

Horst Rettke¹ (PhD, RN), Irena Anna Frei² (PhD, RN), Kathrin Horlacher³ (MNS), Michael Kleinknecht-Dolf¹ (MNS), Elisabeth Spichiger^{4,5} (PhD, RN), Rebecca Spirig⁶ (PhD, RN)

¹Zentrum Klinische Pflegewissenschaft, UniversitätsSpital Zürich

²Abteilung Praxisentwicklung Pflege/MTT, Universitätsspital Basel

³Pflegeentwicklung soH, Solothurner Spitäler AG

⁴Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

⁵Bereich Fachentwicklung und Forschung, Direktion Pflege/MTT, Inselspital Universitätsspital Bern

⁶Direktion Pflege & MTTB, Universitätsspital Zürich

Pflege im Vorfeld von SwissDRG – Erfahrungen von Pflegenden mit interprofessioneller Zusammenarbeit, Führungsverhalten, Arbeitslast und Arbeitszufriedenheit



• Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?

Die Einführung von Fallkostenpauschalen hat international die Bedingungen einer professionellen Pflege beeinflusst

• Was ist neu?

Arbeitsumgebungsbedingungen sind fragil und beeinflussen Patientenergebnisse wesentlich

• Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?

Das Potenzial zum Erreichen positiver Patientenergebnisse und ausgeprägter Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen muss evaluiert und gezielt genutzt werden

her Arbeitszufriedenheit und müssen deshalb regelmäßig monitoriert werden.

Schlüsselwörter: Diagnose bezogene Fallgruppen, Qualitative Forschung, Fokusgruppen, Pflege, Arbeitszufriedenheit

Einleitung

Mit der Einführung eines Vergütungssystems für Akutspitäler auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) verkürzte sich die Aufenthaltsdauer der Patient(inn)en in den Akutspitälern der betroffenen Länder erheblich. Dies wurde bereits in den 1980er Jahren in den USA beobachtet (Kramer & Schmalenberg, 1987a) und zeigte sich auch in europäischen Ländern wie Deutschland (Braun, Klinke & Müller, 2010), den Niederlanden (Borghans, Heijink, Kool, Lagoe & Westert, 2008) oder Schweden (Mikkola, Keskimäki & Häkkinen, 2001). Aufgrund des kürzeren Aufenthaltes entließen Akutspitäler Patient(inn)en in einem weitaus reduzierteren Gesundheitszustand als früher. Dieser Umstand löste bei Pflegefachpersonen Besorgnis um die Patientensicherheit aus, die sie als belastend beschrieben (Kramer & Schmalenberg, 1987b). Parallel zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer verdichtete sich die Pflegearbeit, was zu erhöhter Arbeitsbelastung führte (Galatsch et al., 2007; Braun et al., 2010). Ebenso stand weniger Zeit für eine effektive Pflegeplanung zur Verfügung. Pflegefachpersonen brach-

Hintergrund: In der Literatur wird kritisch über die Folgen nach Einführung von Fallkostenpauschalen debattiert, die die Bedingungen für professionelles Pflegen erschwerten. Deshalb untersuchten wir die Ausprägung von Pflegekontextfaktoren (Arbeitsumgebungsbedingungen) in fünf Akutspitälern vor Einführung des neuen Vergütungssystems in der Schweiz.

Ziel: Diese qualitative Teilstudie stellt Praxiserfahrungen von Pflegenden mit den Kontextfaktoren interprofessionelle Zusammenarbeit, Führungsverhalten, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit dar.

Methode: 20 Fokusgruppeninterviews fanden mit insgesamt 146 Pflegefachpersonen in fünf Akutspitälern statt.

Ergebnisse: Die Teilnehmenden beobachteten seit längerem eine Zunahme

an Komplexität der Pflege und Invasivität von Diagnostik und Behandlung. Gleichzeitig stellten sie Verkürzungen der Aufenthaltsdauer der Patient(inn)en fest. Sie waren bestrebt, qualitativ gute Pflege anzubieten, auch in Situationen, in denen das Verhältnis von Anforderungen und Ressourcen unausgewogen war. Funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit und unterstützendes Führungsverhalten trugen wesentlich dazu bei, die täglichen Herausforderungen zu bewältigen. Die Arbeitszufriedenheit wurde aus den Interaktionen mit Patient(inn)en genährt. Auch die Arbeitsgemeinschaft des Teams spielte hier eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Schlussfolgerungen: Aus Sicht der Teilnehmenden bergen die Kontextfaktoren großes Potenzial zum Erreichen positiver Patientenergebnisse und ho-

ten dies mit erheblichen Einbußen der Pflegequalität in Verbindung (Kramer & Schmalenberg, 1987a; Braun et al., 2010).

Die Schweiz führte im Jahr 2007 das revidierte Krankenversicherungsgesetz (Bundesverwaltung, 2008) ein und regelte damit die Spitalfinanzierung gesetzlich neu. Die Einführung der SwissDRG zum 1. Januar 2012 war Bestandteil dieser Neuregelung (SwissDRG AG, 2010). Im Vorfeld von uns befragte Pflegefachpersonen befürchteten aufgrund der internationalen Erkenntnisse ebenfalls negative Auswirkungen und äußerten Bedenken, eventuelle Folgen des neuen Finanzierungssystems nicht mit ihren beruflichen Werten in Einklang bringen zu können. Sie antizipierten aber auch Chancen für Prozessoptimierungen und eine interprofessionell wirkungsvollere Zusammenarbeit (Spirig, Staudacher, Rettke & Kleinknecht, 2011).

Um mögliche Auswirkungen der SwissDRG auf die Versorgungsqualität von Patient(inn)en in Akutspitälern zu untersuchen, wurde noch vor deren Einführung das durch den Schweizerischen Nationalfond geförderte multiprofessionelle «Sinergia» Forschungsprojekt «Assessing the impact of Diagnosis Related Groups (DRGs) on patient care and professional practice» (Clarival, Fourie, Wild & Biller-Andorno, 2013) eingerichtet. Zu den fünf Teilprojekten gehörte die ebenfalls prospektiv angelegte, multizentrische Studie «Monitoring des Einflusses der DRG-Finanzierung auf Pflegekontextfaktoren in Schweizer Akutspitälern» (kurz: DRG Begleitforschung Pflege). Mit Pflegekontextfaktoren sind Arbeitsumgebungsbedingungen gemeint, «die einen Einfluss auf Pflegefachpersonen und die Pflege und somit auf pflegesensitive Patientenergebnisse haben können» (Übers. d. Autoren) (Spirig et al., 2014; 3). Für diese Studie wählten wir ein sequentielles Mixed

Methods Design (Creswell & Plano Clark, 2007) mit dem Ziel, die quantitativen Daten noch vor Einführung der SwissDRG zu erheben. Wir beabsichtigten, diese Studienresultate (Kleinknecht-Dolf et al., 2015) anschließend mit qualitativ erhobenen Daten zu erklären. Das der Mixed Methods Studie zugrunde liegende Modell der Pflegekontextfaktoren wurde literaturgestützt erarbeitet. Es wird an anderer Stelle ausführlich erläutert (Spirig et al., 2014).

