

SHURP

Swiss Nursing Homes Human Resources Project

Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz

Franziska Zúñiga
Dietmar Ausserhofer
Christine Serdaly
Catherine Bassal
Sabina De Geest
René Schwendimann

Basel, Oktober 2013



SHURP – Swiss Nursing Homes Human Resources Project

Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz

**Franziska Zúñiga
Dietmar Ausserhofer
Christine Serdaly
Catherine Bassal
Sabina De Geest
René Schwendimann**

Basel, Oktober 2013

Die SHURP-Studie (Swiss Nursing Homes Human Resources Project) ist ein Forschungsprojekt zum besseren Verständnis von strukturell-organisatorischen Bedingungen, der Situation des Pflege- und Betreuungspersonals und den Bewohnerinnen und Bewohnern in Alters- und Pflegeheimen der Schweiz. Die SHURP-Studie wird durch das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel durchgeführt.

Für diesen Studienbericht verwenden Sie bitte folgende Quellenangabe:

F. Zúñiga, D. Ausserhofer, C. Serdaly, C. Bassal, S. De Geest & R. Schwendimann (2013): *Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz*. Universität Basel. <http://nursing.unibas.ch/shurp>

Alle Rechte vorbehalten.

© 2013 Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität Basel

Danksagung und Vorwort

Mit diesem Studienbericht möchten wir uns bei den Alters- und Pflegeheimen, die an der SHURP-Studie teilgenommen haben, für ihre Unterstützung und Zusammenarbeit ganz herzlich bedanken!

Nur durch die Teilnahmebereitschaft von Heimleitungen, Pflegedienstleitungen, Abteilungsleitungen und dem Pflege- und Betreuungspersonal konnte die SHURP-Studie in der Schweiz realisiert werden. Damit leisteten diese einen massgeblichen Beitrag zu einem besseren Verständnis von Organisationsmerkmalen und den verschiedenen Merkmalen beim Personal und bei den Bewohner/innen von Schweizer Pflegeheimen.

Darüber hinaus bedanken wir uns auch bei den Sponsoren, die die SHURP-Studie finanziell unterstützt haben, namentlich der Stiftung Pflegewissenschaft Schweiz, dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium, der Schweizerischen Alzheimervereinigung, der Universität Basel, einem anonymen Spender sowie bei Herrn R. Hasler, für seine private Spende. Wichtig zu erwähnen sind auch unsere beiden Kooperationspartner, die Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, die im Kontext von SHURP die komplementäre Studie RESPONS (Residents Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland) durchführt sowie die Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR), die sich bei der Untersuchung spezifischer Fragestellungen beim Pflege- und Betreuungspersonal engagiert.

Zusätzlich unterstützten die SHURP-Studie zahlreiche Organisationen als Stakeholder (in alphabetischer Reihenfolge): **AFIPA/VFA** Association Fribourgoise des Institutions pour Personnes âgées / Vereinigung Freiburgischer Alterseinrichtungen, **AVDEMS** Association Vaudoise d'Établissements Médico-Sociaux, **BAG** Bundesamt für Gesundheit, **BZG** Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt, **Curahumanis** Fachverband für Pflege und Betreuung, **CURAVIVA** Verband Heime und Institutionen Schweiz, **DSS** Dipartimento della sanità e della socialità, Divisione dell'azione sociale e delle famiglie e Ufficio del medico cantonale, **DVSP** Dachverband Schweizer Patientenstellen, **GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, **IG PH SRK** Schweizerische Interessengemeinschaft Pflegehelfer/in SRK, **OBSAN** Schweizer Gesundheitsobservatorium, **OdASanté** Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit, **SBK** Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, **Senesuisse** Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz, **Spitex Verband Schweiz**, **SVPL** Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter sowie Einzelpersonen.

Die vorliegenden Studienergebnisse sowie die weiterführenden, bereits angelaufenen wissenschaftlichen Analysen liefern wesentliche Beiträge zur Förderung und Weiterentwicklung der Arbeitsbedingungen für das Pflege- und Betreuungspersonal, der Führungsausbildung und der Personalplanung und tragen damit zur Weiterentwicklung der Pflege- und Betreuungsqualität in den Alters- und Pflegeheimen der Schweiz bei.

Franziska Zúñiga, MSN
Projektleiterin

Dr. René Schwendimann
Studienleiter

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary.....	1
1. Einleitung.....	5
1.1. Hintergrund.....	5
1.2. Studienziele	5
1.3. Methoden.....	6
1.3.a. Stichproben.....	6
1.3.b. Fragebogen und Ablauf der Befragung	6
1.3.c. Datenanalysen.....	7
1.4. Aus Eigeninitiative teilnehmende Betriebe	7
1.5. Aufbau und Inhalte des Berichtes.....	8
2. Ergebnisse.....	9
2.1. Betriebsmerkmale.....	9
2.1.a. Angaben zum Betrieb	9
2.1.b. Angaben zu den Bewohner/innen.....	15
2.1.c. Versorgungsschwerpunkte und Betreuungsangebote	17
2.1.d. Demenzspezifische Angebote.....	18
2.2. Bewohner/innenergebnisse.....	20
2.2.a. Qualitätsindikatoren.....	20
2.2.b. Erlebte Aggressionsereignisse.....	21
2.2.c. Beobachtete Misshandlung älterer Menschen	22
2.2.d. Beurteilung der Qualität von Pflege und Betreuung.....	23
2.3. Resultate Personalbefragung	24
2.3.a. Beschreibung Personal	24
2.3.b. Arbeitsumgebungsqualität	26
2.3.c. Zusammenarbeit	27
2.3.d. Arbeitsstress	28
2.3.e. Bewohnersicherheit	29
2.3.f. Überzeit	30
2.3.g. Rationierung der Pflege	30
2.4. Ergebnisse Pflege- und Betreuungspersonal	32
2.4.a. Zufriedenheit mit Arbeitsplatz / Empfehlung von Arbeitsplatz	32
2.4.b. Organisationale Bindung	33
2.4.c. Professionelle Bindung.....	33
2.4.d. Emotionale Erschöpfung	33
2.4.e. Gesundheitsbeschwerden.....	34
2.4.f. Absentismus / Präsentismus	35
2.4.g. Nadelstichverletzungen	35

2.4.h.	Kündigungsabsicht	36
2.4.i.	Mobbing	36
2.4.j.	Emotionsregulation.....	37
3.	Synthese der Ergebnisse und Diskussion.....	38
3.1.	Synthese.....	38
3.1.a.	Attraktivität der Langzeitpflege.....	38
3.1.b.	Herausforderung Demenz.....	39
3.1.c.	Regionale Stärken und Versorgungsbedarf	39
3.1.d.	Pflegepersonal physisch und psychisch stark belastet.....	40
3.1.e.	Rekrutierungsreserven an der Grenze.....	40
3.1.f.	Ringen um die Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität	41
3.2.	Weiteres Vorgehen	41
4.	Bibliographie	43
5.	Appendix.....	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl teilnehmende Betriebe nach Heimgrösse, Sprachregion und Rechtsform	9
Tabelle 2: Betriebsmerkmale nach Heimgrösse	10
Tabelle 3: Betriebsmerkmale nach Heimgrösse (Fortsetzung).....	13
Tabelle 4: Merkmale der Bewohner/innen	15
Tabelle 5: Pflegeaufwand der Bewohner/innen.....	15
Tabelle 6: Anteil Bewohner/innen mit Demenz pro Heim.....	17
Tabelle 7: Betreuungs- und Versorgungsschwerpunkte in den Pflegeheimen	17
Tabelle 8: Demenzspezifische Infrastruktur und Personal auf der Abteilungsebene	19
Tabelle 9: Häufigkeit (%) von Bewohner/innenergebnissen.....	21
Tabelle 10: Merkmale des befragten Pflege- und Betreuungspersonals.....	24
Tabelle 11: Ausbildungsland des befragten Pflege- und Betreuungspersonals	26
Tabelle 12: Vergleich % Bewohner/innen pro Pflegeaufwandgruppe in SHURP mit % Pflagetage pro Pflegeaufwandgruppe in SOMED 2011	52
Tabelle 13: Häufigkeit (%) von Bewohner/innenergebnissen in den Betrieben	53
Tabelle 14: Häufigkeit von Aggressionsereignissen	54
Tabelle 15: Misshandlung älterer Menschen.....	55
Tabelle 16: Qualität der Pflege und Betreuung	56
Tabelle 17: Arbeitsumgebungsqualität.....	57
Tabelle 18: Zusammenarbeit	59
Tabelle 19: Arbeitsstress	60
Tabelle 20: Bewohnersicherheit – Teamwork / Sicherheitsklima / Stresserkennung	62
Tabelle 21: Überzeit	64
Tabelle 22: Rationierung der Pflege.....	65
Tabelle 23: Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz / Empfehlung von Arbeitsplatz	67
Tabelle 24: Organisationale und professionelle Bindung.....	68
Tabelle 25: Emotionale Erschöpfung	69
Tabelle 26: Gesundheitsbeschwerden	70
Tabelle 27: Absentismus / Präsentismus	71
Tabelle 28: Nadelstichverletzungen	71
Tabelle 29: Kündigungsabsicht	72
Tabelle 30: Mobbing	73
Tabelle 31: Emotionsregulation	74

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: SHURP-Modell „Pflege- und Betreuungsqualität beeinflussende Faktoren“	6
Abbildung 2: Verteilung der teilnehmenden Betriebe in den drei Sprachregionen.....	9
Abbildung 3: Aufteilung des Grademix nach Sprachregion.....	12
Abbildung 4: Verteilung der Pflegestufen in den drei Sprachregionen.....	16
Abbildung 5: Abteilungen mit demenzspezifischer Infrastruktur nach Sprachregionen.....	19

Abkürzungen

AKP	Allgemeine Krankenpflege
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BESA	Bewohnerinnen Erfassungs- und Abrechnungssystem
BSN	Bachelor of Science in Nursing
D	Deutschsprachige Schweiz (Deutschschweiz)
DNI / DNII	Diplomniveau I / Diplomniveau II
EBA	Eidgenössisches Berufsattest
EDK	Erziehungsdirektorenkonferenz
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis
FA	Fachausweis (eidgenössische Berufsprüfung)
FH	Fachhochschule
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
HF	Höhere Fachschule
I	Italienischsprachige Schweiz (Tessin)
IKP	Integrierte Krankenpflege
KWS	Kinder- Wöchnerinnen- und Säuglingspflege
MSN	Master of Science in Nursing
MW	Mittelwert
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OdaSanté	Organisation der Arbeitswelt Gesundheit
PKP	Praktische Krankenpflege
PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
PsyKP	Psychiatrische Krankenpflege
RAI	Resident Assessment Instrument
F	Französischsprachige Schweiz (Romandie)
RESPONS	RESidents Perspectives Of Living in Nursing Homes in Switzerland
SA	Standardabweichung
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SHURP	Swiss Nursing Homes Human Resources Project
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz

Executive Summary

SHURP (*Swiss Nursing Homes Human Resources Project*) ist eine multizentrische Querschnittstudie, an der 181 Schweizer Alters- und Pflegeheime aus den deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Landesregionen teilnahmen. Davon repräsentierten 163 Betriebe eine Zufallsauswahl aus dem Pool der ca. 1'600 Schweizer Pflegeheime. Die SHURP-Studie (2011-2013) des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel konnte im Juni 2013 die Datensammlung erfolgreich abschliessen. Mit der SHURP-Studie soll ein umfassendes Verständnis der Zusammenhänge zwischen strukturellen und organisatorischen Profilen von Pflegeheimen, Merkmalen des Pflege- und Betreuungspersonals und Ergebnissen bei den Bewohner/innen in Schweizer Pflegeheimen gewonnen werden, um drängende Fragen in der Langzeitpflegeversorgung zu beantworten. Hierzu wurden schriftliche Befragungen zu verschiedenen Themenbereichen durchgeführt, wie beispielsweise die Merkmale des Pflege- und Betreuungspersonals (Ausbildung, Berufserfahrung usw.), Betriebsstrukturen (Betriebsgrösse, Grademix usw.), Arbeitsumgebung (Zusammenarbeit, Arbeitsbelastung usw.), Bewohner/innenergebnisse (unerwünschte Ereignisse usw.) sowie Ergebnisse beim Pflege- und Betreuungspersonal (Arbeitszufriedenheit, Gesundheit, Kündigungsabsichten usw.).

