergebnisse auf andere Einrichtungen übertragen werden mit ähnlicher Grösse und Charakteristika.

Evidenzlevel der Studie: Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe der 6 S Pyramide nach DiCenso, Bayley & Hayney (2009), da es sich um eine Originalstudie handelt.

Zusammenfassung der Studie: *A staff intervention targeting resident-to-resident elder mistreatment (R-REM) in long-term care increased staff knowledge, recognition and reporting: Results from a cluster randomized trial* (Teresi et al., 2013b)

Einleitung	**Problemstellung** Ein bisher wenig beachtetes Problem, sind aggressive Interaktionen zwischen Bewohner_innen in Langzeitpflegeeinrichtungen (R-REM), welche sich negativ auf Gesundheit und Lebensqualität von Bewohner_innen auswirken können. Bisher konnten keine evidenzbasierten Studien mit Interventionen zur Verringerung oder Beseitigung (Verhinderung) von R-REM identifiziert werden. Definition R-REM: "negative and aggressive physical, sexual, or verbal interactions between long term care residents, that (as in a community setting) would likely be construed as unwelcome and have high potential to cause physical or psychological distress in the recipient." We hypothesized that R-REM, although contextually different from community elder abuse in many ways, also encompassed a spectrum of clinical phenomena ranging from verbal altercation to physical violence. **Hypothesen** 1. Da Wissen der Mitarbeiter über R-REM erhöht sich durch das Training 2. Die Häufigkeit der Erkennung und Meldung von R-REM wird in der Interventionsgruppe (Erhalt des Trainings) im Vergleich zur Kontrollgruppe erhöht **Ziel** Entwicklung eines Schulungsprogramms für Mitarbeiter, welches 1. die Identif kation und Intervention in Bezug auf R-REM-Episoden in Langzeitpflegeeinrichtungen zu verbessern 2. das Wissen des Personals in Bezug auf die Erkennung und Behandlung von R-REM erhöht; 3. die Erkennung und Meldung von R-REM durch das Personal erhöht. **Signifikanz/ Begründung der Forschungsfrage** • Bisher kein evidenzbasiertes Training, Interventionen oder Strategien gegen RRA • aufgrund fehlender Praxisforschung nur wenige Informationen in Form von Richtlinien für die Erkennung und Behandlung des Problems
Methode	**Design** Prospective cluster randomized trial = prospektive kluster-randomisierte Studie / Klumpenstudie Längsschnitt Studie (Juli 2008 - Dezember 2011) **Untersuchung** Unterschied zwischen Trainingsgruppe und Kontrollgruppe bzgl. Erkennung sowie Anzahl Meldungen von R-REM Ereignissen UND Zusammenhang zwischen Training und Steigerung von Wissen **Population:** CNAs (zertifizierte Pflegeassistenten_innen) von Pflegeheimen (mit 250 oder mehr Betten) aus zwei Regionen von New York **Stichprobe:** 5 Pflegeheime von 21 Pflegeheimen (mit 250 oder mehr Betten) aus zwei Regionen von New York **Stichprobenziehung:** probability sampling **Auswahl der Teilnehmenden** • Ein- und Ausschlusskriterien nur für Resident-Sample beschrieben und begründet, teils für Facility-Sample, nicht für CNA-Sample • Pflegepersonal aus allen Schichten, Units für Kurzaufenthalte (7 von 54) innerhalb der 5 Pflegeheime wurden ausgeschlossen, Bewohner für Kurzaufenthalte und Hospizpflege sowie welche die Einwilligung nicht vorlag, wurden ausgeschlossen **Studiengruppen:** Interventions- und Kontrollgruppen **Datenerhebung** Messinstrumente • Für jedes der beiden ersten R-REM-Trainingsmodule (1 und 2) wurde ein Pre-Post-Wissenstest mit zehn Fragen entwickelt • Ein zusätzlicher (optionaler) Wissenstest wurde für das dritte Modul entwickelt: um die Implementierung des BRDS zur Dokumentation von R-REM-Ereignissen zu bewerten. Der letztgenannte Test vergleicht die Antworten der CNAs mit den Bewertungen des Goldstandards (Vergleich Antworten von CNAs mit richtigen Antworten)