Die im zweiten Halbjahr 2011 erhobenen quantitativen Studienresultate überraschten uns in folgender Hinsicht: Die Befragten schätzten die interprofessionelle Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst als tendenziell gut ein, während diese in der Literatur als problematisch, auf ungleichen Voraussetzungen beruhend (Ashworth, 2000) und von ungleichen Erwartungen geprägt beschrieben wird (Muller-Juge et al., 2013). Ähnlich gut beurteilten die Befragten das Führungsverhalten ihrer Abteilungsleitenden. Führungsverhalten wird in der Literatur als beeinflussende Größe auf die Arbeitsumgebung (Cummings et al., 2010) und auf Patientenergebnisse hervorgehoben (Wong, Cummings & Ducharme, 2013), weshalb wir dies qualitativ näher beleuchten wollten. Weiter gaben die Befragten an, etwa ein Fünftel aller erforderlichen Pflegemaßnahmen nicht wie geplant ausführen zu können. Wir wollten die kontextuellen Bedingungen solcher Situationen in Erfahrung bringen, weil selbst eine implizite Rationierung von Pflegemaßnahmen in geringem Umfang mit nachteiligen Patientenergebnissen in Zusammenhang gebracht wird (Schubert, Clarke, Aiken & DeGeest, 2012). Schließlich schätzte ein überaus hoher Anteil der Befragten ihre Arbeitszufriedenheit als hoch ein, was häufig gehörten, anekdotischen Aussagen widerspricht, in denen Unzufriedenheit

im Vordergrund steht. Diese Überlegungen leiteten uns in der Auswahl der quantitativen Studienresultate zur Exploration im Rahmen der vorliegenden qualitativen Teilstudie. Sie wurde im zweiten Halbjahr 2012 durchgeführt. Mit diesem Artikel beschreiben wir die Erfahrungen von Pflegefachpersonen in Bezug auf die ausgewählten Resultate des quantitativen Studienteils zu den pflegerelevanten Kontextfaktoren *interprofessionelle Zusammenarbeit, Führungsverhalten, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit*.

Methoden

Für die vorliegende qualitative Teilstudie unseres Mixed Methods Projekts nutzten wir die Methoden *Fokusgruppeninterviews* und *Knowledge Mapping*.

Untersuchungsgruppen und -orte

Die drei Universitäts- und zwei Kantonsspitäler in der deutschsprachigen Schweiz, die bereits an der quantitativen Datenerhebung teilnahmen, beteiligten sich auch an der qualitativen Teilstudie. Zu den Fokusgruppeninterviews luden wir Pflegefachpersonen, Abteilungsleitende und Pflegeexpert(inn)en von stationären Einheiten ein. Nach Einwilligung aller Direktor(inn)en Pflege der fünf Spitäler erhielten sämtliche Abteilungsleitenden der bettenführenden Stationen eine identisch abgefasste Ausschreibung zur Rekrutierung, mit der Bitte, ihre Mitarbeitenden zur Teilnahme zu ermuntern. Einschlusskriterien waren die Teilnahme an der quantitativen Datensammlung und eine Tätigkeit von mindestens zwei Jahren auf derselben Abteilung (Pflegefachpersonen), respektive in derselben Funktion (Abteilungsleitende und Pflegeexpert(inn)en). Damit wollten wir sicherstellen, dass die Teilnehmenden

ausreichend mit den Bedingungen ihres Arbeitsplatzes vertraut waren. Interessierte konnten sich direkt an die Koordinator(in) im jeweiligen Spital wenden, die sie dann ausführlicher informierte. Die Koordinator(in) achtete im Zusammenstellen der Fokusgruppen darauf, dass alle Fachbereiche des Spitals ausgewogen vertreten waren. Alle Teilnehmenden gaben ihre schriftliche Einwilligung.

Datensammlung

Gemeinsam mit dem Projektleiter der DRG Begleitforschung Pflege entwickelte der Erstautor Interviewfragen ausgehend von den quantitativen Resultaten zu interprofessioneller Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst, Führungsverhalten von Abteilungsleitenden, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit (Kleinknecht-Dolf et al., 2014) und diskutierte sie mit einer Reflexionsgruppe auf Eignung und Machbarkeit (Tabelle 1). Diese Gruppe setzte sich aus drei Pflegewissenschaftlerinnen mit langjähriger Expertise in qualitativen Forschungsmethoden zusammen. Die Treffen mit der Reflexionsgruppe dienten der Qualitätssicherung im Forschungsprozess (Shenton, 2004). Die Teilnehmenden erhielten im Voraus eine zusammenfassende Beschreibung der quantitativen Resultate mit den entsprechenden Interviewfragen zur individuellen Vorbereitung.

Wir führten Fokusgruppeninterviews durch, weil die Teilnehmenden bei dieser Methode voneinander Anregungen erhalten und inhaltlich aufeinander Bezug nehmen können (Morgan, 1996). Die so entstehende Dynamik sollte ein vertieftes Behandeln der Interviewthemen fördern (Wilkinson, 2004), aber auch bestehende Gruppennormen und kulturelle Werte aufzeigen (Kitzinger, 1995). Ebenfalls konnten wir mit dieser Methode bei vergleichsweise geringem Aufwand an Zeit und Personen «einen

Überblick über die Variationsbreite und Struktur von Meinungen und Einstellungen» zu den Themen gewinnen (Pelz, Schmitt & Meis, 2004; 3). Die Interviewaussagen wurden während der Interviews mit Knowledge Maps zusammenfassend visualisiert. Knowledge Maps sind bildliche Darstellungen von Informationen (Vail III, 1999), die als zentrale Begriffe oder Themen in einem Textfeld zusammengefasst und deren Beziehungen zueinander mit Linien oder Pfeilen beschrieben werden (Wiegman, Dansereau, McCagg, Rewey & Pitre, 1992).

Mit einer Ausnahme moderierte der Erstautor alle Interviews. Die Koordinator(in) des jeweiligen Spitals übernahm die Co-Moderation. Ihre Aufgabe war es, während der Interviews die Beiträge pro Thema in einem Knowledge Map zusammenzufassen und sie am Ende des Interviews den

Teilnehmenden vorzustellen. Die erste Serie von Interviews fand mit Pflegefachpersonen in allen fünf Spitälern statt. Im Anschluss prüfte der Erstautor mit der Reflexionsgruppe die Eignung des Leitfadens, der unverändert in den weiteren Interviews eingesetzt wurde. Es folgte die zweite Interviewserie mit Abteilungsleitenden, danach die dritte mit Pflegeexpert(inn)en. Nach den ersten drei Interviewserien diskutierte der Erstautor mit der Reflexionsgruppe die vorläufigen Ergebnisse. Gemeinsam entwickelten sie einen zweiten Leitfaden, um neu generierte Themen in einer vierten Serie von Fokusgruppeninterviews mit Pflegefachpersonen vertiefen zu können.

Jedes Interview wurde parallel zur Visualisierung im Knowledge Map auf einen Tonträger aufgenommen und dauerte 120 Minuten. Davon entfielen auf die Einleitung einschließlich Erläu-

Tabelle 1: Interviewfragen.

Resultate der quantitativen Erhebung Fragen Fokusgruppeninterviews [pflegerelevanter Kontextfaktor]	
Etwa die Hälfte der Pflegenden bewerten die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst als tendenziell gut [Interprofessionelle Zusammenarbeit]	<ul style="list-style-type: none"> • Was kennzeichnet eine gute Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst? • Welche Faktoren behindern sie? • Was sind die Folgen einer gut beziehungsweise nicht gut funktionierenden Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst?
Etwa die Hälfte der Pflegenden bewerten das Verhalten ihrer Führungspersonen (Abteilungsleitenden) als tendenziell gut [Führungsverhalten]	<ul style="list-style-type: none"> • Was genau erleben Sie bei Führungspersonen als unterstützend? Zusatzfrage nur an Abteilungsleitende und Pflegeexpertinnen • Inwieweit gelingt es Ihnen, im eigenen Führungsverhalten die positiven Merkmale umzusetzen?
Die befragten Pflegenden berichten, dass sie in den vergangenen sieben Tagen ungefähr ein Fünftel aller geplanten beziehungsweise erforderlichen Pflegemaßnahmen nicht ausführen konnten. [Arbeitslast]	<ul style="list-style-type: none"> • In welchen Zusammenhängen machen Sie solche Beobachtungen oder Erfahrungen? • Welche Auswirkungen zeigen sich in Situationen, in denen geplante bzw. erforderliche Pflegemaßnahmen nicht ausgeführt werden können? • Auf welche konkreten Anhaltspunkte stützen Sie sich in der Entscheidung zum Nicht-Ausführen von Pflegemaßnahmen?
Die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz und Beruf wird als hoch angegeben [Arbeitszufriedenheit]	<ul style="list-style-type: none"> • Was macht es aus, dass Pflegefachpersonen in relativ hohem Maße zufrieden sind?

terung der quantitativen Studienresultate 20 Minuten, auf die abschließende Präsentation der Maps nochmals 10 Minuten. Die abschließende Präsentation ermöglichte den Teilnehmenden im Sinne einer konsensualen Validierung, Aussagen zu ergänzen oder bei Bedarf zu korrigieren (Pelz et al., 2004).