Hohe Studienbeteiligung – grosses Interesse der Pflegeheime

Die SHURP-Studie zeichnet sich durch eine erfreulich hohe Beteiligung des Pflege- und Betreuungspersonals in den teilnehmenden Betrieben aus. Von den zufällig ausgewählten Pflegeheimen liegen 5'323 ausgefüllte Fragebogen vor, was einem Gesamtrücklauf von rund 76% entspricht. Dazu kommen detaillierte Angaben von 163 Heim- und Pflegedienstleitungen zum Gesamtbetrieb und zu 434 einzelnen Abteilungen in diesen Betrieben. Die zufällig ausgewählten Studienbetriebe waren zahlenmässig wie folgt auf die drei Sprachregionen verteilt: Deutschschweiz 123 (75%), Romandie 31 (19%) und Tessin 9 (6%). Von der Betriebsgrösse her gliederten sich die Betriebe in 64 kleine (20-49 Betten), 75 mittlere (50-99 Betten) und 24 grosse (≥ 100 Betten) Alters- und Pflegeheime. Von den teilnehmenden Betrieben wiesen 61% eine eher ländliche und 39% eine eher städtische Lage auf. Punkto Rechtsform handelte es sich um öffentliche Betriebe (37%), private, öffentlich subventionierte Betriebe (27%) und private Betriebe (36%).

Heimbewohner/innen, Pflegebedarf und Versorgungsangebot

In den Alters- und Pflegeheimen der SHURP-Studie wurden sozio-demographische Angaben, Aufenthaltsdauer und Pflegestufen von 10'061 Bewohner/innen erfasst. Ihr mittleres Alter lag bei 84.7 Jahren und der Frauenanteil betrug 73.6%. Die mittlere Aufenthaltsdauer lag bei 1'274 Tagen (3.5 Jahre) und die Pflegeaufwandstufen (0-12) verteilten sich bei den Bewohner/innen insgesamt wie folgt: Stufen 0-3: 26%, Stufen 4-6: 27%, Stufen 7-9: 33% und Stufen 10-12: 11% (3% waren keiner Pflegestufe zu-

geordnet). Die teilnehmenden Heime wiesen eine Vielzahl von Versorgungsschwerpunkten und Betreuungsangeboten auf. Zu den am häufigsten genannten gehörten Demenzpflege (86%), Palliative Care (82%) und Kurzetaufenthalte (71%). Demenzspezifische Angebote mit passender Infrastruktur, Wohnform und spezifisch geschultem Personal lagen insgesamt lediglich in einem bis zu zwei Drittel der befragten Abteilungen mit Versorgungsschwerpunkt Demenz vor. In den untersuchten Alters- und Pflegeheimen wiesen 33% der Bewohner/innen eine ärztlich diagnostizierte Demenz auf und zusätzliche 27% der Bewohner/innen zeigten Demenzsymptome ohne eine entsprechende Diagnose zu haben.

Generell hohe Qualität in der Pflege und Betreuung trotz Zeitnot

Die Qualität der Pflege und Betreuung war gemäss den verwendeten Qualitätsindikatoren insgesamt hoch. Die Bewohner/innen wiesen relativ wenig häufig Dekubitus (2.7%), Harnwegsinfektionen (5.1%), Gewichtsverluste (4.5%) und freiheitsbeschränkende Massnahmen (2.9% körpernahe Fixationen) auf, allerdings zeigten sich zwischen den einzelnen Betrieben je nach Indikator deutliche Unterschiede. Vom befragten Pflege- und Betreuungspersonal waren 93% mit der Qualität der Pflege und Betreuung in ihren Betrieben eher oder sehr zufrieden und 83% würden ihr Alters- und Pflegeheim einem Mitglied ihrer Familie oder einer befreundeten Familie wahrscheinlich oder sicher empfehlen. Auf der anderen Seite fehlte dem Pflege- und Betreuungspersonal oft die Zeit, sich umfassend über den Zustand der Bewohner/innen zu informieren (35%). Ein Drittel der Befragten gab an, dass sie die Bewohner/innen oft warten lassen müssen und ein Fünftel konnte manchmal bis oft bei Ängsten und Sorgen der Bewohner/innen keinen emotionalen Beistand anbieten. Einem Viertel der Befragten fehlte manchmal bis oft die Zeit für die aktivierende Pflege, die die Selbstständigkeit der Bewohner/innen fördert oder erhält.

Das Pflege- und Betreuungspersonal – Grademix, Ausbildung und Berufserfahrung

Das Pflege- und Betreuungspersonals in den Schweizer Alters- und Pflegeheimen bestand gesamthaft aus 31% Pflegefachpersonal der tertiären Ausbildungsstufe (Abschluss einer höheren Fachschule (HF) oder einer Fachhochschule (FH)), weitere 42% wiesen einen Abschluss der Sekundarstufe (Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis oder Berufsattest) auf und die restlichen 27% waren angelerntes Hilfspersonal einschliesslich jener, die z. B. beim Schweizerischen Roten Kreuz einen Kurs als Pflegehelfer/in SRK absolviert haben. Insgesamt war der Anteil an Hilfspersonal in den Alters- und Pflegeheimen der deutschsprachigen Schweiz mit 32% beinahe doppelt so hoch wie in den übrigen Landesteilen.

Beim Pflegefachpersonal (tertiäre Ausbildungsstufe) absolvierten knapp zwei Drittel der Befragten ihre Pflegeausbildungen in der Schweiz und mehr als ein Drittel im Ausland (15% in Deutschland, 9% in Frankreich und Italien und 14% in anderen Ländern). Die Berufserfahrung in einem Pflege- und Betreuungsberuf in Jahren verteilte sich insgesamt wie folgt: weniger als 5 Jahre: 19%, 5 bis 15 Jahre:

39% und mehr als 15 Jahre: 42%. Rund ein Drittel des Pflege- und Betreuungspersonals war mehr als 50jährig und wird damit in den nächsten 10 bis 15 Jahren aus der Arbeitstätigkeit aussteigen.

Zufriedenes Personal und gute Arbeitsbedingungen

Die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz wurde durch das befragte Pflege- und Betreuungspersonal insgesamt positiv beurteilt: 88% waren mit ihrem Arbeitsplatz eher oder sehr zufrieden und 87% der Befragten würden Kolleginnen/Kollegen ihren Arbeitsplatz als guten Arbeitsort weiterempfehlen.

Die Arbeitsumgebungsqualität in den Bereichen Führung, Partizipationsmöglichkeiten, Ressourcen und Personal sowie Autonomie bei der Arbeit wurde insgesamt positiv beurteilt. Die jeweilige Zustimmung in den einzelnen Bereichen variierte je nach Merkmalen bei der Führung zwischen 72% und 90%, bei der Partizipation zwischen 77% und 90%, bei Ressourcen und Personal zwischen 61% und 76% und bei der Autonomie wies die Zustimmung 82% auf. Das befragte Pflege- und Betreuungspersonal beurteilte die Qualität der Zusammenarbeit innerhalb des eigenen Teams und mit den verschiedenen Berufsgruppen insgesamt sehr positiv. Die Zustimmungswerte reichen von 85% (Zusammenarbeit mit der Heimleiterin/dem Heimleiter) über 89% (Zusammenarbeit mit den Ärztinnen/Ärzten) bis 96% (Zusammenarbeit mit den Teamkolleginnen und -kollegen). Trotz hoher Zustimmung schwankten die Werte zwischen einzelnen Betrieben stark.

Berufliche Belastung, Stress und Gesundheitsbeschwerden

Es zeigten sich vielfältige Belastungssituationen und physische und psychische Gesundheitsbeschwerden, mit denen das Pflege- und Betreuungspersonal in den Alters- und Pflegeheimen konfrontiert ist. Die Mehrheit der Befragten litt ein bisschen oder stark an Rücken- oder Kreuzschmerzen (71%), an Energielosigkeit (66%), oder an Gelenk- oder Gliederschmerzen (51%). Dazu gab beinahe ein Viertel des Personals an, einmal pro Woche oder häufiger emotional erschöpft zu sein und mehr als ein Drittel fühlte sich am Ende des Tages ausgelaugt. Das Pflege- und Betreuungspersonal erlebte zudem auch aggressives Verhalten von den Bewohner/innen, wobei verbal aggressives Verhalten am häufigsten (23%) erlebt wurde, gefolgt von körperlich aggressivem Verhalten (10%). Über Merkmale, die auf Mobbing am Arbeitsplatz hindeuten, berichteten relativ wenige der Befragten (1.9% bis 4.7%).

Betriebstreue und Rekrutierungsschwierigkeiten

Die organisationale Bindung des Pflege- und Betreuungspersonals zu ihrem Arbeitsplatz war mit Zustimmungswerten von 63% (Stolz für diese Organisation zu arbeiten) bis 75% (Übereinstimmung der eigenen Vorstellung von guter Pflege und Betreuung mit jener der Organisation) bei einer Mehrheit der Befragten gegeben. Trotzdem denkt jede achte Pflege- und Betreuungsperson oft daran, die jetzige Stelle zu kündigen resp. die Arbeit im Alters- und Pflegeheim ganz aufzugeben.

Die grosse Mehrheit der Pflegeheime (rund 92%) beurteilte die Rekrutierungssituation beim Pflegefachpersonal (HF/FH) als schwierig oder sehr schwierig während beim Personal mit einer Ausbildung eidgenössisches Fähigkeitszeugnis noch rund zwei Drittel der Betriebe eine schwierige Rekrutierungssituation meldeten.

SHURP – der wichtige Beitrag zur Schweizer Pflegeheimszene

Mit der SHURP-Studie werden erstmals umfassende und national repräsentativ erhobene Daten zur Situation des Pflege- und Betreuungspersonals, ihrer Arbeitsumgebung und der Pflegequalität in Schweizer Alters- und Pflegeheimen vorgestellt. In weiteren Analysen werden nun verschiedene Fragestellungen untersucht, beispielsweise zu den Zusammenhängen zwischen den in diesem ersten Bericht angesprochen Themenkreisen. Diese Ergebnisse werden in den kommenden Jahren in Fach- und anderen Zeitschriften publiziert und an nationalen und internationalen Kongressen vorgestellt.

1. Einleitung

Die SHURP-Studie (Swiss Nursing Homes Human Resources Project) ist ein 3-jähriges Forschungsprojekt (2011 -2013), das vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel in 181 Alters- und Pflegeheimen der Schweiz durchgeführt wurde [1]. Die Studie baut auf bisherigen Projekten zur Pflegepersonalergebnisforschung wie z. B. RN4CAST¹ des Instituts für Pflegewissenschaft auf. Die SHURP-Studie fokussiert auf den stationären Alterspflegebereich, in dem rund ein Drittel des Pflege- und Betreuungspersonals der Schweiz beschäftigt ist und in dessen Heimen und Residenzen mehr als 89'000 ältere Menschen wohnen [2].

1.1. Hintergrund

Die demografische Entwicklung der Schweiz, mit einem wachsenden Anteil älterer, länger lebender Menschen in der Gesellschaft, wird die Nachfrage nach Service- und Unterstützungsangeboten sowie den Bedarf an stationärer Versorgung mit Pflege und Betreuung in Zukunft noch ansteigen lassen [3]. Eine wachsende Anzahl älterer Menschen wird in Pflegeheimen betreut. Diesem Versorgungsbereich hat sich die Forschung der letzten zwei Jahrzehnte mit verschiedenen Fragestellungen wie z. B. zur Pflegequalität, den Arbeitsbedingungen des Personals, den Kosten oder der Lebensqualität der Bewohner/innen gewidmet. Trotz zahlreicher, teilweise grosser internationaler Studien sind – insbesondere in der Schweiz – die komplexen Zusammenhänge und das Zusammenspiel dieser verschiedenen Faktoren, die letztlich die Versorgungsqualität von Alters- und Pflegeheimen bestimmen, nicht umfassend untersucht wurden. Zweck der SHURP-Studie war es somit, ein besseres und umfassenderes Verständnis der Zusammenhänge zwischen organisatorischen Merkmalen der Pflegeheime und den Merkmalen von Bewohner/innen und dem Pflegepersonal in Schweizer Alters- und Pflegeheimen zu gewinnen (vgl. Abbildung 1).