- Für die Messung des Erkennens und Dokumentierens (Melden) von R-REM wurde der RREM-BRDS (The Resident-to-Resident Elder Mistreatment Behavior Recognition and Documentation Sheets) verwendet sowie ein Interview/Fragebogen mit den Teilnehmenden geführt

Messzeitpunkte
Wissen: 3x (baseline, prä und post training)

Erkennung und Dokumentation/Meldung: wöchentlich (fortlaufend)

Interview-Daten/Fragebogen von Personal: Baseline, follow-up nach 6Mt. und 12 Mt.

Intervention
Interventionsgruppe erhält Training mit 3 Modulen
1. Erkennung RREM: Teilnehmer werden während einer halbstündigen Fortbildung über Definition, Häufigkeit, Risikofaktoren, Formen, Folgen und Auswirkungen aufgeklärt.
2. Management:
- Einführung und Wiederholung der vorherigen Sitzung und des Vortests
- Präsentation eines Films über den Umgang mit der Misshandlung älterer Menschen: Film beinhaltet div. Skits zu unterschiedlichen Erscheinungsformen von RREM: physisch, verbal, “leichtere” Formen von RREM inklusive Beispiele von guten, sowie schlechten Mitarbeiterreaktionen. Anschliessend Expertenperspektiven (psychosozial, medizinisch, pflegerischer Aspekt, juristische Sicht)
- Präsentation des SEARCH (Support, Evaluate, Act, Report, Care Plan, Help to Avoid) Ansatzes zum R-REM Management
- Rückblick

3. Umsetzung von best-practices in Bezug auf RREM:
- Einführung und Wiederholung der vorangegangenen Sitzung
- Präsentation von Umsetzungsmethoden und Formulare (Resident-to-Resident Elder Mistreatment Behavior Erkennungs- und Dokumentationsbogen (R-REM-BRDS))
- Diskussion von Methoden zum Ausfüllen des Formulars
- Präsentation von Filmsequenzen zum Üben des Ausfüllens des R-REM-BRDS
- Rückblick
- Besprechung/Repetition von Implementierungs-Richtlinien

Fokus liegt auf:
- Gruppenbeziehung der Mitarbeiter fördern
- Zusammenarbeit des Personals, um Umfeld ris koarm bzgl. R-REM zu gestalten
- Wahrheitsgetreue Umsetzungsdokumentation der Vorfälle
- Verminderung von RREM.

Kontrollgruppe wurde ebenfalls in Benutzung von R-REM-BRDS geschult (um Erkennung und Meldung messen zu können), jedoch nicht mit den restlichen Inhalten der Module.

Datenanalyse
- Für die Datenanalyse wurde die Methode Intention-to-treat (ITT) angewendet.
- Die Wissenstests wurden mit dem gepaarten t-Test analysiert
- Für die Auswertung des BRDS wurde der der chi-quadrat-test verwendet und eine Poisson Regression vorgenommen
- Es wurde ein zweiseitiger Signif kanztest ($\alpha = 0.05$) durchgeführt

Ethik
Die Studie wurde von U.S. National Institute on Aging (NIA), New York State Department of Health und U.S. National Institute of Justice genehmigt.