Datenanalyse

Jedes Knowledge Map zu den Themen *interprofessionelle Zusammenarbeit, Führungsverhalten, Arbeitsbelastung* und *Arbeitszufriedenheit* bildete jeweils eine Dateneinheit. Da ein Knowledge Map bereits eine Zusammenfassung der Interviewaussagen darstellt, prüfte der Erstautor diese auf ihre inhaltliche Vollständigkeit. Dazu verglich er jedes Map mit der entsprechenden Tonaufzeichnung und ergänz-

te, wo nötig. Mit der Technik der qualitativen Inhaltsanalyse wurden die zusammengefassten Informationen aus den Knowledge Maps schrittweise auf ihre Kernaussagen reduziert (Mayring, 2010). Zuerst wurden die Knowledge Maps jeder Interviewserie (Pflegefachpersonen, Abteilungsleitende, Pflegeexpert(inn)en) pro Interviewthema quasi nebeneinander gelegt und im Sinne einer Generalisierung und weiteren Reduktion verdichtet. Erst dann wurden die Ergebnisse aller drei Interviewserien in gleicher Weise zusammengefasst, sodass zu jedem Interviewthema ein einziges Knowledge Map vorlag. Die in der vierten Interviewserie mit Pflegefachpersonen explorierten Themen wurden auf vergleichbare Art separat analysiert. Mit der Reflexionsgruppe diskutierte der

Erstautor kritisch die einzelnen Analyseschritte und die Ergebnisse. Schließlich formulierte er auf der Basis dieser Maps die Ergebnisse im Fließtext (siehe Abbildung 1).

Die jeweils zuständigen kantonalen Ethikkommissionen bewilligten die Durchführung der gesamten Mixed Methods Studie (quantitativer und qualitativer Studienteil).

Resultate

Von August bis Oktober 2012 fanden 20 Fokusgruppeninterviews statt, d.h. vier in jedem teilnehmenden Spital mit jeweils 6 – 10 Personen. Insgesamt nahmen 146 Personen teil, davon 38 Pflegefachpersonen, 37 Abteilungsleitende, 35 Pflegeexpert(inn)en und noch-

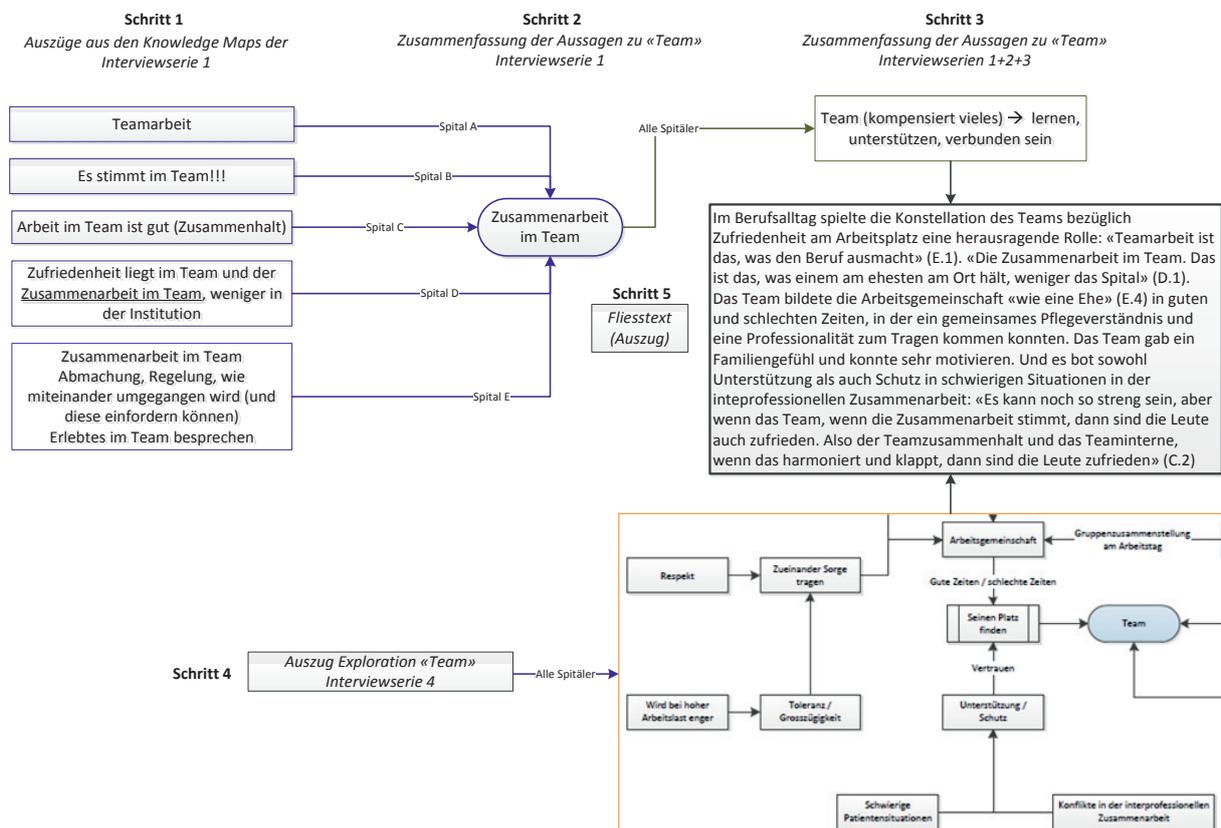


Abbildung 1: Von der Analyse zu den Resultaten.

https://content.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1012-5502/a000421 - Saturday, May 04, 2024 6:00:44 PM - IP Address: 3.129.23.30

Tabelle 2: Merkmale der Teilnehmenden.

Geschlecht		
weiblich	120	(82 %)
männlich	26	(18 %)
Alter (in Jahren)		
20–29	20	(18 %)
30–39	43	(28 %)
40–49	56	(37 %)
50–59	25	(16 %)
≥ 60	2	(1 %)
Berufsjahre		
≤ 10 Jahre	42	(29 %)
10,1–20 Jahre	36	(25 %)
20,1–30 Jahre	55	(37 %)
30,1–40 Jahre	13	(9 %)
Anstellungsgrad		
100 %	63	(43 %)
90 %	37	(25 %)
80 %	29	(20 %)
≤ 70 %	17	(12 %)

mals 36 Pflegefachpersonen in der vierten Interviewserie. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Charakteristika der Teilnehmenden.