1.2. Studienziele

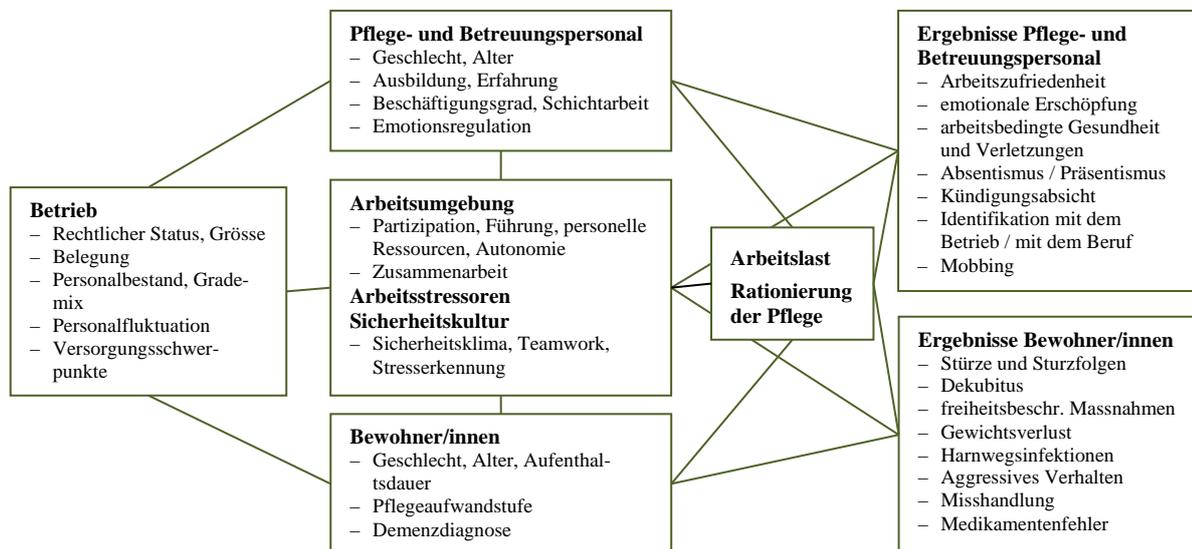
Um den Studienzweck zu erfüllen, wurden vier wesentliche Studienziele verfolgt:

1. Beschreibung des Pflege- und Betreuungspersonals (z. B. Alter, Personalkategorien), organisatorischer Merkmale (z. B. Stellenbesetzung, Skill- und Grademix), der Arbeitsumgebung (z. B. Zusammenarbeit, Unterstützung durch Vorgesetzte, Arbeitsbelastung) sowie des Sicherheitsklimas.
2. Erfassung der Pflegequalität, d. h. Häufigkeit des Vorkommens von unerwünschten Ereignissen bei den Bewohner/innen wie Stürze, Dekubitus, freiheitsbeschränkende Massnahmen oder Gewichtsverlust.
3. Beschreibung arbeitsbezogener Ergebnisse des Pflege- und Betreuungspersonals wie z. B. Arbeitszufriedenheit, emotionale Erschöpfung oder Kündigungsabsichten.

¹ RN4CAST (Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing): durch das EU 7th Health framework finanzierte Studie, an der mehr als 480 Spitäler, 35'000 Pflegenden und 10'000 Patient/innen teilnahmen (CH: 35 Spitäler, 1'700 Pflegenden, 1000 Patient/innen).

4. Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den organisatorischen Merkmalen der Pflegeheime, den Arbeitsumgebungsfaktoren, des Sicherheitsklimas und dem Vorkommen von unerwünschten Ereignissen bei Bewohner/innen und arbeitsbezogenen Ergebnissen beim Pflegepersonal.

Abbildung 1: SHURP-Modell „Pfleger- und Betreuungsqualität beeinflussende Faktoren“



1.3. Methoden

1.3.a. Stichproben

Für die SHURP-Studie wurde ein multizentrisches Querschnittstudiendesign gewählt. Dazu wurde eine Zufallsstichprobe gezogen, stratifiziert nach Sprachregion (deutsch-, französisch- und italienischsprachige Schweiz) und Betriebsgrösse der Alters- und Pflegeheime (klein: 20-49 Betten, mittel: 50-99 Betten und gross: 100 und mehr Betten). Kleinstbetriebe (<20 Betten) wurden aus methodischen Gründen nicht in die SHURP-Studie einbezogen. Das Ziel war, ca. 160 Alters- und Pflegeheime und ca. 6'000 Pflege- und Betreuungspersonen (Tertiär-, Sekundarstufenausbildung und Hilfspersonal), die direkt in der Pflege und Betreuung der Heimbewohner/innen engagiert sind (ohne Lernende/Studierende) sowie ca. 160 Heim- und Pflegedienstleitungen einzuschliessen.

1.3.b. Fragebogen und Ablauf der Befragung

Betriebs- und Abteilungsfragebogen: Die Betriebe erhielten einen Betriebsfragebogen (Teil A) für betriebsübergreifende Fragen und für jede teilnehmende Abteilung einen Betriebsfragebogen (Teil B) mit Fragen zur Abteilung und zu Bewohner/innenergebnissen. Die Betriebe hatten die Möglichkeit, die Bogen elektronisch oder von Hand auszufüllen und waren gebeten, sie bis zum Ende der Erhebungsphase der Personalbefragung ans Institut für Pflegewissenschaft zu retournieren.

Bewohnerangaben: Für die Bewohnerangaben erhielten die Betriebe eine Anleitung für einen Datenexport aus RAI oder BESA. Die Angaben wurden anonymisiert und elektronisch ans Institut für Pflegewissenschaft geschickt. Für Betriebe, die mit PLAISIR arbeiteten, wurden die anonymisierten Daten direkt von der das System verwaltenden Firma EROS zur Verfügung gestellt.

Personalfragebogen: Die Betriebe erhielten für jede Pflege- und Betreuungsperson pro Abteilung ein Kuvert mit dem Fragebogen und einem adressierten und frankierten Antwortkuvert. Die Umfrage startete an einem vom Betrieb gewählten Datum zwischen Mai 2012 und April 2013 und dauerte je nach Rücklaufquote sechs bis acht Wochen. Die Mitarbeitenden sandten den ausgefüllten Fragebogen individuell ans Institut für Pflegewissenschaft zurück. Pro Betrieb wurde eine Rücklaufquote von mehr als 60% anvisiert.

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Zudem war jeder Fragebogen so kodiert, dass nur der Betrieb und die Abteilung innerhalb des Betriebs – nicht aber die Teilnehmenden – zu Analyse Zwecken identifizierbar waren. Das Zurücksenden des Fragebogens galt als informierte Einwilligung zur Studienteilnahme. Die Studiendurchführung war zuvor von den jeweils zuständigen kantonalen Ethikkommissionen bewilligt worden.

1.3.c. Datenanalysen

Die zurückgesandten Fragebogen wurden im Institut für Pflegewissenschaft kontrolliert, elektronisch erfasst und ausgewertet. Zur Sicherstellung der korrekten Eingaben wurden systematische Qualitätskontrollen durchgeführt. Alle Datenanalysen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS 20.0 vorgenommen. Zur Beschreibung der Abteilungs- und Bewohnermerkmale und der sozio-demographischen Angaben der Befragten wurden Prozentwerte, Mittelwerte, Standardabweichungen und Streubreiten berechnet. Für die Resultate der Personalbefragung wurde jeweils der prozentuale Anteil der zustimmenden Antworten berechnet (ausser bei der Emotionsregulation, s. Erklärungen dort). Im Appendix (ab S. 51) ist für alle aufgeführten Items angegeben, wie der jeweilige Prozentwert der zustimmenden Antworten berechnet wurde.

1.4. Aus Eigeninitiative teilnehmende Betriebe

Für die SHURP-Studie wurden die teilnehmenden Heime nach Sprachregion und Heimgrösse stratifiziert und zufällig ausgewählt. Zusätzlich bestand auch die Möglichkeit, dass interessierte Heime auf Anfrage hin an der Studie teilnahmen. Insgesamt beteiligten sich so aus eigener Initiative zusätzliche 18 Betriebe, vierzehn aus der Deutschschweiz und vier aus der Romandie. Einige dieser Heime kontaktierten das Forschungsteam, nachdem sie von der Studie gehört hatten. Andere Betriebe waren z. B. Teil eines Heimverbunds und meldeten ihre Teilnahme aus Eigeninitiative an, nachdem andere Betriebe im selben Verbund zufällig ausgewählt wurden. In diesem Bericht werden die Resultate der auf

Eigeninitiative teilnehmenden Heime nicht aufgeführt, um sicherzustellen, dass sich die Befragungsergebnisse nur auf die repräsentative Stichprobe beziehen. Die Resultate der 18 Betriebe, die aus eigener Initiative teilnahmen, mit Antworten von insgesamt 661 befragten Pflege- und Betreuungspersonen, sind im separaten Benchmarking Tool enthalten. Dieses Benchmarking Tool ist nur den teilnehmenden Heimen zugänglich und erlaubt ihnen ein Benchmarking auf der Heimebene.

1.5. Aufbau und Inhalte des Berichtes

Der vorliegende Schlussbericht beinhaltet die Ergebnisse der beschreibenden Auswertung der Daten. Er ist in zwei sich gegenseitig ergänzende Teile gegliedert: 1) Den Ergebnisteil und 2) den Appendix. Der nachfolgende Ergebnisteil enthält eine narrative Zusammenfassung relevanter gesamtschweizerischer Befragungsergebnisse. Zu Beginn werden die Betriebsmerkmale (Angaben zum Betrieb und zu den Bewohner/innen) vorgestellt, um einen Überblick über die Stichprobe dieser nationalen Studie zu geben. Danach werden die Bewohner/innenergebnisse aufgeführt und die Ergebnisse der Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals, nach inhaltlichen Aspekten gegliedert, beschrieben. Zu Beginn eines jeden Abschnitts finden sich eine kurze Beschreibung des befragten Themas und soweit vorhanden eine kurze Zusammenfassung wichtiger wissenschaftlicher Erkenntnisse zum jeweiligen Thema. In verschiedenen Themenbereichen werden Unterschiede und Auffälligkeiten hinsichtlich Sprachregionen (Deutschschweiz, Romandie und Tessin), Heimgrösse (gross, mittel und klein) und Rechtsform (öffentlich, privat subventioniert und privat) kommentiert, wobei z. B. Unterschiede im Ausmass von ca. 10% als Richtgrösse dienen. Solche Unterschiede wurden für diesen Bericht nicht auf statistische Signifikanz hin überprüft, sondern werden auf Grund erwarteter komplexer Ergebniszusammenhänge Gegenstand der weiteren Datenanalysen sein.

Dem Ergebnisteil folgt ein Kapitel mit der Diskussion von ausgewählten Resultaten. Der Appendix enthält die Ergebnisdarstellung zu allen Items der Personalbefragung. Darüber hinaus finden sich im Appendix detaillierte Informationen zu den verwendeten Messinstrumenten / Fragebogen (inkl. Literaturangaben) bzw. den gestellten Fragen und den Antwortkategorien, anhand derer die entsprechenden Variablen gemessen wurden.

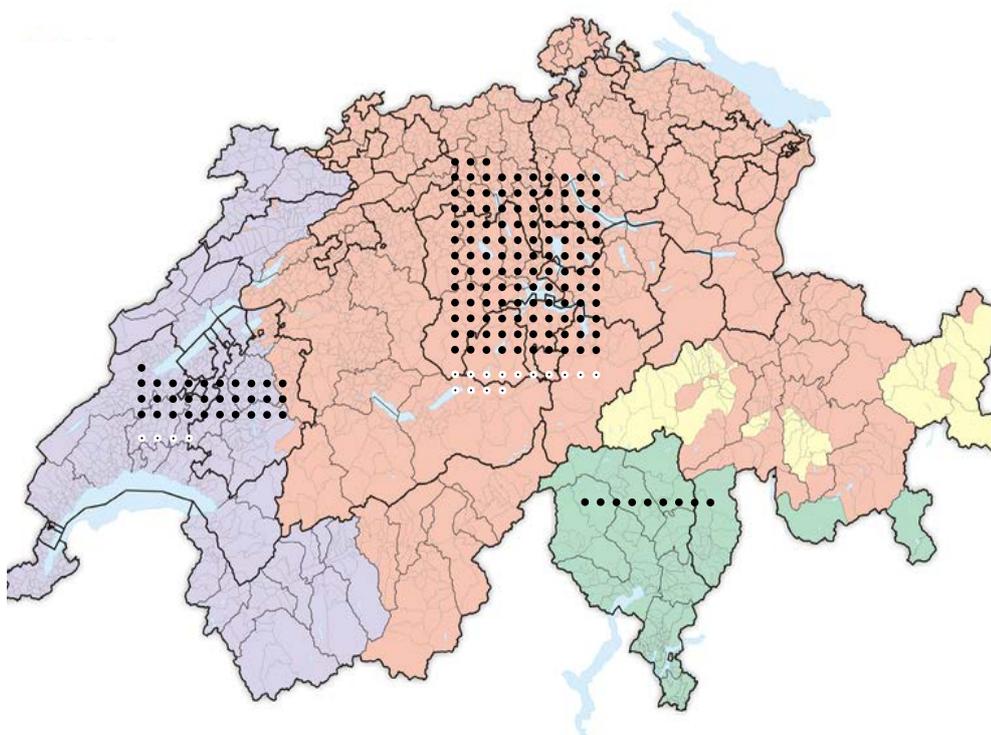
2. Ergebnisse

2.1. Betriebsmerkmale

2.1.a. Angaben zum Betrieb

An der SHURP-Studie nahmen 163 stratifiziert und zufällig ausgewählte Alters- und Pflegeheime aus der Schweiz teil. In der Folge werden die Ergebnisse wichtiger Betriebsmerkmale und Kenngrößen der 163 Alters- und Pflegeheime vorgestellt, die repräsentativ für die drei Sprachregionen der Schweiz und die gängigen Betriebsgrößen (vgl. Tabelle 1) sind. In der unten stehenden Karte ist die regionale Verteilung der teilnehmenden Betriebe ersichtlich.