Ergebnisse	**Ergebnisse** Hypothese 1: Wissen des Personals • bei 5 von 10 Items des Wissenstests zu Modul 1 (Erkennung und Risikofaktoren) konnte einen signif kanten Wissenszuwachs gezeigt werden und einen Trend zur Signifikanz bei einem weiteren Item Hypothese 2: Erkennen und Melden • basline (2 Wochen vor Studienbeginn): Interventionsgruppe meldet 353 Ereignisse und Kontrollgruppe meldet 354 Ereignisse • Meldungen nach 6 Mt.: IG 580 und KG 79 • Meldungen nach 12 Mt.: IG 239 und KG 23 → Bei Interventionsgruppe sind die Meldungen auf Zeit stabil geblieben wobei sie bei der Kontrollgruppe gesunken sind. **Zentrale Ergebnisse** • bei Interventionsgruppe signif kanter ($p<0.001$) Zuwachs an Wissen beim Personal in Bezug auf R-REM nach dem Training • Interventionsgruppe (6Mt. und 12Mt.) nach dem Training signifikant höheres Level an Erkennung und Dokumentation als Kontrollgruppe ($p<0.001$)
Diskussion	**Interpretation der Ergebnisse** • Wissen, Erkennen und Melden von R-REM Ereignissen sind von hoher Wichtigkeit • Training kann Personal motivieren R-REM Ereignisse zu dokumentieren • Personal muss ermutigt werden die notwendige Meldung und vollständige Dokumentation von R-REM Ereignissen vorzunehmen, damit dadurch Verhaltensmuster identifiziert und pflegerische Strategien ausgearbeitet werden können **Limitationen** • Widerstand durch das Personal die BRDS Formulare auszufüllen → durch Zeitmangel und Arbeitsdruck • 52 von 356 (14,6%) des Pflegepersonals war während des Zeitraumes der Datenerhebung auf mehr als einer Station tätig, dabei gab es auch innerhalb der Gruppen einen Wechsel von Interventionsgruppe zu Kontrollgruppe oder umgekehrt → Crossover und Verzerrung • Randomisierung innerhalb der Einrichtungen war nicht möglich (Randomisierung von CNAs) • geringe interne Konsistenz der Wissenstests **Implikationen für Praxis und zukünftige Forschung** • In Zusammenarbeit mit der Abteilung für Informationsdienste sollte die Durchführbarkeit der Verwendung einer elektronischen Methode zur Aufzeichnung von R-REM-Ereignissen untersucht werden • R-REM sollte in Pflegeschule thematisiert werden und Meldepflicht von R-REM Ereignissen den angehenden Pflegenden erklärt werden • Schulungsprogramme sollen übergreifend über alle Pflege-Grade erfolgen (nicht nur CNAs) • die Umsetzung von theoretisch vermitteltem Wissen (Bildungsprogramme) sollte in der Praxis getestet/kontrolliert werden (Verhaltensänderungen der Mitarbeiter) → dies wurde mit dieser Studie gemacht (Modul 3) • nachhaltige Implementierung von evidenzbasierten Prakt ken bleibt eine Herausforderung • um pflegerische Interventionen für R-REM auszuarbeiten, müssen Pflegende solche Vorfälle auch als solche wahrnehmen bzw. deklarieren • kritischen Denken und klinische Fähigkeiten sind Voraussetzung für den Umgang mit R-REM • aufgrund der Vielfalt von R-REM wird ein personenzentrierter Pflegeansatz benötigt, der die Bedürfnisse und Fähigkeiten der einzelnen Bewohner berücksichtigt

Würdigung der Studie: *A staff intervention targeting resident-to-resident elder mistreatment (R-REM) in long-term care increased staff knowledge, recognition and reporting: Results from a cluster randomized trial* (Teresi et al., 2013b)