Interprofessionelle Zusammenarbeit: «Sich seine Position erarbeiten»

Die Teilnehmenden brachten eine gut funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit mit effizienten Patientenprozessen, besseren Patientenergebnissen und guter Angehörigenbetreuung in Verbindung: «Wenn die Zusammenarbeit sehr gut läuft, ... dann haben wir reibungslose Abläufe, Verlegungen klappen, Therapien werden vorangebracht» (C.2)¹. Damit diese Zusammenarbeit gelang, mussten sich Pflegeende und Ärzte immer wieder da-

rum bemühen: «Die Absprachen müssen funktionieren, in beide Richtungen. Wenn das nicht der Fall ist, dann ist es problematisch» (A.1). Ein Indikator für gute interprofessionelle Zusammenarbeit war das Arbeiten auf gleicher Augenhöhe, um gemeinsam gesetzte Patientenziele auch gemeinsam zu verfolgen: «Wenn der Patient im Mittelpunkt steht ... und wir unsere unterschiedlichen Kompetenzen einbringen ... das ist für mich Teamarbeit» (A.1). Ärzt(innen) mussten wiederum ein Verhandeln zulassen. Prägende Merkmale waren die Wechselseitigkeit einer offenen, respektvollen Haltung und das Anerkennen und Vertrauen in die Fachkompetenz des anderen. Pflegefachpersonen mussten sich in die Zusammenarbeit einbringen: «Man muss sich (seine) Position erarbeiten» (D.4), z. B. bei der Visite: «Seinen Platz einnehmen ist wichtig. Das braucht manchmal Hartnäckigkeit» (B.4). Hier schrieben die Teilnehmenden ihren älteren Berufskolleg(inn)en stärkere Fähigkeiten zu aufgrund größeren Wissens, vermehrter Erfahrung und einer natürlichen Autorität.

Ebenso konnten sowohl Pflegeende als auch Ärzt(innen) zu einer unbefriedigenden und sich negativ auswirkenden Zusammenarbeit beitragen, wobei ein Verhaften in hierarchischen Strukturen grundsätzlich behindernd wirkte: «Wenn es z. B. heißt, ich bin der Arzt und ich habe das Sagen» (E.4). Zusätzlich zu Ärger, Stress und Unmut ergab eine schlechte interprofessionelle Zusammenarbeit ein fast identisches Umkehrbild dessen, was als Ergebnis guten Zusammenarbeitens hoch geschätzt wurde: «Ein Unterschied wie Tag und Nacht» (E.3). Es waren verzögerte Patientenprozesse, ungenügendes Symptommanagement und sowohl Image- als auch Vertrauensverlust: «Und das andere ist einfach das Gegenteil: es ist harzig, man verliert Zeit, man ist nicht effizient. Der Patient ist

viel weniger schnell bereit für den Austritt» (C.2).

Führungsverhalten: «Dass sie hinter einem stehen»

Bei Problemen im stationären Alltag erwarteten Pflegefachpersonen «..., dass sie (die Abteilungsleitenden) hinter einem stehen, ein offenes Ohr haben und das Team, d. h. uns als Pflegenden unterstützen» (D.1). Sie schätzten es «wenn das Team den Eindruck hat, die Abteilungsleitende setzt sich für uns ein, sei es inhaltlich, bei Problemen mit den Ärzten oder in Bezug auf den Stellenplan» (E.3). Integrität, Gerechtigkeit und Transparenz nannten sie als wesentliche Eigenschaften, um Vertrauen zu Vorgesetzten aufbauen zu können. Die Abteilungsleitende sollte zur Unterstützung im Alltag und in der Berufslaufbahn gezielt fordern und fördern. Dies war auch Abteilungsleitenden ein Anliegen: «... also dass da ein Gleichgewicht ist» (E.2). Und nicht zuletzt sollte die Abteilungsleitende eine gute Portion Humor besitzen.

Auf der Kehrseite standen distanzierende, indifferente oder Vertrauen untergrabende Verhaltensweisen von Abteilungsleitenden. Dazu zählten fehlende Erreichbarkeit, nicht angemessene Anforderungen, mangelnde Verbindlichkeit und Zurückhalten von Informationen. «Oder wenn gar keine Entscheidungen getroffen werden» (D.1). Pflegeende betonten, dass Abteilungsleitende ebenfalls auf unterstützendes Verhalten ihrer eigenen Vorgesetzten angewiesen sind: «Wenn ich eine gute Stationsleitung habe, aber eine weniger gute Pflegedienstleitung, dann fällt das Ganze in sich zusammen» (C.1).

Abteilungsleitende meinten, es sei unabdingbar die Strukturen, Prozesse und Personen auf ihren Bettenstationen zu kennen und über das laufende Tagesgeschäft informiert zu sein. Die Präsenz oder Erreichbarkeit einer Ab-

¹ Das Kürzel verweist auf das entsprechende Fokusgruppeninterview in der jeweiligen Institution und Interviewserie.

teilungsleitenden sei wichtig: «Ich habe eigentlich immer die Bürotür offen ... primär um zu zeigen: ich bin für euch da» (A.2). Sie sollte «da sein, wenn es brennt» (A.2), damit sie bei Engpässen Hilfe organisieren oder, falls möglich, kurzfristig selbst einspringen kann. Pflegeexpert(inn)en ergänzten: «Bei ihren Leuten präsent sein, man muss die Abteilungsleitende spüren und sie muss präsent sein» (C.3).

Arbeitsbelastung: «Berufserfahrung spielt eine große Rolle»

Die Teilnehmenden berichteten von Veränderungen der Patientenprofile über die vergangenen Jahre, noch vor Einführung der SwissDRG im Januar 2012. Die Komplexität der Pflege von Patient(inn)en sowie die Diagnostik und Behandlung nahmen zu, die Aufenthaltsdauer verkürzte sich fortwährend: «Die gleichen Patienten lagen vor ein paar Jahren zwei Wochen bei uns, jetzt sind es drei Tage oder fünf Stunden. Bei Eintritt muss man alles erfassen, man muss schauen, dass man nichts vergisst und vorbereiten. Dann haben sie den Operationstag und dann sollen sie schon nach Hause. Und alles, was zum Austritt führt, muss man jetzt einfach in den Eintrittstag oder den Operationstag packen oder in den Austrittstag, an dem sie um halb zehn gegangen sein sollen, weil nachher der nächste Patient das Bett braucht» (C.1). Patient(inn)en sind älter und multimorbider, Diagnostik und Behandlungen sind invasiver geworden: «Patienten werden älter, kränker, es werden viel mehr invasive Sachen gemacht» (B.2). Zudem wurden im Akutspital Patient(inn)en tendenziell früher und damit akut kränker von der Intensivpflegestation auf die Bettenstation verlegt: «Ein großes Problem sind die Frühverlegungen gerade von Intensivpflegestation und Aufwachraum» (B.2). Dies trug zu einem Pflegebedarf bei, der im Vergleich zu wenigen Jahren

zuvor erheblich gestiegen war: «Es ist alles anspruchsvoller. Die ganze Leistung wird komprimierter erbracht» (C.1).

Teilnehmende betonten, dass ein ausgeglichenes Verhältnis von Anforderungen und Ressourcen entscheidend war für eine Pflegequalität, die positive Patientenergebnisse zur Folge hatte. Immer wieder kam es im Alltag zu einem Anstieg des Pflegebedarfs, der mit den aktuell vorhandenen Ressourcen nicht zu bewältigen war. Dies trat ein, wenn sich der Gesundheitszustand einzelner Patient(inn)en rasch verschlechterte oder Patient(inn)en in kritischem Gesundheitszustand auf die Abteilung kamen: «Wenn es jemandem akut schlechter geht oder die Komplexität schnell zunimmt ... Dann braucht es die Anwesenheit bei einem Patienten, sodass sie (die Pflegenden) bei den anderen rationieren oder Abstriche machen muss» (E.3). Anders herum reduzierte sich die verfügbare Pflegekompetenz bei Krankheitsausfällen, wenn nicht umgehend Ersatz gefunden wurde: «Wenn man statt zu fünft zu dritt auf der Schicht ist und es trotzdem irgendwie gehen muss» (C.2). «Wenn jemand krank ist, bleibt Einiges liegen. Und wenn dann die nächste (Pflegende) keine Zeit hat, das aufzuarbeiten, dann zieht sich das weiter. Oder wenn schlichtweg niemand kommt, und das ist gar nicht so selten» (B.3). Pflegefachpersonen, die einsprangen, stellten nur einen unvollständigen Ausgleich dar, weil ihnen die Expertise in Bezug auf das Fachgebiet fehlte oder sie die Organisation, die Abläufe und die Räumlichkeiten der Abteilung nicht kannten.