Abbildung 2: Verteilung der teilnehmenden Betriebe in den drei Sprachregionen



Schwarze Punkte: Repräsentativ ausgewählte Heime
 Weisse Punkte: Aus Eigeninitiative teilnehmende Heime

Tabelle 1: Anzahl teilnehmende Betriebe nach Heimgröße, Sprachregion und Rechtsform

	Alle (n=163)	Heimgröße		
		Gross (≥ 100 Betten) (n=24)	Mittel (50-99 Betten) (n=75)	Klein (20-49 Betten) (n=64)
Sprachregion				
Deutschschweiz (D)	123	22	57	44
Romandie (F)	31	1	13	17
Tessin (I)	9	1	5	3

	Heimgrösse			
	Alle (n=163)	Gross (≥ 100 Betten) (n=24)	Mittel (50-99 Betten) (n=75)	Klein (20-49 Betten) (n=64)
Rechtsform¹				
Öffentlich	60	14	26	20
Privat subventioniert	44	6	16	22
Privat	59	4	33	22

¹ Die drei Rechtsformen wurden im Fragebogen in Anlehnung an die SOMED-Statistik des BFS wie folgt beschrieben:

- Öffentlich: es handelt sich um eine öffentlich-rechtliche Institution
- Privat subventioniert: es handelt sich um eine privatrechtliche Institution mit einer Betriebsbeitrags- oder Investitionsbeitragsgarantie und/oder einer Defizitgarantie eines Gemeinwesens
- Privat: es handelt sich um eine privatrechtliche Institution ohne Betriebsbeitrags- oder Investitionsbeitragsgarantie oder Defizitgarantie eines Gemeinwesens

Verschiedene Betriebsmerkmale wie durchschnittliche Abteilungsgrösse, Anzahl Pflege- und Betreuungstage oder Bettenbelegung sind in Tabelle 2 anhand von Mittelwerten (MW) und Standardabweichungen (SA) aufgeführt.

Tabelle 2: Betriebsmerkmale nach Heimgrösse

	Anzahl gültige n	Heimgrösse							
		Alle (n=163)		Gross (n=24)		Mittel (n=75)		Klein (n=64)	
		MW	(SA)	MW	(SA)	MW	(SA)	MW	(SA)
Rücklaufquote Personalbefragung (%)	163	76.3	(16.8)	76.1	(15.5)	79.2	(15.2)	72.9	(18.4)
Anzahl Betten pro Betrieb	163	66.8	(36.3)	134.0	(27.9)	72.7	(13.6)	34.6	(8.6)
Anzahl Abteilungen im Betrieb ¹	163	2.7	(1.7)	5.3	(1.6)	3.0	(1.2)	1.3	(0.8)
Anzahl Betten pro Abteilung ¹	163	28.6	(11.8)	27.1	(8.2)	28.1	(14.3)	29.7	(9.6)
Pflege- und Betreuungstage im 2011	153	25'796	(24'551)	46'942	(10'361)	30'208	(30'467)	12'222	(3'210)
Bettenbelegung (%)	155	97.3	(4.3)	97.1	(3.1)	97.0	(4.6)	97.6	(4.4)
Anzahl Vollzeitstellen pro 100 Betten	160	48.6	(13.3)	47.0	(8.7)	48.9	(12.6)	48.8	(15.7)
Anzahl Lernende pro 100 Betten	158	10.0	(6.0)	11.4	(6.1)	10.1	(6.0)	9.2	(6.0)
Grademix (prozentuale Verteilung der Berufsgruppen) ² :									
- Tertiärstufe (%)	160	30.6	(10.8)	34.5	(9.2)	31.5	(10.6)	27.9	(11.1)
- Sekundarstufe: EFZ u. ä. (%)	160	21.0	(10.9)	21.5	(7.7)	20.0	(11.0)	22.1	(12.0)
- Sekundarstufe: Assistenzpersonal EBA u. ä. (%)	160	20.7	(17.7)	18.4	(10.4)	20.6	(15.6)	21.7	(21.9)
- Hilfspersonal (%)	160	27.7	(16.0)	25.6	(12.9)	27.9	(14.9)	28.4	(18.5)
Fluktuation (%)	160	11.0	(10.7)	13.5	(6.8)	10.6	(8.2)	10.5	(14.2)

	Anzahl gültige n	Heimgrösse							
		Alle (n=163)		Gross (n=24)		Mittel (n=75)		Klein (n=64)	
		MW	(SA)	MW	(SA)	MW	(SA)	MW	(SA)
Anstellungsdauer Heimleitung, Heim- / Pflegedienstleitung (Personalunion) (in Jahren)	155	8.7	(7.6)	12.0	(9.4)	8.2	(6.7)	8.1	(7.7)
Anstellungsdauer Pflegedienstleitung (in Jahren)	151	5.8	(5.6)	6.0	(6.8)	5.9	(5.8)	5.5	(5.0)

¹ Insgesamt hat es 434 Abteilungen in den 163 Heimen, die an der Studie teilgenommen haben

² Beschreibung der Berufsgruppen:

- Tertiärstufe: Pflege- und Betreuungspersonal mit Hochschulabschluss oder Abschluss Höhere Fachschule (Pflegefachperson FH / BSN / MSN / DNII / HF / AKP / PsyKP / KWS / IKP, gezählt werden auch die gleichgesetzten Titel der Pflegefachperson DNI, Altenpflegerin mit 3-jähriger Ausbildung (SRK Anerkennung als DNI), u. a.)
- Sekundarstufe II: Fachperson in Pflege oder Betreuung mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) oder Fähigkeitsausweis (Fachfrau/mann Gesundheit, Fachfrau/mann Betreuung, Betagtenbetreuer/in, Krankenpflegerin FA SRK / PKP, Altenpfleger/in mit 2-jähriger Ausbildung (SRK Anerkennung als FA SRK), Gelernte/r Hauspfleger/in, Aktivierungsfachfrau/mann, und andere Ausbildungen, die mit einem eidgenössischem Fähigkeitszeugnis abschliessen)
- Sekundarstufe II: Assistenzpersonal (Assistentinnen/Assistenten Gesundheit und Soziales EBA, Pflegeassistent/in)
- Hilfspersonal (Pflegehelfer/in (z. B. Pflegehelfer/in SRK), Praktikant/innen, die längere Zeit auf der Abteilung sind und ihr Praktikum nicht im Rahmen einer Ausbildung machen)

Folgende Punkte in Tabelle 2 wiesen Unterschiede auf bezüglich Heimgrösse, Sprachregion oder Rechtsform:

Rücklaufquoten: Die Rücklaufquoten der Fragebogen des Pflege- und Betreuungspersonals waren hoch und lagen im Mittel bei 76.3 % ($\pm 16.8\%$). Nur in den Sprachregionen zeigten sich wesentliche Unterschiede (D: 78.4%, F: 73.3%, I: 57.4%). Die vergleichsweise tiefere Rücklaufquote im Tessin kann damit zusammenhängen, dass zeitnah eine andere kantonsweite Umfrage beim Personal in den Pflegeheimen stattfand.

Vollzeitstellen pro 100 Betten: Die teilnehmenden Alters- und Pflegeheime wiesen im Mittel 48.6 (± 13.3) Vollzeitstellen pro 100 Betten aus mit mehr Stellen in der Romandie, gefolgt vom Tessin und der Deutschschweiz (D: 46.0, F: 57.3, I: 54.1).

Anzahl Lernende pro 100 Betten: Im Durchschnitt gab es 10 Lernende pro 100 Betten in den Betrieben. In der Romandie war der Durchschnitt mit 6 Lernenden etwas tiefer als in den anderen Sprachregionen (D: 11.0, I: 9.2). Öffentliche Betriebe hatten mehr Lernende als privat subventioniert bzw. private Betriebe (öffentlich: 12.3, privat subventioniert: 8.5, privat: 8.7).

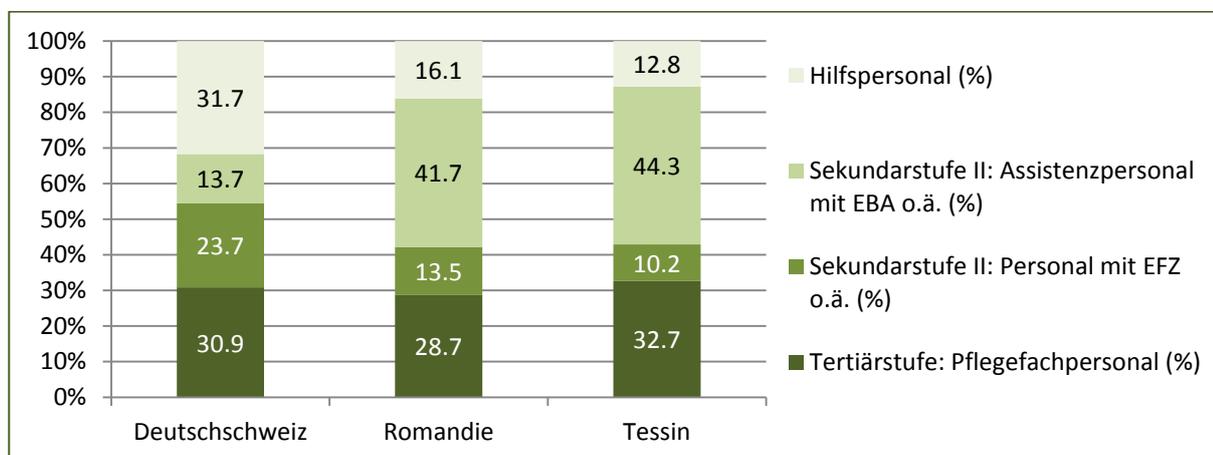
Grademix: In der Schweizer Bildungssystematik wird unterschieden zwischen der Sekundarstufe II und der Tertiärstufe. Im Gesundheitssektor findet sich Pflege- und Betreuungspersonal aus beiden Stufen: Die Sekundarstufe II folgt auf die obligatorische Schulzeit und beinhaltet als berufliche Grundbildungen sowohl 2jährige Ausbildungen, die mit einem eidgenössischen Berufsattest (EBA) abschliessen (z. B. Berufsattest Gesundheit und Soziales), wie auch 3-4jährige Ausbildungen, die auf

ein eidgenössisches Fähigkeitszeugnis (EFZ) hinführen (z. B. Fachfrau/-mann Gesundheit). Auf der Tertiärstufe wird unterschieden zwischen Ausbildungen an einer höheren Fachschule (z. B. dipl. Pflegefachfrau/-mann HF), und Ausbildungen an einer Hochschule (z. B. Bachelor oder Master of Science in Pflege, oder Master of Science in Nursing). Für die Auswertungen wurde hier die Tertiärstufe zusammengezogen. Die Sekundarstufe II wird teilweise getrennt rapportiert (Sekundarstufe: EFZ u. ä. und Sekundarstufe: Assistenzpersonal EBA u. ä.) oder zusammengefasst. Ergänzt wird die Erhebung im Personalbereich mit dem Anteil an ungelerntem oder angelerntem Hilfspersonal (z. B. ein 10-tägiger Kurs als Pflegehelfer/in SRK). Da die Gesundheitsberufe mehrere Reformen durchgemacht haben, gehören zu den einzelnen Gruppen auch Pflege- und Betreuungspersonen mit altrechtlichen Abschlüssen, die in die heutige Systematik übergeführt wurden (s. Erläuterungen bei Tabelle 2).

Gemäss den SHURP-Daten liess sich folgende Aufteilung unter den Ausbildungskategorien beobachten: Pflegefachpersonal und Betreuungspersonal auf der tertiären Ausbildungsstufe zu 30.6%, Sekundarstufe II mit EFZ zu 21.0%, Sekundarstufe II mit Assistenzpersonal zu 20.7% und Hilfspersonal zu 27.7%. Unterschiede bezüglich Sprachregion sind in Abbildung 3 ersichtlich: Beim Personal auf der Ausbildungsstufe EFZ zeigten sich Unterschiede (D: 23.7%, F: 13.5%, I: 10.2%), die wahrscheinlich mit den unterschiedlich etablierten Ausbildungsgängen der FaGe/FaBe zusammenhängen. Ebenfalls unterschiedlich verteilt waren das Assistenzpersonal (D: 13.8%, F: 41.7%, I: 44.3%) und das Hilfspersonal (D: 31.7%, F: 16.1%, I: 12.8%) mit mehr ungelerntem/angelerten Personal in der Deutschschweiz.

Zum Grademix in Alters- und Pflegeheimen liegt ein Obsan-Bericht vor, der auf Zahlen aus dem Jahr 2006 basiert [4]. Dort zeigte sich folgende Aufteilung: Tertiärstufe 28%, Sekundarstufe 17%, Assistenzstufe 43% und ohne Ausbildung 12%. Die lateinische Schweiz (Romandie und Tessin) lag auf der Tertiärstufe bei 18%. Im Vergleich zum Obsan-Bericht wies die SHURP-Studie in der Romandie und dem Tessin einen höheren Anteil an Pflegefachpersonal auf der tertiären Ausbildungsstufe auf.