Einleitung	• Hypothesen und Ziel sind klar definiert • Das Thema/Problem wird mit empirischer Literatur gestützt
Methode	• Die prospektive clustered-randomized Studie ist geeignet für den Vergleich, bzw. Messung von Unterschieden von zwei Gruppen. Die gewählte Population in Bezug auf Fragestellung macht Sinn und vereinbart sich mit dem methodischem Vorgehen. • Datensättigung vorhanden, da Stichprobe 24% der grossen Einrichtungen aus Region ausmachen. Stichprobengrösse ist angemessen. • Generalisierbarkeit aufgrund auserwählten Daten höchstwahrscheinlich nur auf lokaler/regionaler Ebene • Dropouts werden angegeben und begründet. Ergebnisse zu Prozess des Personals könnte möglicherweise beeinflusst sein. Da aber Daten über alle Personen im Laufe der Zeit erhoben wurden, wird die Längsschnittanalyse des BDRS-Meldeformulars nicht beeinflusst. • Variablen wurden sinnvoll vollständig in Bezug auf Fragestellung ausgewählt. • Die Wahl der Messinstrumente wurde nicht nachvollziehbar durch die Forscher_innen begründet. • Reliabilität und Validität Messinstrumente: - Wissenstest: valide, geringe interne Konsistenz (α = 0.335 bzw. 0.461) → geringe Reliabilität - Interview/Fragebogen: reliabel (α = 0.9) - BRDS: valide, keine Angaben zu Reliabilität • Datenerhebung: Aufgrund Dropouts konnten follow-up Daten in bestimmten Units nicht erhoben werden. Davon waren die Daten des BRDS nicht betroffen (kontinuierliche Datenerhebung während ganzen Zeit). • Analyseverfahren: Normalverteilung der Daten (für t-test Auswertung) gegeben • durch mögliche Überkreuzungen zwischen Mitarbeiter_innen von Kontroll- und Interventionsgruppen besteht das Risiko einer Ergebnisverfälschung (Cross-over: Wechsel von CNAs von IG in KG) • Im Laufe der Zeit gab es Widerstand beim Ausfüllen des BRDS aufgrund des erhöhten Arbeitsaufwands zusammenhängend mit finanziellen Kürzungen.
Ergebnisse	• Die Ergebnisse werden übersichtlich und nachvollziehbar dargestellt.
Diskussion	• Die Studie von Teresi et al. (2013) ist sinnvoll, da bisher noch keine evidenzbasierten Interventionen für R-REM bestehen und da die Untersuchungsbedingungen nicht künstlich angepasst wurden. • Limitationen werden angegeben und diskutiert. • Die jeweiligen Interpretationen der Forschenden stimmen mit den Resultaten der Studie überein und sind nachvollziehbar. • Die Ergebnisse werden nur mit einer anderen Studie verglichen. • Es wird auch nach keinen alternativen Erklärungen für die Ergebnisse gesucht. • Forschende möchten die Studie in einem anderen klinischen Setting wiederholen.

Güte/ Evidenzlage:
Nach Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H., & Mayer, H. (2008). Lexikon der Pflegeforschung, Begriffe aus Forschung und Theorie. München: Urban & Fischer

Objektivität: (Bartholomeyczik 2008, S.75)
+ Forscher_innen waren verblindet bzgl. dem Erhalt der Intervention (IG und KG)
+ randomisiertes Sampling sowie zufällige Zuteilung zu IG und KG

Reliabilität/Zuverlässigkeit: (Bartholomeyczik 2008, S.95)
- Geringe interne Konsistenz von Wissenstests
+ Interview/Fragebogen: reliabel (α = 0.9)
- durch mögliche Überkreuzungen zwischen Mitarbeiter_innen von Kontroll- und Interventionsgruppen besteht das Risiko einer Ergebnisverfälschung (Cross-over: Wechsel von CNAs von IG in KG)

Validität/Gültigkeit: (Bartholomeyczik 2008, S.117)
+ Forschungsdesign ist angemessen für Zweck der Studie
+/- Externe Validität: Datensättigung wurde erreicht (genügend grosse Stichprobe, da Stichprobe 24% der grossen Einrichtungen aus Region ausmachen). Jedoch Generalisierbarkeit aufgrund auserwählten Daten höchstwahrscheinlich nur auf lokaler/regionaler Ebene
+ Interne Validität: Steigerung des Wissens, Erkennen und Melden von R-REM konnte auf die Trainingsintervention zurückgeführt werden (Vergleich IG und KG). Es werden keine Alternativerklärungen diskutiert.

Evidenzlevel der Studie: Die Studie befindet sich auf der untersten Stufe der 6 S Pyramide nach DiCenso, Bayley & Hayney (2009), da es sich um eine Originalstudie handelt.