Geriet das Verhältnis von Anforderungen und Ressourcen aus dem Gleichgewicht, versuchten Teilnehmende einen Teil der Aufgaben zu delegieren. Dies mit dem Ziel, trotz erhöhter Arbeitsbelastung möglichst alle geplanten und erforderlichen Pflegemaßnahmen

durchzuführen. Teilnehmende wiesen darauf hin, dass ein veränderter Pflegebedarf längst nicht immer erlaubte, Maßnahmen an nicht diplomierte Teammitglieder zu delegieren und deshalb die Arbeit bei ihnen blieb. In solchen Situationen standen Pflegefachpersonen vor der Entscheidung, welche der erforderlichen und geplanten Pflegemaßnahmen doch entfallen mussten: «Kurzinfusionen kann man nicht auslassen, Füße waschen schon» (D.2). Die Teilnehmenden betonten, dass bei diesen Entscheidungen «... die Berufserfahrung eine große Rolle spielt» (B.3). Sie wurden von Überlegungen zur Patientensicherheit geleitet, wobei vor allem das unmittelbare Eintreten negativer Folgen eine Rolle spielte. Wiederholt sagten Teilnehmende, dass ärztlich verordnete Maßnahmen weit aus seltener ausgelassen wurden, als die pflegerisch indizierten, jedoch: «Vorbereiten für den Austritt, das fällt weg» (D.2).

Häufig versuchten Pflegenden, das Durchführen von Maßnahmen ans Ende der Schicht zu verschieben. Oder die Pflegenden der nächsten Schicht wurde gebeten, diese Maßnahmen zu übernehmen, was wegen der personell schwächeren Besetzung des Spätdienstes nicht immer realistisch war: «Dem Spätdienst kann man es auch nicht überlassen, der hat auch genug» (C.1). Eine andere Strategie war, die Häufigkeit einer Maßnahme zu reduzieren, wie z.B. bei der Mobilisation: «... da geht man viele Kompromisse ein» (A.2). Beides führte zu einem kurzzeitigen Entfallen von Pflegemaßnahmen. Geschah dies über einen längeren Zeitraum, wurde das Potenzial negativer Folgen für die Patient(inn)en als sehr hoch eingeschätzt: «Es ist ein Bumerang. Es gibt zwar im Moment Entlastung, aber es kommt wieder zurück. Es ist alles verspätet, es wird noch schwieriger und es gibt Komplikationen» (D.3). Ebenso oft versuchten Pflegenden,

den hohen Arbeitsanfall mit zusätzlichem Einsatz nach Dienstende oder vor Dienstbeginn zu kompensieren.

Nicht die Pflege anbieten zu können, die als angemessen eingeschätzt wird, frustrierte und belastete die Pflegenden, löste emotionalen Stress aus und verursachte ein schlechtes Gewissen. «Das ist immer ein Thema: Das Problem, dass man nicht so pflegen kann, wie man es gerne würde» (B.3). «Es gibt einige, die ein schlechtes Gewissen haben, eine unbefriedigende Arbeit geleistet zu haben, und unzufrieden heimgehen ...» (B.2).

Die Folgen anhaltend starker Belastung und Überforderung wurden als destruktiv beschrieben. Teilnehmende sagten, dass Kolleg(inn)en äußerten: «Morgen bin ich krank» (A.1), ohne aber dann der Arbeit fernzubleiben. Schließlich wurden sie doch krank und fielen kurzfristig aus. Hielt der Zustand an, gerieten einige Teammitglieder in eine physische und emotionale Erschöpfung, fielen längerfristig aus oder sie kündigten: «Wir haben auch immer wieder Leute, die aussteigen mit einem Burn-out» (A.4). Berichtet wurde aber auch, dass andere Pflegefachpersonen diese Symptome nicht zeigten, sich aber vom Geschehen distanzieren: «Und dann gibt es noch die innere Kündigung» (A.4).

Arbeitszufriedenheit: «Das Arbeiten mit Patienten – die Zusammenarbeit im Team»

Die Teilnehmenden schickten voraus, dass ihnen der Beruf viel bedeutet. Er ist sinnstiftend und steht im Einklang mit persönlichen und beruflichen Werten: «Das ist sicher die Sinnhaftigkeit. Man kann etwas leisten, was anderen einen Benefit bringt» (A.2). Die Breite und Vielfalt des Berufsfelds faszinierte und eröffnete zahllose Perspektiven, die ermöglichten, einen beruflichen Weg zu gehen und seinen Platz einzunehmen. Der Kern der Berufsaus-

übung, die Interaktionen mit Patient(inn)en und Angehörigen, war eine wichtige Quelle der Arbeitszufriedenheit: «Zusammenarbeit mit Menschen, mit Patienten, zu sehen, was für Fortschritte sie machen oder auch zu begleiten, wenn es gegen das Ende geht» (E.1). «Man kann ja auch viel bewirken, relativ direkt. Und es kommt, so belastend eine Situation sein kann, Anerkennung in der alltäglichen Arbeit von den Patienten zurück» (D.3). Auch soziale Anerkennung und die Krisensicherheit von Arbeitsplätzen trugen zur Arbeitszufriedenheit bei.

Im Berufsalltag spielte die Konstellation des Teams bezüglich Zufriedenheit am Arbeitsplatz eine herausragende Rolle: «Teamarbeit ist das, was den Beruf ausmacht» (E.1). «Die Zusammenarbeit im Team. Das ist das, was einem am ehesten am Ort hält, weniger das Spital» (D.1). Das Team bildete die Arbeitsgemeinschaft «wie eine Ehe» (E.4) in guten und schlechten Zeiten, in der ein gemeinsames Pflegeverständnis und eine Professionalität zum Tragen kommen konnten. Das Team gab ein Familiengefühl und konnte sehr motivieren. Und es bot sowohl Unterstützung als auch Schutz in schwierigen Patientensituationen oder bei Konflikten in der interprofessionellen Zusammenarbeit: «Es kann noch so streng sein, aber wenn das Team, wenn die Konstellation stimmt, dann sind die Leute auch zufrieden. Also der Teamzusammenhalt und das Teaminterne, wenn das harmoniert und klappt, dann sind die Leute zufrieden» (C.2). Ein passender Skill-/Grade-Mix, unterstützende Führungspersonen und gut funktionierende Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst waren weitere wichtige Aspekte der Zufriedenheit. Rahmenbedingungen wie z.B. der Dienstplan, Lohn und Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen kamen bezüglich Arbeitszufriedenheit erst an zweiter Stelle. Die Patientenprofile auf

der Abteilung mit der einhergehenden Komplexität und dem therapeutischen Angebot einer Spitzenmedizin wurden als positive Herausforderungen betrachtet: «Für mich sind es ganz klar die komplexen (Patienten)» (A.1). In diesem Licht wurden auch pflegerische Innovationen und das Beteiligt sein an deren Entwicklungen gesehen: «Wir sind auf dem Weg und ich finde, das macht mich hier zufrieden, wir bleiben nicht stehen und sind in einer Entwicklung» (A.1).