Abbildung 3: Aufteilung des Grademix nach Sprachregion



Fluktuationsraten: Die Fluktuationsraten, ausgedrückt im Prozentsatz des Pflege- und Betreuungspersonals, das in den letzten sechs Monaten seine Stelle wechselte und die Abteilung, bzw. den Betrieb verliess, lag bei 11.0% ($\pm 10.7\%$). Die Fluktuationsraten beim Pflege- und Betreuungspersonals unterschieden sich nach Sprachregionen (D: 12.1%, F: 7.6%, I: 7.3%), mit höheren Raten in der Deutschschweiz.

Anstellungsdauer der Heim- und Pflegedienstleitungen: Die Heimleitung resp. Heimleitung und Pflegedienstleitung in Personalunion der teilnehmenden Betriebe waren im Mittel seit 8.7 (± 7.6) Jahren in dieser Führungsposition tätig, bei der Pflegedienstleitung waren es 5.8 (± 5.6) Jahre.

In der nachfolgenden Tabelle 3 werden weitere Betriebsmerkmale zusammengefasst, wie die Rechtsform, geografische Lage, Bewohnerabrechnungssystem, Arztsystem, Rekrutierungssituation, strukturelle Voraussetzungen für die Meldung und Bearbeitung von kritischen Ereignissen und das Fortbildungsangebot.

Tabelle 3: Betriebsmerkmale nach Heimgrösse (Fortsetzung)

	Anzahl gültige n	Alle (n=163)	Heimgrösse		
			Gross (n=24)	Mittel (n=75)	Klein (n=64)
Rechtsform	163				
– Öffentlich		36.8%	58.3%	34.7%	31.3%
– Privat subventioniert		27.0%	25.0%	21.3%	34.4%
– Privat		36.2%	16.7%	44.0%	34.4%
Geografische Lage	163				
– Ländlich		60.7%	37.5%	65.3%	64.1%
– Städtisch		39.3%	62.5%	34.7%	35.9%
Bewohnerabrechnungssystem	163				
– RAI		43.6%	58.3%	48.0%	32.8%
– BESA		43.6%	41.7%	41.3%	46.9%
– PLAISIR		12.9%	0.0%	10.7%	20.3%
Arztsystem	161				
– Heimarztsystem		27.3%	16.7%	30.7%	27.4%
– Belegarztsystem		46.0%	58.3%	46.7%	40.3%
– Gemischtes System		13.0%	8.3%	9.3%	19.4%
– Anderes System		13.7%	16.7%	13.3%	12.9%
Personalrekrutierungssituation (Antwort unter „sehr schwierig“ oder „eher schwierig“):					
– Pflegefachpersonal	161	91.9%	100.0%	86.7%	95.2%
– zertifiziertes Personal	161	64.6%	58.3%	65.3%	66.1%
– Assistenz- und Hilfspersonal	161	13.7%	4.2%	9.3%	22.6%
Fehlermeldewesen vorhanden (ja)	161	69.6%	62.5%	68.0%	74.2%
Geregelter Umgang mit unerwünschten Ereignissen (ja)	161	70.8%	62.5%	70.7%	74.2%
Jährliche Fortbildungen zu:					
– Demenz	160	76.9%	83.3%	85.1%	64.5%
– Palliative Care	161	64.0%	58.3%	70.7%	58.1%

Folgende Punkte in Tabelle 3 wiesen Unterschiede auf bezüglich Heimgrösse, Sprachregion oder Rechtsform:

Rechtsform: Bei den teilnehmenden Heimen handelte es sich um öffentliche (36.8%), privat subventionierte (27.0%) und private Betriebe (36.2%). Grosse Betriebe waren eher öffentlich, mittlere Betriebe privat. Bezüglich Sprachregionen überwogen in der Romandie und im Tessin privat subventionierte Betriebe (D: 15.4%, F: 67.7%, I: 44.4%), in der Deutschschweiz öffentliche (D: 42.3%, F: 16.1%, I: 33.3%) und private (D: 42.3%, F: 16.1%, I: 22.2%).

Geographische Lage: Von den teilnehmenden Betrieben wiesen 60.7% eine eher ländliche (D: 61.8%, F: 61.3%, I: 44.4%) und 39.3% eine eher städtische Lage auf (D: 38.2%, F: 38.7%, I: 55.6%). Beinahe zwei Drittel der grossen Heime wiesen eine eher städtische Lage auf.

Bewohnerabrechnungssystem: Die teilnehmenden Heime arbeiteten gleichermassen mit entweder RAI oder BESA (je 43.6%). In der Romandie überwog die Anwendung von PLAISIR (RAI: 12.9%, BESA: 19.4%, PLAISIR: 67.7%) und im Tessin wurde ausschliesslich mit RAI gearbeitet.

Arztsystem: Die teilnehmenden Heime arbeiteten mehrheitlich mit dem Belegarztsystem (46.0%). Das Heimarztssystem wurde von 27.3% der Betriebe eingesetzt, und 26.7% hatten ein gemischtes oder anderes Arztsystem, mit Unterschieden je nach Betriebsgrösse. Während in der Deutschschweiz die Mehrheit der Betriebe mit dem Belegarztsystem arbeiteten (D: 53.3%, F: 16.7%, I: 44.4%), überwog in der Romandie das Heimarztssystem (D: 21.3%, F: 53.3%, I: 22.2%).

Personalrekrutierungssituation: Die teilnehmenden Heime empfanden die Rekrutierungssituation beim Pflege- und Betreuungspersonal in folgendem Ausmass als schwierig oder sehr schwierig: 91.9% beim Pflegefachpersonal, 64.6% beim Personal mit EFZ und 13.7% beim Assistenz- und Hilfspersonal, wobei kleine Betriebe mehr Probleme auch beim Assistenz- und Hilfspersonal benannten. Die Schwierigkeit der Rekrutierungssituation beim Pflegefachpersonal akzentuierte sich in der Deutschschweiz (D: 96.7%, F: 76.7%, I: 77.8%), wie auch die Rekrutierungsschwierigkeit beim Personal mit EFZ (D: 75.4%, F: 30.0%, I: 33.3%). Beim Assistenz- und Hilfspersonal war es etwa gleich verteilt über die Sprachregionen (D: 13.1%, F: 16.7%, I: 11.1%).

Fehlermeldewesen und Umgang mit unerwünschten Ereignissen: Von den teilnehmenden Heimen verfügten 69.6% über ein Fehlermeldewesen und 70.8% gaben an, einen geregelten Umgang mit unerwünschten Ereignissen zu haben. In der Romandie war beides sehr weit verbreitet (Fehlermeldewesen vorhanden: D: 64.8%, F: 90.0%, I: 66.7%; geregelter Umgang mit unerwünschten Ereignissen: D: 66.4%, F: 96.7%, I: 44.4%). Privat subventionierte Betriebe hatten zu vier Fünftel den Umgang mit unerwünschten Ereignissen geregelt (öffentlich: 60.3%, privat subventioniert: 84.1%, privat: 71.2%).

Jährliche Fortbildungen: Zum Thema Demenz boten 76.9% der Heime jährlich Fortbildungen an, zum Thema Palliative Care noch 64.0%. Das Thema Demenz wurde eher in grossen oder mittleren Heimen

angeboten und Fortbildungen zu Palliative Care überwogen in der Romandie (D: 59.0%, F: 86.7%, I: 55.6%).

2.1.b. Angaben zu den Bewohner/innen

Gemäss den Angaben der Betriebe zu den Bewohner/innenmerkmalen sind in Tabelle 4 die Informationen zu Geschlecht, Alter und Aufenthaltsdauer der Bewohner/innen nach Heimgrösse zusammengefasst. Die Daten wurden entweder aus den Systemen RAI, BESA oder PLAISIR exportiert oder aus den Angaben der Bewohneradministration zusammengestellt. Die Aufenthaltsdauer bezieht sich auf die Anzahl Tage vom Eintrittsdatum bis zum Erhebungsdatum.

Tabelle 4: Merkmale der Bewohner/innen

Merkmale	Alle (n=10'061 Bewohner/innen)	Heimgrösse		
		Gross	Mittel	Klein
Alter (Jahre) MW(SA)	84.7 (8.7)	83.9 (9.1)	84.9 (8.2)	85.2 (9.0)
Aufenthaltsdauer (Tage) MW(SA)	1274 (1491)	1269 (1431)	1227 (1395)	1400 (1776)
Geschlecht: % weiblich	73.6%	72.4%	73.5%	75.7%

Pflegestufen: Tabelle 5 zeigt die Verteilung des Pflegeaufwands auf. Die Daten orientieren sich an der Neuordnung der Pflegefinanzierung mit der Abrechnung anhand von 12 Pflegestufen, wobei jede Pflegestufe einen Zeitaufwand von 20 Pflegeminuten pro 24 Stunden bedeutet.

Tabelle 5: Pflegeaufwand der Bewohner/innen

Pflegeaufwand	Anzahl gültige n ¹	Alle	Heimgrösse		
			Gross	Mittel	Klein
- % BW bis Stufe 3	2653	26.4%	28.8%	26.0%	24.0%
- % BW Stufe 4 bis 6	2707	26.9%	26.2%	26.4%	29.2%
- % BW Stufe 7 bis 9	3286	32.7%	32.8%	33.5%	30.3%
- % BW Stufe 10 bis 12	1095	10.9%	6.9%	12.0%	13.6%
- Keine Einstufung ²	320	3.1%	5.3%	2.1%	2.9%

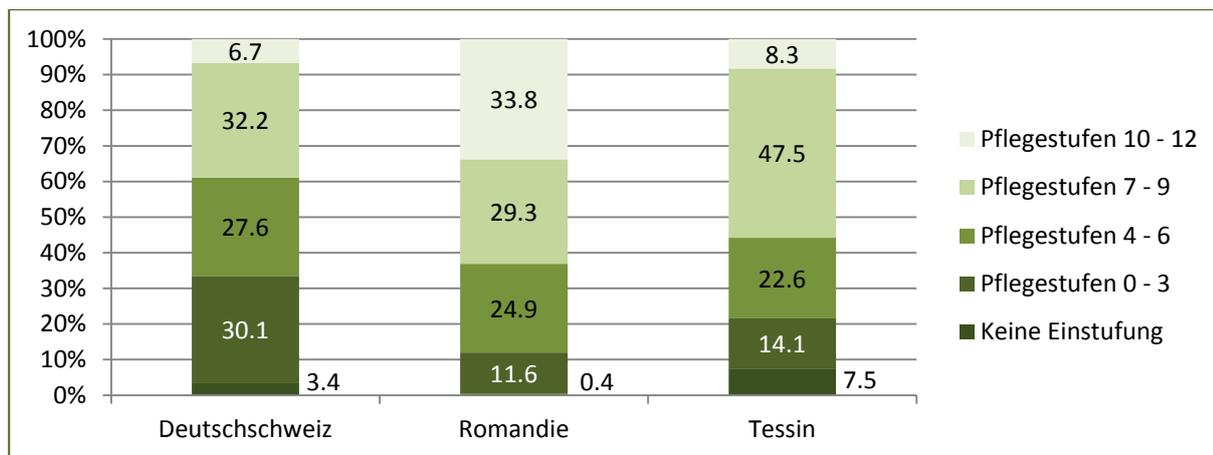
¹ n Total=10'061 Bewohner/innen

² Bewohner/innen, die zum Erhebungszeitpunkt keiner Pflegestufe zugewiesen waren, z. B. weil keine Abrechnung via RAI / BESA / PLAISIR stattfindet oder noch keine Einstufung stattgefunden hat wegen kurzlichem Heimeintritt

Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Pflegestufen in den drei Sprachregionen: In der Deutschschweiz wurden mehr Bewohner/innen in den Stufen 0 bis 3 betreut als in den anderen Sprachregionen (D: 30.1%, F: 11.6%, I: 14.1%). Im Tessin wurden am meisten Bewohner/innen in den Stufen 7 bis 9 (D: 32.2%, F: 29.3%, I: 47.5%) und in der Romandie in den Stufen 10 bis 12 betreut (D: 6.7%, F: 33.8%, I: 8.3%). In der Deutschschweiz war der Pflegeaufwand regelmässig verteilt unter den Stufen 0 bis 9

mit weniger Bewohner/innen in den Stufen 10 bis 12. Die Verteilung der Pflegestufen in den Sprachregionen zeigt in der SHURP-Studie vergleichbare Werte wie die SOMED Statistik 2011 (s. Appendix A, S. 52), wobei dort der hohe Anteil an Bewohner/innen in den Stufen 10 bis 12 in der Romandie noch ausgeprägter ist (42.7%) und in der Deutschschweiz der Anteil Bewohner/innen in den Stufen 0 bis 6 höher liegt. Bezüglich Rechtsform der Betriebe fiel auf, dass in privat-subventionierten Betrieben mehr Bewohner/innen der Stufen 10 bis 12 betreut werden (öffentlich: 9.1%, privat-subventioniert: 18.9%, privat: 7.3%).