Unzufrieden machten Abstriche, die in der direkten Pflege und bei der Pflegequalität umgesetzt werden mussten: «... dass (Pfleger) das Gefühl haben, sie können ihren Auftrag nicht erledigen. Und das wiederum führt zu einem schlechten Gewissen, auch zu Stress» (A.2). Hinzu kamen belastende Faktoren wie eine hohe Fluktuation, ein anhaltend hohes Arbeitspensum und das Aushelfen auf anderen Abteilungen. Der zunehmende Aufwand an Administration und Dokumentation sowie fehlender Einfluss auf oder Einsicht in getroffene Entscheidungen trugen ebenfalls zur Unzufriedenheit bei.

Diskussion

Im Rahmen der DRG Begleitforschung Pflege wurde mit dem quantitativen Studienteil bereits vor Einführung der SwissDRG in deutschschweizerischen Akutspitalern die Ausprägung pflegerrelevanter Kontextfaktoren erhoben, welche mit pflegesensitiven Ergebnissen in Verbindung gebracht werden (Spirig et al., 2014). Im vorliegenden Artikel berichten Pflegenden nun über ihre Erfahrungen im Zusammenhang mit ausgewählten Resultaten dieser Erhebung. Im Fokus der Gruppeninterviews standen die interprofessionelle Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst, das Führungsverhalten Abteilungsleitender sowie Arbeitsbelastung

und Arbeitszufriedenheit. Es zeigte sich, dass diese Kontextfaktoren eng miteinander vernetzt waren und dass, mit Ausnahme der Arbeitsbelastung, jeweils positive wie negative Erfahrungen und deren vielfältige Folgen im klinischen Alltag zur Sprache kamen. Dabei nahmen die Interviewbeiträge zur Arbeitslast einen verhältnismäßig großen Raum ein. Die Menge, aber auch die Tiefe der Interviewfragen hierzu förderten Schilderungen und Diskussionen in den Fokusgruppen, die die Erfahrungen mit der Arbeitslast ausloteten.

Die Problemfelder interprofessioneller Zusammenarbeit waren den Teilnehmenden in ihrer beruflichen Praxis ebenso vertraut, wie sie in der Literatur hinreichend beschrieben sind (Ashworth, 2000; Mason, 2002; Skei, 2008; Muller-Juge et al., 2013). Hingegen betonten die Teilnehmenden die Unverzichtbarkeit eigener Beiträge an eine gut funktionierende Zusammenarbeit: das Einbringen beruflicher Kompetenz und proaktives Verhalten. Diese Attribute wurden eher älteren Pflegenden zugeschrieben, die aufgrund langjähriger Berufserfahrung über größeres Wissen und vertiefte Kompetenzen verfügten. Sie unterstützten Berufsanfänger(innen) im klinischen Alltag dabei, positive Beispiele in der interprofessionellen Zusammenarbeit zu erleben. Dies ist wichtig, weil früh gesammelte Erfahrungen in der Zusammenarbeit nachhaltige Konsequenzen für die spätere Berufslaufbahn haben können (McGrail, Morse, Glessner & Gardner, 2008). Die Auswirkungen der Qualität interprofessioneller Zusammenarbeit auf Patientenergebnisse (Rosenstein & O'Daniel, 2008) und die Arbeitszufriedenheit Pflegenden sind in der Literatur erörtert (Rosenstein, 2002) und werden mit der vorliegenden Studie bestätigt.

An ihre Abteilungsleitenden stellten die Teilnehmenden hohe Anforderun-

gen bezüglich Zuverlässigkeit, Integrität, Fachkenntnis und Führungskompetenz, die sie mehrheitlich erfüllt sahen. Es kam deutlich zum Ausdruck, dass Abteilungsleitende selbst auf vergleichbare Qualitäten ihrer eigenen Vorgesetzten angewiesen sind. In der Literatur wird unterstützendes Führungsverhalten mit besseren Patientenergebnissen in Zusammenhang gebracht, weil es eine professionelle Berufsausübung maßgeblich fördert (Wong & Cummings, 2007). Zudem spielt unterstützendes Führungsverhalten eine wesentliche Rolle, um den kontinuierlichen Herausforderungen im Gesundheitswesen erfolgreich begegnen zu können (O'Neill, 2013). Die Teilnehmenden konnten aber ebenso einmütig Beispiele negativen Verhaltens von Abteilungsleitenden schildern. In der Literatur wird berichtet, dass dieses die professionelle Berufsausübung erheblich untergraben kann (Jackson, Hutchinson, Peters, Luck & Saltman, 2013).

Das Verhältnis von Anforderungen und Ressourcen ist ein weiterer Faktor, der entscheidend zum Erreichen von Patientenergebnissen beiträgt (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart & Zelevinsky, 2002; Sasichay-Akkadechanunt, Scalzi & Jawad, 2003). Geriet dieses Verhältnis aus dem Gleichgewicht, bemühten sich die Teilnehmenden, angestrebte Patientenergebnisse so wenig wie möglich zu kompromittieren. Dazu wurde Mehrarbeit geleistet, dennoch blieben Entscheidungen zum Nicht-Ausführen von Pflegemaßnahmen in der Regel unumgänglich. Die Entscheidungen fielen sehr häufig zugunsten ärztlicher Verordnungen aus. In die Entscheidungen flossen nicht nur Überlegungen zu Patientensicherheit und potenziellem Zeitgewinn ein, sondern auch das Rechtfertigen der Entscheidung im interprofessionellen Team. Das würde heißen, dass Pflegenden ärztlich verordnete Maßnahmen

grundsätzlich höher bewerten als pflegerische oder sie als prioritär für individuelle Patient(inn)en beurteilen. Es könnte aber auch bedeuten, dass Pflegenden ärztliche Verordnungen deswegen nicht unterließen, weil sie sich nicht im Stande fühlten oder zutrauten, dies zu argumentieren. Letzteres stünde im Widerspruch zu den Interviewbeiträgen über gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzt(inn)en und einem von der Pflege aktiv mitzugestaltenden Arbeiten auf gleicher Augenhöhe. Auf genau dieser Ebene müsste ausgehandelt werden, wie bestehende Ressourcen zum gemeinsamen Erreichen von Patientenergebnissen am besten genutzt werden könnten. Stattdessen scheint immer noch eine geschichtlich tief verwurzelte Ungleichheit der Berufsgruppen auf die Zusammenarbeit zu wirken, die als «Arzt-Schwestern-Spiel» ihren Eingang in die Literatur gefunden hat (Holyoake, 2011). Konflikte in der interprofessionellen Zusammenarbeit, wie sie in den Interviews erwähnt wurden, könnten ein weiteres Indiz für das Fortbestehen ungleicher Kräfteverhältnisse sein.

Zudem erlebten es die Teilnehmenden als nicht zufriedenstellend bis belastend, ihren Patient(inn)en bei hoher Arbeitslast und unzureichenden Ressourcen nicht durchgehend das als erforderlich eingeschätzte Maß an Pflege anbieten zu können. Im Interesse guter Patientenergebnisse und hoher Arbeitszufriedenheit von Pflegenden und Ärzten (Schmalenberg & Kramer, 2009) sind die Institutionen deshalb dringend aufgefordert, die Qualität interprofessioneller Zusammenarbeit systematisch zu fördern (Rosenstein & O'Daniel, 2008).

Die Konstellation und das Funktionieren des Teams wurden in dieser Studie in einen engen Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit gebracht. Aufgrund einer gemeinsamen Orientie-

rung, gegenseitiger Unterstützung und Vertrauen können Teams effektiv zusammenarbeiten (Kalisch, Weaver & Salas, 2009) und tragen damit beträchtlich zur Patientensicherheit bei (Manser, 2009). Die Teilnehmenden führten ihre Arbeitszufriedenheit ebenfalls auf die Qualität der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst und das unterstützende Führungsverhalten ihrer direkten Vorgesetzten zurück. Neben der Teamarbeit wird in der Literatur auch ein angemessener Stellenplan als konstituierender Zufriedenheitsfaktor bestätigt (Kalisch, Lee & Rochman, 2010) und Arbeitszufriedenheit wird als kritische Größe für die Verweildauer am Arbeitsplatz und im Beruf benannt (Kaddourah, Khalidi, Abus-Shaheen & Al-Tannir, 2013). Vor dem Hintergrund weltweit knapper Ressourcen an qualifizierten Pflegenden (Duvall & Randall Andrews, 2010) gewinnt sie damit zunehmend an Bedeutung. Arbeitszufriedenheit fiel in den Diskussionsbeiträgen kaum als bedingender Faktor für das Herstellen positiver Patientenergebnisse ins Gewicht. Eher schien es, dass Arbeitszufriedenheit ein Ergebnis gut gelingender Pflege ist – und diese bei einem angemessenen Verhältnis von Anforderungen und Ressourcen, gut funktionierender interprofessioneller Zusammenarbeit und unterstützendem Führungsverhalten noch besser oder leichter gelingt.

Unsere qualitative Teilstudie zeigt, dass die Teilnehmenden seit Jahren eine anhaltende Verdichtung ihrer Arbeit beobachteten; dies bei zunehmender Komplexität der Pflege, ansteigender Invasivität der Diagnostik und Therapie sowie einer immer kürzeren Aufenthaltsdauer. Inwieweit die Einführung der SwissDRG diese Entwicklung beeinflusst, kann aufgrund der Interviewaussagen nicht beurteilt werden. In einer deutschen Studie wurden Veränderungen nach Einführung der

DRG wie z. B. die Zunahme der Arbeitsbelastung innerhalb eines Beobachtungszeitraums von zehn Jahren festgestellt (Zander, Dobler & Busse, 2013). Deshalb soll die DRG Begleitforschung Pflege als Ausgangslage für ein längerfristiges Monitoring dienen, um so Veränderungen pflegerelevanter Kontextfaktoren zuverlässig beurteilen zu können (Kleinknecht-Dolf et al., 2014).

Limitationen

Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse sind mehrere Limitationen zu berücksichtigen. Die Voraussetzungen zur Teilnahme waren mindestens zwei Jahre Berufserfahrung und die Beteiligung an der quantitativen Datensammlung. Damit waren die unmittelbaren Perspektiven ganz junger Berufsangehöriger in den Fokusgruppen ebenso wenig vertreten, wie jener, die aus unterschiedlichen Gründen auf eine Beteiligung an der quantitativen Studie verzichteten. Gründe dafür könnten unter anderem eine sehr negative Einstellung oder starke Belastung sein. Der Erstautor war mehreren Teilnehmenden in zwei Spitälern aufgrund kollegialer Zusammenarbeit bekannt. Dieses Vertraut sein kann die Offenheit der Interviewatmosphäre positiv beeinflusst haben. Ebenso ist der Einfluss der Co-Moderation schwierig einzuschätzen, da diese Personen im jeweiligen Spital eine fachführende Position innehatten. Die Methode des Knowledge Mapping war den Co-Moderator(inn)en nur theoretisch bekannt. Dies kann die Qualität beeinträchtigt haben, wie die Interviewaussagen in den Knowledge Maps abgebildet wurden.

Schlussfolgerungen

Positive Patientenergebnisse in vertretbarer Qualität und zuverlässiger Kontinuität zu erbringen, stellte vor dem Hintergrund sich verändernder Bedingungen eine erhebliche individu-

elle und kollektive Leistung dar. Neben der erforderlichen Professionalität spielte die Ausprägung pflegerelevanter Kontextfaktoren eine wesentliche Rolle. Die vorliegende Studie veranschaulicht, inwieweit funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit, unterstützendes Führungsverhalten und angemessene Ressourcen entscheidend zum Erreichen positiver Patientenergebnisse und schließlich zu erhöhter Arbeitszufriedenheit beitragen können. Während die quantitativen Resultate allein ein eher positives Bild ergeben, wird in den qualitativen Ergebnissen eine Fragilität wahrnehmbar. Ansatzpunkte für die Zukunft liegen in der Möglichkeit, Kontextfaktoren gezielt positiv zu beeinflussen, damit Pflegenden auch weiterhin positive Patientenergebnisse erbringen und sie somit eine angemessene Arbeitszufriedenheit erleben können.

Deklaration

Diese Studie wurde finanziell unterstützt durch: Schweizerischer Nationalfond (CRSII3_132786/1), Käthe-Zingg-Schwichtenberg Fond, Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung und Olga Mayenfisch Stiftung. Gesamtprojekt: «Monitoring des Einflusses der DRG-Finanzierung auf Pflegekontextfaktoren in Schweizer Akutspitälern», eingebettet in das Sinergia Forschungsprojekt «Assessing the impact of Diagnosis Related Groups (DRGs) on patient care and professional practice»

Beiträge der einzelnen Autor(inn)en

HR: Projektleitung der qualitativen Teilstudie, Durchführung Fokusgruppeninterviews, Datenmanagement, Datenanalyse und Interpretation, Verfassen des Textes

IAF: Studienkonzeption, Interviewleitfaden, Datensammlung (lokal), Dateninterpretation, Verfassen des Textes
 KH: Co-Moderation in einem Studienzentrum (Rekrutierung, Organisation, Knowledge Mapping), Datensammlung (lokal)
 MKL: Projektleitung der Mixed Methods Gesamtstudie, Studienkonzeption, Interviewleitfaden
 ES: Studienkonzeption, Interviewleitfaden, Datensammlung (lokal), Knowledge Mapping (lokal), Dateninterpretation
 RS: Studienkonzeption, Interviewleitfaden, Dateninterpretation
 Alle Co-Autor(innen) haben darüber hinaus zum Manuskript in gleichem Maß beigetragen durch Gegenlesen, Kommentieren und Rückmeldung geben.

Nursing care in the run-up to Swiss DRG – Nurses' experiences with interprofessional collaboration, leadership, work load and job satisfaction

Background: *The literature reports critically on the consequences of the introduction of case-based hospital reimbursement systems, which hamper the delivery of professional nursing care. For this reason, we examined the characteristics of nursing service context factors (work environment factors) in acute care hospitals with regards to the introduction of the new reimbursement system in Switzerland.*

Aim: *This qualitative study describes practice experiences of nurses in the context of the characteristics of the nursing service context factors interprofessional collaboration, leadership, workload and job satisfaction.*

Methods: *Twenty focus group interviews were conducted with a total of 146 nurses in five acute care hospitals.*

Results: *The results indicated that for quite some time the participants had observed an increase in complexity of nursing care and a growing invasiveness of clinical diagnostics and treatment. At the same time they noticed a decrease in patient length of stay. They strived to offer high quality nursing care even in situations where demands outweighed resources. Good interprofessional collaboration and supportive leadership contributed substantially to nurses' ability to overcome daily challenges. Job satisfaction was bolstered by interactions with patients. Also, the role played by the nursing team itself is not to be underestimated.*

Conclusions: *From the participants' point of view, context factors harbour great potential for attaining positive patient outcomes and higher job satisfaction and have to be monitored repeatedly.*

Key words: diagnosis-related groups, qualitative research, focus groups, nursing care, job satisfaction

Literatur

Ashworth, P. (2000). Nurse-doctor relationships: conflict, competition or collaboration. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 127 – 128.
 Borghans, I.; Heijink, R.; Kool, T.; Lagoe, R. J.; Westert, G. P. (2008). Benchmarking and reducing length of stay in Dutch hospitals. *BMC Health Services Research*, 8 (220).
 Braun, B.; Klinkle, S.; Müller, R. (2010). Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. *Pflege & Gesellschaft*, 15 (1), 5 – 19.