Abbildung 4: Verteilung der Pflegestufen in den drei Sprachregionen



n=10*061 Bewohner/innen

Bewohner/innen mit Demenz: Die Heime wurden gebeten pro Abteilung anzugeben, wie viele der am Erhebungsdatum anwesenden Bewohner/innen entweder eine ärztlich diagnostizierte Demenz hatten oder bei fehlender Diagnose Symptome von Demenz aufwiesen (z. B. Gedächtnisprobleme, Schwierigkeiten mit der Sprache, dem Planen und Durchführen von alltäglichen Dingen, dem Erkennen von Gegenständen, Personen oder Orten, eine Veränderung der Persönlichkeit und Gemütsverfassung oder sozialer Rückzug).

In der SHURP-Studie zeigte sich, dass durchschnittlich pro Heim 33.0% der Bewohner/innen eine ärztlich diagnostizierte Demenz haben, und mit 26.6% beinahe nochmals so viele Bewohner/innen Symptome von Demenz aufwiesen, ohne über eine Diagnose zu verfügen (s. Tabelle 6).

In der Romandie und dem Tessin verfügten ein höherer Anteil der Bewohner/innen über eine ärztliche Diagnose (D: 29.9%, F: 42.1%, I: 43.5%) und es hatte dort insgesamt einen höheren Anteil an Bewohner/innen, die entweder eine diagnostizierte Demenz oder Symptome von Demenz aufwiesen (insgesamt: D: 54.6%, F: 67.5%, I: 72.1%). In der Q-System-Studie mit RAI-Daten aus der Deutschschweiz und dem Tessin von 2010 wiesen 47.4% der Heimbewohner/innen eine ärztlich diagnostizierte Demenz auf. Ergänzt mit den Angaben von Bewohner/innen, die über Symptome einer Demenz verfügen, kommt die Q-System-Studie zum Schluss, dass insgesamt 64.5% der Heimbewohner/innen entweder eine

ärztlich diagnostizierte Demenz oder entsprechende Symptome haben [5]. Dies wird mit den Resultaten der SHURP-Studie, die nicht auf RAI-Daten beschränkt war, in Bezug auf sprachregionsspezifische Unterschiede noch verfeinert.

Tabelle 6: Anteil Bewohner/innen mit Demenz pro Heim

BW mit Demenz	Anzahl gültige n ¹	Heimgrösse							
		Alle		Gross		Mittel		Klein	
		MW	(SA)	MW	(SA)	MW	(SA)	MW	(SA)
% BW mit ärztlich diagnostizierter Demenz	155	33.0%	(17.1)	33.0%	(11.1)	33.2%	(16.4)	32.5%	(20.1)
% BW mit Symptomen von Demenz	161	26.6%	(17.2)	23.4%	(8.7)	26.2%	(15.3)	28.4%	(21.4)
Total %BW mit ärztlich diagnostizierter Demenz oder Symptomen von Demenz	155	58.0%	(18.6)	56.4%	(10.1)	59.4%	(17.3)	56.9%	(22.9)

¹ n=163. Acht, resp. zwei Heime konnten keine Angaben zur Verfügung stellen zu der Anzahl Bewohner/innen mit diagnostizierter Demenz, resp. Symptomen von Demenz.

2.1.c. Versorgungsschwerpunkte und Betreuungsangebote

Die teilnehmenden Heime wiesen eine Vielzahl von Versorgungsschwerpunkten und Betreuungsangeboten auf (s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Betreuungs- und Versorgungsschwerpunkte in den Pflegeheimen

Schwerpunkt	Betriebe mit entsprechendem Schwerpunkt		Heimgrösse		
	Anzahl gültige n ¹	Alle	Gross	Mittel	Klein
Allgemeine Langzeitpflege	158	98.8%	95.8%	98.7%	100.0%
Demenzpflege	137	85.6%	100.0%	89.3%	75.4%
Gerontopsychiatrische Pflege	100	62.5%	54.2%	62.7%	65.6%
Palliative Care	131	81.9%	87.5%	82.7%	78.7%
Wohngruppen / betreutes Wohnen	38	23.8%	41.7%	30.7%	8.2%
Kurzzeitaufenthalte	114	71.3%	87.5%	70.7%	65.6%
Rehabilitation / Akut- und Übergangspflege	53	33.1%	58.3%	33.3%	23.0%
Tagesklinik	38	23.8%	33.3%	26.7%	16.4%
Nachtklinik	13	8.1%	16.7%	9.3%	3.3%
Langzeit-Rehabilitation	22	13.8%	16.7%	18.7%	6.6%
Langzeit-Beatmung	16	10.0%	8.3%	13.3%	6.6%

¹ n Total=163

Zu den drei am häufigsten genannten Versorgungsschwerpunkten und Betreuungsangeboten gehörten neben der Allgemeinen Langzeitpflege (98.8%) die Demenzpflege (85.6%), Palliative Care (81.9%)

und Kurzetaufenthalte (71.3%). Am wenigsten genannt waren Nachtklinik (8.1%), Langzeitbeatmung (10.0%) und Langzeitrehabilitation (13.8%), wobei sich die Versorgungsschwerpunkte und Betreuungsangebote nach Betriebsgrösse unterschieden. Der Versorgungsschwerpunkt Demenzpflege wurde in der Deutschschweiz und dem Tessin häufig genannt (D: 91.0%, F: 58.6%, I: 100.0%), Palliative Care in der Deutschschweiz und der Romandie (D: 84.4%, F: 79.3%, I: 55.6%). Sowohl Betreutes Wohnen (D: 27.9%, F: 3.4%, I: 33.3%) wie Kurzetaufenthalte (D: 82.8%, F: 27.6%, I: 55.6%) und Rehabilitation / Akut- und Übergangspflege (D: 40.2%, F: 6.9%, I: 22.2%) wurden in der Romandie weniger häufig angegeben. Die Langzeit-Rehabilitation wurde im Tessin häufig genannt (D: 13.9%, F: 6.9%, I: 33.3%). Privat subventionierte Heime gaben mehr gerontopsychiatrische Pflege an (öffentlich: 56.9%, privat subventioniert: 81.4%, privat: 54.2%), dafür weniger Kurzetaufenthalte (öffentlich: 79.3%, privat subventioniert: 55.8%, privat: 74.6%) und öffentliche Heime nannten eher Rehabilitation / Akut- und Übergangspflege (öffentlich: 46.6%, privat subventioniert: 23.3%, privat: 27.1%).

2.1.d. Demenzspezifische Angebote

Auf der Abteilungsebene wurde erfasst, welche Infrastrukturen bezüglich dem Schwerpunkt Demenz vorhanden waren und ob das Personal spezifisch geschult war. Eine passende physische Umgebung erhöht die Lebensqualität von Menschen mit Demenz. Dazu gehören z. B. ein ausgewogenes Angebot von Stimulation und Rückzugsmöglichkeiten, eine sichere Wohnumgebung mit der Möglichkeit herumzulaufen („Wandering“) und nach draussen zu gehen, sowie ein Umfeld, das unter Begleitung vertraute Alltagsaktivitäten ermöglicht, wie z. B. eine Küche [6-9].

Insgesamt gaben 315 (72.6%) von den insgesamt 434 an der Studie teilnehmenden Abteilungen an, den Schwerpunkt Demenz zu haben. Der Schwerpunkt einer Abteilung scheint jedoch nicht immer bestimmend zu sein, welche Bewohner/innen tatsächlich auf der Abteilung betreut werden. Ein Vergleich der Daten der tatsächlich auf einer Abteilung anwesenden Bewohner/innen mit Demenz (diagnostiziert oder vorhandene Symptome) mit dem deklarierten Schwerpunkt der Abteilung zeigt, dass es sowohl Abteilungen mit dem Schwerpunkt Demenz gibt, auf denen weniger als die Hälfte der Bewohner/innen Demenz haben, während auf Abteilungen ohne den Schwerpunkt bis zu 100% Bewohner/innen mit Demenz wohnen.

Von allen 434 Abteilungen haben 339 (78.1%) Angaben zu demenzspezifischer Infrastruktur und entsprechend geschultem Personal gemacht. Vier Fünftel davon hatten den Schwerpunkt Demenz. Wie in Tabelle 8 aufgezeigt, hatten rund die Hälfte der Abteilungen (51.6%) einen freien Zugang nach draussen, 59.9% hatten eine Wohnküche und ein sehr kleiner Anteil (9.7%) verfügte über räumliche Einrichtungen zur Förderung der Sinneswahrnehmungen. Gemäss den Angaben der Betriebe verfügen 59.0% der Abteilungen über speziell für den Umgang mit Menschen mit Demenz geschultes Personal. Es hat sich gezeigt, dass Schulungen zur Kommunikation und zum Umgang mit Menschen mit De-

menz das Personal in einer personenzentrierten Pflege stärken, die Interaktionen positiv unterstützen, das Wohlbefinden der Bewohner/innen verbessern und die Fluktuation beim Personal reduzieren können [10, 11].

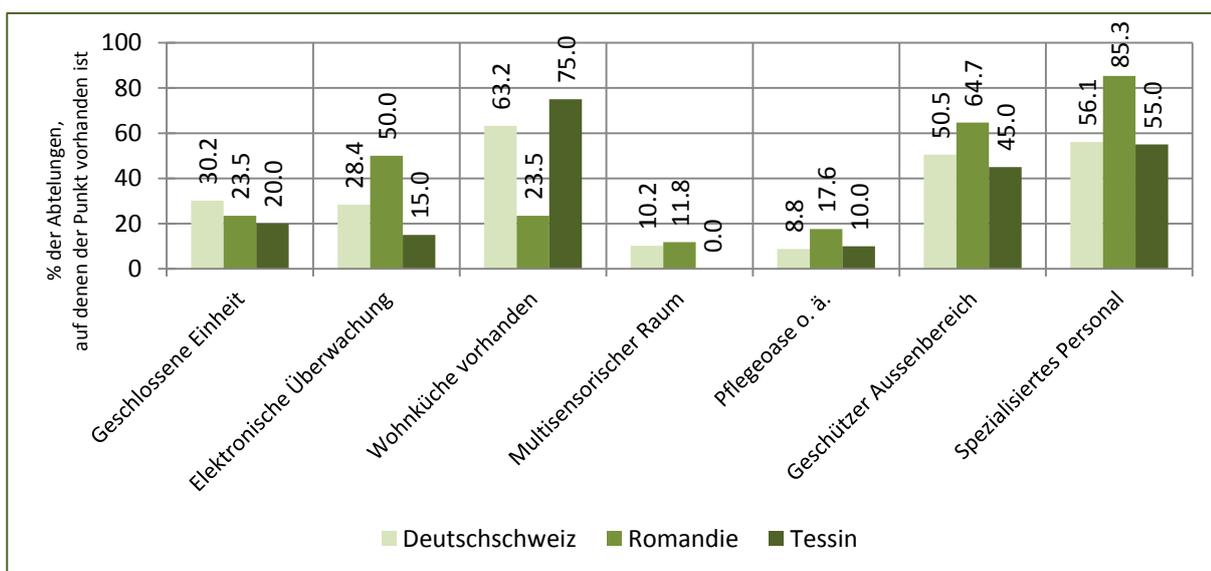
Tabelle 8: Demenzspezifische Infrastruktur und Personal auf der Abteilungsebene

Infrastruktur und Personal	Abteilungen mit dem entsprechenden Angebot		Heimgrösse		
	Anzahl gültige n ¹	Alle	Gross	Mittel	Klein
Weglaufgeschützte Abteilung (Ausgang geschützt durch Trickschloss, geschlossene Tür, Zahlencode)	98	28.9%	31.3%	29.7%	23.5%
Abteilung mit elektronischer Überwachung der Bewohner/innen, welche die Abteilung verlassen	101	29.8%	20.8%	30.3%	41.2%
Aufenthaltsraum mit Wohnküche auf Abteilung	203	59.9%	70.8%	60.6%	42.6%
Räumliche Einrichtung zur Förderung der Sinneswahrnehmung von Menschen mit Demenz (z. B. Snoezelen-Raum)	33	9.7%	8.3%	10.3%	10.3%
Mehrbettzimmer für Menschen mit schwerer Demenz, z. B. Pflegeoase	33	9.7%	5.2%	12.0%	10.3%
Für Bewohner/innen frei zugänglicher geschützter Aussenraum vorhanden (Garten, Terrasse)	175	51.6%	41.7%	51.4%	66.2%
Speziell für die Betreuung von Menschen mit einer Demenz ausgebildetes Personal (z. B. über die Grundausbildung hinausreichende, vertiefte Kenntnisse in Validation, Biografiearbeit, Milieupflege, basale Stimulation, Umgang mit herausforderndem Verhalten)	200	59.0%	66.7%	55.4%	57.4%

¹ Anzahl Abteilungen mit Angaben zur demenzspezifischen Infrastruktur und spezialisiertem Personal: n=339

Über alle Punkte lassen sich grosse regionale Unterschiede beobachten (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Abteilungen mit demenzspezifischer Infrastruktur nach Sprachregionen



n=339

Während es in der Romandie am meisten Abteilungen mit spezialisiertem Personal und Zugang zu einem geschützten Aussenbereich hat und am ehesten mit elektronischer Überwachung gearbeitet wird, verfügen Abteilungen im Tessin und der Deutschschweiz eher über Wohnküchen. Hier zeigt sich ein regionsspezifischer Bedarf für weitere Investitionen, wobei beim Thema der multisensorischen Stimulation zu sagen gilt, dass der Förderung der Sinneswahrnehmungen eine hohe Bedeutung in den alltäglichen Aktivitäten wie z. B. bei der Körperpflege oder beim Spazieren gegeben werden kann und diese nicht primär an räumliche Strukturen gebunden ist.

2.2. Bewohner/innenergebnisse

Zu den Ergebnissen auf der Ebene der Bewohner/innen wurden die Betriebe einerseits gebeten, verschiedene unerwünschte Ereignisse oder andere Ergebnisse zu erheben, die eine Aussage über die Pflegequalität erlauben. Andererseits wurde das Pflegepersonal im Personalfragebogen zu ihrer Einschätzung der Pflegequalität, sowie dem eigenen Erleben von Aggressionsereignissen und dem Beobachten der Misshandlung älterer Menschen befragt.

2.2.a. Qualitätsindikatoren

Gemäss den Angaben der Betriebe zu den Bewohner/innenergebnissen befindet sich in Tabelle 9 eine Zusammenfassung mit dem prozentualen Anteil von Bewohner/innen, die ein bestimmtes Ergebnis aufwiesen, jeweils im Verhältnis zu allen anwesenden Bewohner/innen (s. Appendix B, S.53, für eine genauere Beschreibung der Messung). Es wird hier der Durchschnitt über den einzelnen Heimwerten rapportiert.

Die im Rahmen von SHURP erfasste Dekubitusprävalenz war mit insgesamt 2.7% tief und es fiel auf, dass beinahe 40% aller Dekubitus ausserhalb des Heimes entstanden sind. Bei den freiheitsbeschränkenden Massnahmen traten Bettgitter mit 18.5% am häufigsten auf. Hier gab es regionale Unterschiede mit 16.3% in der Deutschschweiz, 20.6% in der Romandie und 42.1% im Tessin. Das Tessin wendete auch mehr körpernahe Fixation (D: 1.8%, F: 2.7%, I: 18.9%) und Sitzgelegenheiten an, die das Aufstehen behindern (D: 2.5%, F: 3.4%, I: 11.4%), dafür weniger elektronische Überwachung (D: 9.2%, F: 6.7%, I: 3.3%). Die Datenerhebung in den Sprachregionen fand zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt, wobei ein Einfluss der Einführung des neuen Kinder- und Erwachsenenschutzgesetzes per 1.1.2013 auf die Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden kann. Im Tessin wurden die Daten im November 2012 erhoben, während die Erhebung in der Deutschschweiz vom Mai 2012 bis April 2013 dauerte und in der Romandie Daten nur im 2013 erhoben wurden. Ohne weitere Analysen lässt sich jedoch nicht sagen, welche Faktoren Einfluss auf die Unterschiede in den Sprachregionen hatten. Neben der Anwendung von Bettgittern waren Stürze ein weiteres häufiges Ereignis (13.2% der Bewoh-

ner/innen) wobei diese bei 2.0% der Bewohner/innen zu Verletzungen führten. Die Prävalenzdaten für Harnwegsinfekt und Gewichtsverlust waren ebenfalls tief mit 5.1% und 4.5%.

SHURP hat verschiedene Qualitätsindikatoren gemessen, die einen wichtigen Zusammenhang mit der Lebensqualität, Morbidität und Mortalität der Bewohner/innen haben. Gemäss der Literatur liegt die Prävalenz von Dekubitus in Pflegeheimen zwischen 2.4% und 23% [12] und der freiheitsbeschränkenden Massnahmen zwischen 6% und 66% [13, 14]. Bis zu 60% der Heimbewohner/innen erfahren mindestens einen Sturz pro Jahr [15] und zwischen 10% und 40% leiden unter Gewichtsverlust [16]. Die Inzidenzrate von symptomatischen Harnwegsinfekten beträgt 0.1-2.4 Episoden auf 1000 Patiententage [17]. Damit können international gesehen die Schweizer Pflegeheime eine sehr gute Qualität in diesen Bereichen vorweisen.

Tabelle 9: Häufigkeit (%) von Bewohner/innenergebnissen

Ergebnisse	Heimgrösse								
	Alle			Gross		Mittel		Klein	
	Anzahl gültige n ¹	MW	(SA)	MW	(SA)	MW	(SA)	MW	(SA)
% BW mit Dekubitus, im Haus entstanden	161	1.7	(2.3)	1.1	(1.0)	2.3	(2.6)	1.1	(2.2)
% BW mit Dekubitus, ausserhalb entstanden	161	1.1	(2.6)	1.1	(1.6)	1.2	(3.2)	0.9	(2.1)
% BW mit Bettgittern	161	18.5	(14.8)	20.2	(14.2)	21.7	(15.0)	14.1	(13.8)
% BW mit körpernaher Fixation	161	2.9	(5.4)	3.1	(4.7)	4.0	(6.0)	1.6	(4.7)
% BW mit Sitzgelegenheit, die am Aufstehen hindert	161	3.2	(5.4)	3.7	(3.8)	3.2	(4.2)	3.0	(7.1)
% BW mit elektronischer Überwachung	161	8.4	(7.2)	9.5	(6.8)	8.9	(7.1)	7.3	(7.5)
% BW mit Sturz	161	13.2	(9.7)	14.5	(6.6)	13.2	(9.4)	12.7	(11.1)
% BW mit sturzbedingten Verletzungen	161	2.0	(2.3)	2.1	(1.8)	2.2	(2.2)	1.8	(2.5)
% BW mit Harnwegsinfekt	161	5.1	(4.3)	5.1	(1.7)	5.5	(4.8)	4.6	(4.4)
% BW mit Gewichtsverlust	160	4.5	(5.0)	4.9	(2.9)	4.3	(3.7)	4.8	(6.7)

¹ n Total=163

2.2.b. *Erlebte Aggressionsergebnisse*

Das Pflege- und Betreuungspersonal wurde gefragt, wie häufig es aggressives Verhalten von Bewohner/innen erlebte, sei es gegen das Personal selber oder gegen andere Bewohner/innen gerichtet (s. Appendix C, S. 54). Dabei wurde zwischen verbalem (z. B. fluchen, beschimpfen), körperlichem (z. B. schlagen, spucken) und sexuellem (z. B. obszöne Gesten, Berührung von intimen Körperteilen) aggressivem Verhalten unterschieden. Für die vorliegende Berichterstattung wurde berechnet, wie viel Prozent der Befragten zustimmen, dass sie in den letzten vier Arbeitswochen das erwähnte aggressive Verhalten mehrmals pro Woche bis mehrmals täglich erlebten. Allgemein lässt sich sagen, dass verbal

aggressives Verhalten am häufigsten erlebt wurde, gefolgt von körperlich aggressivem Verhalten und am wenigsten wurde sexuell aggressives Verhalten erlebt (s. Appendix C, S. 54). Dies stimmt sowohl für gegen das Personal gerichtetes Verhalten (verbal: 23.3%, körperlich: 10.3%, sexuell: 2.4%) wie beobachtetes gegen andere Bewohner/innen gerichtetes Verhalten (verbal: 31.8%, körperlich: 7.2%, sexuell: 1.6%). Auffällig ist, dass häufiger verbal aggressives Verhalten beobachtet wurde, das gegen andere Bewohner/innen gerichtet war als gegen das Personal. Hier bedeutet jedoch eine höhere Prozentzahl nicht unbedingt häufigeres Vorkommen, da mehrere Befragte einer Abteilung dieselben Bewohner/innen bei einem aggressiven Verhalten beobachten konnten. Im Tessin wurde häufiger sexuell aggressives Verhalten beobachtet als in den anderen Sprachregionen, sowohl gegenüber dem Personal (D: 2.4%, F: 1.5%, I: 5.6%) wie auch gegenüber den Bewohner/innen (D: 1.3%, F: 1.7%, I: 4.8%). Alle Formen der Aggressionsereignisse zeigten sich weniger in kleinen als in mittleren oder grossen Heimen.

Studien zufolge können Aggressionsereignisse je nach Schwerpunkt einer Abteilung gar nicht bis mehrmals täglich auftreten [18]. Am häufigsten werden sie im Zusammenhang mit Pflegeaktivitäten bei Menschen mit Demenz beschrieben [19]. Das Erleben von Aggression am Arbeitsplatz ist ein Stressor, der zu Arbeitsunzufriedenheit und emotionaler Erschöpfung beim Personal führen kann [20-22] und die Beziehung zu den Bewohner/innen und die Pflegequalität negativ beeinflusst [23, 24]. Regelmässige Schulung von Personal zum Thema Demenz und eine Reduktion der direkten Arbeitslast und dadurch der generellen Arbeitsbelastung erscheinen als wichtige Massnahmen zur Reduktion von Aggressionsereignissen [22]. Aggression unter Bewohner/innen in Pflegeheimen kommt gemäss der Literatur oft vor, ist jedoch ein noch wenig erforschtes Thema [25-27].

2.2.c. *Beobachtete Misshandlung älterer Menschen*

Misshandlung älterer Menschen umfasst verschiedene Aspekte wie physische oder psychische Gewaltanwendung von Einschüchterung bis körperlicher Gewaltanwendung, Vernachlässigung sowie finanzielle Ausnutzung usw. In der SHURP-Studie wurde das Pflege- und Betreuungspersonal befragt, wie oft sie beim Personal Verhaltensweisen gegenüber einer Bewohnerin/einem Bewohner beobachtet haben, die als Misshandlung interpretiert werden können (s. Appendix D, S. 55). Die gestellten Fragen umfassten Handlungen und Verhaltensweisen, die mit emotionaler und körperlicher Misshandlung sowie Vernachlässigung zu tun hatten. Aufgeführt werden nachstehend der Prozentsatz des Pflege- und Betreuungspersonal, die eine gegenüber den Bewohner/innen als Misshandlung zu interpretierende Verhaltensweise „einmal in der Woche oder weniger“ und „mehr als einmal in der Woche“ beobachtet haben.

Das befragte Pflege- und Betreuungspersonal beobachtete am häufigsten, wie jemand vom Personal mit einer Bewohnerin/einem Bewohner respektlos gesprochen (12.4%) oder eine Bewohnerin/einen

Bewohner beschimpft oder angeschrien hatte (9.1%). Danach folgten Beobachtungen, wie sich jemand vom Personal über eine Bewohnerin/einen Bewohner vor anderen Personen lustig machte (7.6%) oder eine Bewohnerin/einen Bewohner extra lang auf die Pflege warten liess (6.9%). Von den Befragten gaben 0.3% an beobachtet zu haben, wie jemand vom Personal eine Bewohnerin/einen Bewohner gestossen, geschlagen oder getreten hatte. Da es um beobachtetes Verhalten von Mitarbeitenden geht, kann es sein, dass mehrmals das Verhalten derselben Mitarbeitenden in einem Betrieb beobachtet wurde. Höhere Prozentzahlen heissen nicht unbedingt, dass mehr Mitarbeitende solches Verhalten zeigen, sondern können auch bedeuten, dass dieselbe Person von mehreren Kolleg/innen beobachtet wurde.

Bei zwei Items zeigten sich Unterschiede in den Beobachtungen der Befragten nach Sprachregion: die Beobachtungen, dass eine Bewohnerin/ein Bewohner beschimpft oder angeschrien wurde (D: 7.4%, F: 17.2%, I: 11.2%) sowie dass eine Bewohnerin/ein Bewohner extra lang auf die Pflege warten gelassen wurde (D: 5.1%, F: 14.2%, I: 14.7%) wurden in der Romandie, resp. dem Tessin häufiger erwähnt.