Bundesverwaltung (2008). Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Spitalfinanzierung). Änderung vom 21. Dezember 2007. <http://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2008/9.pdf> [5.10.2014].

Clarival, C.; Fourie, C.; Wild, V.; Biller-Andorno, N. (2013). IDoC: Assessing the impact of Diagnosis Related Groups (DRGs) on patient care and professional practice. <http://www.ethik.uzh.ch/ibme/forschung/drg.html> [5.10.2014].

Creswell, J. W.; Plano Clark, V. L. (2007). *Choosing A Mixed Methods Design. Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 53 – 106.

Cummings, G. G.; MacGregor, T.; Davey, M.; Lee, H.; Wong, C. A.; Lo, E. et al. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 363 – 385.

Duvall, J. J.; Randall Andrews, D. (2010). Using a structured review of the literature to identify key factors associated with the current nursing shortage. *Journal of Professional Nursing*, 26 (5), 309 – 317.

Galatsch, M.; Krüger, C.; Quadorf, T.; Schroller, M. E.; Donath, E.; Bartholomeyczik, S. (2007). Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus der Sicht der Pflege. *Pflegezeitschrift*, 5, 272 – 276.

Holyoake, D. D. (2011). Is the doctor-nurse game still being played? *Nursing Times*, 107 (43), 12 – 14.

Jackson, D.; Hutchinson, M.; Peters, K.; Luck, L.; Saltman, D. (2013). Understanding avoidant leadership in health care: findings from a secondary analysis of two qualitative studies. *Journal of Nursing Management*, 21, 572 – 580.

Kaddourah, B. T.; Khalidi, A.; Abus-Shaheen, A. K.; Al-Tannir, M. A. (2013). Factors impacting job satisfaction among nurses from a tertiary care centre. *Journal of Clinical Nursing*. 22 (21–22), 3153 – 3159.

Kalisch, B. J.; Weaver, S. J.; Salas, E. (2009). What does nursing teamwork look like? A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 24 (4), 209 – 307.

Kalisch, B. J.; Lee, H.; Rochman, M. (2010). Nursing staff teamwork and job satis-

- faction. *Journal of Nursing Management*, 18, 938–947.
- Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups. *BMJ*, 311, 299–302.
- Kleinknecht-Dolf, M.; Spichiger, E.; Frei, I. A.; Müller, M.; Martin, J. S.; Spirig, R. (2015). Monitoring von Pflegekontextfaktoren: Erste deskriptive Studienresultate der schweizerischen DRG Begleitforschung *Pflege*. *Pflege*, 28 (2), 93–107.
- Kramer, M.; Schmalenberg, C. (1987a). Magnet Hospitals talk about the impact of DRGs on nursing care – Part I. *Nursing Management*, 18 (9), 38–42.
- Kramer, M.; Schmalenberg, C. (1987b). Magnet Hospitals talk about the impact of DRGs on nursing care – Part II. *Nursing Management*, 18 (10), 34–40.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of health-care: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 143–151.
- Mason, D. J. (2002). MD-RN: A Tired Old Dance. One mired in gender inequity and historic precedent. *American Journal of Nursing*, 102 (6), 7.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey, G.; Mruck, K. (Eds.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 601–613.
- McGrail, K. A.; Morse, D. S.; Glessner, T.; Gardner, K. (2008). “What is found there”: Qualitative analysis of physician-nurse collaboration stories. *Journal of General Internal Medicine*, 24 (2), 198–204.
- Mikkola, H.; Keskimäki, I.; Häkkinen, U. (2001). DRG-related prices applied in a public health care system – can Finland learn from Norway and Sweden? *Health Policy*, 59, 37–51.
- Morgan, D. L. (1996). Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, 22, 129–152.
- Muller-Juge, V.; Cullati, S.; Bondon, K. S.; Hudelson, P.; Maitre, F.; Vu, N. V. et al. (2013). Interprofessional collaboration on an internal medicine ward: role perceptions among nurses and residents. *PLoS ONE*, 8 (2), e57570.
- Needleman, J.; Buerhaus, P.; Mattke, S.; Stewart, M.; Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346 (22), 1715–1722.
- O'Neill, J. A. (2013). Advancing the nursing profession begins with leadership. *Journal of Nursing Administration*, 43 (4), 179–181.
- Pelz, C.; Schmitt, A.; Meis, M. (2004). Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 5 (2), Art. 35. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0402351> [5.10.2014]
- Rosenstein, A. H. (2002). Nurse-Physician Relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*, 102 (6), 26–34.
- Rosenstein, A. H.; O'Daniel, M. (2008). Managing disruptive physician behavior. Impact on staff relationships and patient care. *Neurology*, 70, 1564–1570.
- Sasichay-Akkadechanunt, T.; Scalzi, C. C.; Jawad, A. F. (2003). The relationship Between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 33 (9), 478–485.
- Schmalenberg, C.; Kramer, M. (2009). Nurse-Physician relationships in hospitals: 20 000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 29 (1), 74–83.
- Schubert, M.; Clarke, S. P.; Aiken, L. H.; DeGeest, S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 24 (3), 230–238.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22, 63–75.
- Skei, K. (2008). Collaboration at risk: registered nurses' experiences on orthopaedic wards. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (14), 1907–1914.
- Spirig, R.; Staudacher, D.; Rettke, H.; Kleinknecht, M. (2011). Wie könnten DRG die Pflege an Schweizer Spitälern beeinflussen? Aus Gesprächen mit Pflegefachpersonen. In: Wild, V.; Pfister, E.; Biller-Andorno, N. (Eds.), *DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen*. Basel: EMH.
- Spirig, R.; Spichiger, E.; Martin, J. S.; Frei, I. A.; Müller, M.; Kleinknecht, M. (2014). Monitoring the impact of the DRG payment system on nursing service context factors in Swiss acute care hospitals: Study protocol. *GMS German Medical Science*, 12 (Doc07).
- SwissDRG AG (2010). Fallpauschalen in Schweizer Spitälern. Basisinformationen für Gesundheitsfachleute. http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Tarife___Preise/Swiss_DRG/deutsch/SwissDRG_d.pdf [14.1.2014].
- Vail III, E. F. (1999). Knowledge Mapping: Getting started with knowledge management. *Information Systems Management*, 16 (4), 1–8.
- Wiegman, D. A.; Dansereau, D. F.; McCagg, E. C.; Rewey, K. L.; Pitre, U. (1992). Effects of Knowledge Map characteristics on information processing. *Contemporary Educational Psychology*, 17, 136–155.
- Wilkinson, S. (2004). Focus group research. In: Silverman, D. (Ed.), *Qualitative Research. Theory, Method and Practice* (2 ed., pp. 177–199). London: Sage Publications Ltd.
- Wong, C. A.; Cummings, G. G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 15 (5), 508–521.
- Wong, C. A.; Cummings, G. G.; Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21 (5), 709–724.
- Zander, B.; Dobler, L.; Busse, R. (2013). The introduction of DRG funding and hospital nurses' changing perceptions of their practice environment, quality of care and satisfaction: comparison of cross-sectional surveys over a 10-year period. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (2), 219–229.

Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?

Das Anwenden von Knowledge Mapping als mir persönlich neues Verfahren in der Datenanalyse.

Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?

Dass das Potenzial der „Interprofessionellen Zusammenarbeit“ stärker genutzt und die Rolle der „Teamarbeit“ stärker beachtet wird.

Was empfehlen Sie den LeserInnen zum Weiterlesen/Vertiefen?

Die mit dieser Publikation verbundenen Publikationen (Forschungsplanung, quantitative Resultate, Instrumentenentwicklung, qualitative Methode).



Korrespondenzadresse

Horst Rettke, PhD, RN
Zentrum Klinische Pflegewissenschaft
UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100
8091 Zürich
Schweiz

horst.rettke@usz.ch