Die negativen Auswirkungen von Misshandlung und Vernachlässigung auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der betroffenen Menschen sind immens bis hin zu einem frühzeitigen Todesfall und stellen ein bedeutsames soziales Problem und Gesundheitsrisiko dar [28]. Internationalen Untersuchungen zufolge liegen die Misshandlungs- und Vernachlässigungsraten bei älteren Menschen in der Bevölkerung bei mehr als 6%, wovon ein Viertel besonders verletzte Personengruppen wie z. B. an Demenz erkrankte Menschen betrifft und bei einem Drittel pflegende Angehörige involviert sind [29]. In einer schwedischen Untersuchung, die verschiedene Wohnformen umfasste (zu Hause lebend, betreutes Wohnen oder Pflegeheim), gaben 11% der befragten professionellen Pflegenden an, von physischer, psychischer, finanzieller oder sexueller Misshandlung oder Vernachlässigung zu wissen, wobei dies am ehesten von in Pflegeheimen tätigen Personal direkt beobachtet wurde [30]. Einer tschechischen Altersheimstudie zufolge bestätigten sich Verletzung der Persönlichkeitsrechte, finanzielle Ausbeutung, psychologische und körperliche Gewalt sowie Vernachlässigung als dominante Formen der Misshandlung älterer Menschen [31]. In den Alters- und Pflegeheimen scheint die Misshandlung älterer Menschen nach wie vor ein Tabuthema zu sein. Aber auch die Forschung hat erst damit begonnen das Ausmass, die Problematik und die Ursachen der verschiedenen Formen der Misshandlung älterer Menschen in Pflegeheimen genauer zu untersuchen [32].

2.2.d. Beurteilung der Qualität von Pflege und Betreuung

Im Bereich Qualität wurden drei Fragen gestellt, welche das Thema Pflege- und Betreuungsqualität übergreifend abdecken (s. Appendix E, S.56). Mit 93.5% gab die grosse Mehrheit des befragten Pflege- und Betreuungspersonals an, dass sie mit der Qualität der Pflege und Betreuung für die Bewohner/innen eher oder sehr zufrieden waren. Aus Sicht der Mehrheit der Befragten (88.1%) war die Pfl-

ge-/Betreuungsqualität im Vergleich zum letzten Jahr gleich geblieben oder hatte sich verbessert. Darüber hinaus gaben durchschnittlich 83.0% an, dass sie ihren Arbeitsort einem Mitglied ihrer Familie oder einer befreundeten Familie als Alters- und Pflegeheim (wahrscheinlich oder sicher) empfehlen würden. Zwischen den Sprachregionen, Heimgrössen und Rechtsformen gab es bei der Beurteilung der Qualität von Pflege und Betreuung keine nennenswerten Unterschiede.

Aus der Literatur zum Pflegeheimbereich ist wenig zu diesen Fragen bekannt. Studien im Spitalbereich haben gezeigt, dass eine bessere Einschätzung der Pflegequalität durch das Pflegepersonal mit besseren Ergebnissen bei Patienten, wie z. B. höherer Patientenzufriedenheit und tieferen Mortalitätsraten zusammenhängt [33, 34]. Dies deutet darauf hin, dass die Beurteilung der Qualität von Pflege und Betreuung durch das Pflege- und Betreuungspersonal eine relevante Grösse für die Leistungsbeurteilung von Gesundheitseinrichtungen darstellt.

2.3. Resultate Personalbefragung

2.3.a. Beschreibung Personal

Eine detaillierte Darstellung der soziodemographischen Merkmale des befragten Pflege- und Betreuungspersonals findet sich in Tabelle 10. Es handelt sich hier um die Auswertung der individuellen Angaben des befragten Pflege- und Betreuungspersonals und nicht um die auf Betriebsebene gemachten strukturellen Personalangaben wie in Kapitel 2.1.a. dargestellt.

Tabelle 10: Merkmale des befragten Pflege- und Betreuungspersonals

Merkmale	Anzahl gültige n ¹	Heimgrösse			
		Alle	Gross	Mittel	Klein
Geschlecht: weiblich	5265	91.8%	92.8%	90.4%	93.7%
Alter in Jahren:	5179				
– Bis 30 Jahre		20.0%	24.8%	18.8%	16.7%
– 31 – 40		17.2%	16.1%	18.1%	16.4%
– 41 – 50		28.6%	27.1%	29.0%	29.5%
– > 50		34.2%	32.0%	34.1%	37.4%
Ausbildung:	5268				
– Tertiärstufe		31.0%	34.7%	31.2%	25.5%
– Sekundarstufe: EFZ u. ä.		22.2%	22.2%	21.1%	25.0%
– Sekundarstufe: Assistenzpersonal EBA u. ä.		17.2%	17.4%	17.7%	15.6%
– Hilfspersonal		26.2%	22.5%	26.7%	29.7%
– Andere		3.4%	3.2%	3.3%	4.2%
Beschäftigungsgrad:	5054				
– Bis 50%		22.7%	20.1%	22.4%	26.5%
– 51-90%		53.6%	52.6%	55.0%	51.8%
– > 90%		23.7%	27.3%	22.6%	21.7%

Merkmale	Gültige n	Alle	Heimgrösse		
			Gross	Mittel	Klein
Berufserfahrung in einem Pflege- / Betreuungsberuf	4924				
– Bis 5 Jahre		19.2%	18.5%	18.5%	21.9%
– Mehr als 5 bis 10 Jahre		21.4%	24.0%	20.4%	20.3%
– Mehr als 10 bis 15 Jahre		17.9%	17.4%	19.9%	13.9%
– Mehr als 15 bis 20 Jahre		13.5%	10.7%	14.5%	14.8%
– Mehr als 20 Jahre		28.0%	29.4%	26.7%	29.1%
Berufserfahrung in diesem Betrieb	5029				
– Bis 5 Jahre		51.3%	52.0%	49.8%	53.6%
– Mehr als 5 bis 10 Jahre		20.9%	20.5%	21.0%	21.3%
– Mehr als 10 bis 15 Jahre		14.3%	12.5%	15.8%	13.1%
– Mehr als 15 bis 20 Jahre		6.5%	6.6%	6.7%	6.1%
– Mehr als 20 Jahre		7.0%	8.4%	6.7%	5.9%

¹ n Total=5323

Alter: Bezüglich des Alters des Pflege- und Betreuungspersonals fiel auf, dass ein Drittel des Personals über 50 Jahre alt ist und damit in den nächsten 15 Jahren aus der Arbeitstätigkeit aussteigen wird. In grossen Alters- und Pflegeheimen lag der prozentuelle Anteil der Befragten bis 30 Jahre (24.8%) höher und der Anteil der Befragten älter als 50 Jahre (32.0%) tiefer als in mittleren oder kleinen Heimen.

Ausbildungsniveau: Ähnlich verhielt es sich mit dem Ausbildungsniveau der Befragten: Während der Durchschnitt über alle retournierten Fragebogen ein Verhältnis von 31.0% Tertiärstufe, 39.4% Sekundarstufe II (EFZ und Assistenzpersonal) und 26.2% Hilfspersonal aufzeigte, war in grossen Heimen der Anteil an Pflegefachpersonen (Tertiärstufe: 34.7%) höher als in mittleren (31.2%) und kleinen (25.5%) Heimen. Dafür war der Anteil des Hilfspersonals in mittleren und kleinen Heimen grösser als in grossen Heimen (gross: 22.5%, mittel: 26.7%, klein: 29.7%). Die Tatsache, dass sich die prozentuale Verteilung des Ausbildungsniveaus des Pflege- und Betreuungspersonals, das an der Personalbefragung teilgenommen hat, nur geringfügig vom Grademix unterschied, der auf Basis der Angaben der Heimleitungen berechnet wurde (vgl. Tabelle 10 mit Tabelle 2), belegt die Repräsentativität der Personalstichprobe.

Beschäftigungsgrad: Durchschnittlich arbeiteten 53.6% der Befragten in Teilzeit mit einem Pensum zwischen 51%-90% und rund ein Viertel (23.7%) arbeitete in Vollzeit.

Berufserfahrung: Während 28.0% des Pflege- und Betreuungspersonals – und damit der grösste Anteil – über eine Berufserfahrung von mehr als 20 Jahren verfügte, wies in etwa die Hälfte (51.3%) der Befragten eine Berufserfahrung in diesem Heim von weniger als 5 Jahren auf.

Ausbildungsland: Die Auswertung der Angaben vom Pflege- und Betreuungspersonal zur Ausbildungsstufe und zum Ausbildungsland sind in Tabelle 11 dargestellt. Im Durchschnitt hatten 62.5% der Befragten auf Tertiärstufe und 90.6% auf Sekundarstufe ihre Pflege- resp. Betreuungsausbildung in der Schweiz absolviert. Während dieser nationale Durchschnitt auch das prozentuale Verhältnis in der Deutschschweiz wiedergibt, zeigten sich deutliche Unterschiede in der Romandie und im Tessin. So

hatten auf Ebene Tertiärstufe in der Romandie 41.4% der Befragten ihre Ausbildung in Frankreich und im Tessin 59.7% ihre Ausbildung in Italien absolviert. In der Romandie hatten zudem auf Ebene Sekundarstufe ein Fünftel (20.3%) der Befragten ihre Ausbildung nicht in der Schweiz absolviert.

Tabelle 11: Ausbildungsland des befragten Pflege- und Betreuungspersonals

Ausbildungsland	Anzahl gültige n		Sprachregion							
	Alle		D		F		I			
	Tertiär	Sekundär	Tertiär	Sekundär	Tertiär	Sekundär	Tertiär	Sekundär	Tertiär	Sekundär
	1580	2000								
Schweiz			62.5%	90.6%	67.9%	93.6%	41.0%	79.7%	29.9%	85.7%
Deutschland			14.8%	1.9%	18.0%	2.5%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%
Italien			3.1%	1.2%	0.2%	0.4%	0.5%	0.0%	59.7%	13.5%
Frankreich			5.6%	3.2%	0.2%	0.1%	41.4%	17.0%	0.0%	0.0%
Anderes Land			14.0%	3.2%	13.8%	3.4%	16.7%	3.3%	10.4%	0.8%

Tertiär = Tertiärstufe (Ausbildung auf HF / FH Niveau)

Sekundär = Sekundarstufe (Ausbildung mit EFZ oder Assistenzpersonal)

2.3.b. Arbeitsumgebungsqualität

Zur Qualität der Arbeitsumgebung wurden in der Befragung vier Bereiche angesprochen: Führung, Partizipationsmöglichkeiten bei Entscheidungen und Entwicklungen im Betrieb, vorhandene Ressourcen und Personalbesetzung und der Grad der Autonomie bei der Arbeit (s. Appendix F, S.57).

Führung: Die Führungsqualität wurde insgesamt sehr gut beurteilt, wobei sich die Bewertung in kleinen Heimen sowohl auf eventuelle Gruppenleitungen wie auch auf die Heim- und/oder Pflegedienstleitung beziehen konnte. Die Führungspersonen wurden insgesamt als unterstützend und kompetent erlebt. In der Deutschschweiz wurde das Item, ob Vorgesetzte Fehler zum Lernen und nicht zum Kritisieren nutzen, besser bewertet als in der Romandie und dem Tessin (D: 82.5%, F: 65.0%, I: 61.1% der Antworten unter „stimme eher zu“ oder „stimme voll und ganz zu“). Im Tessin wurde die Unterstützung der Führung in Konfliktsituationen schlechter wahrgenommen (65.5%) als in der Romandie (75.3%) oder der Deutschschweiz (86.0%). Hingegen wurde „Anerkennung und Lob für eine gute Arbeitsleistung“ im Vergleich zu den anderen Items zur Führung insgesamt weniger wahrgenommen (71.5%). Es zeigten sich keine grossen Unterschiede in den Beurteilungen bezüglich Heimgrösse oder Rechtsform.

Partizipation: Das Pflege- und Betreuungspersonal nahm gute Mitsprachemöglichkeiten wahr, war an Entscheidungen in den Betrieben beteiligt und konnte in Arbeits- und Projektgruppen mitarbeiten. Für rund drei Viertel der Befragten (76.6%) hatte die Heimleitung ein „offenes Ohr“ für deren Anliegen.

Ressourcen und Personalbesetzung: Eher wenig ausgeprägt war die Zustimmung der Befragten, genügend Personal für die anfallende Arbeit (60.9%) oder genügend Zeit zum Besprechen von Pflegeproblemen (66.6%) zu haben. Bezüglich der Beurteilung, ob genügend fachlich kompetentes Personal zur

Verfügung stand, zeigte sich ein allgemeiner Mangel mit einem Unterschied bezüglich der Sprachregion. In der Romandie und dem Tessin stimmten weniger Befragte zu, genügend fachlich kompetentes Personal für die anfallende Arbeit zu haben (D: 79.7%, F: 61.2%, I: 58.3%).

Autonomie: Grundsätzlich nahm das Pflege- und Betreuungspersonal eine hohe Autonomie wahr, wobei die Befragten im Tessin weniger Zustimmung gaben, dass sie selber entscheiden konnten, wie sie ihre Arbeit machen (D: 82.3%, F: 84.2%, I: 71.5%).

Eine wachsende Anzahl von Literaturbeiträgen zeigt auf, dass eine gute Arbeitsumgebungsqualität signifikante Auswirkungen auf eine höherer Arbeitszufriedenheit und tieferer Fluktuation beim Personal und auf eine höhere Pflegequalität hat [35-40].

2.3.c. *Zusammenarbeit*

Die Art und Weise der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Mitarbeitenden in Alters- und Pflegeheimen erscheint intuitiv als ein wichtiges Qualitätsmerkmal eines Betriebes. Mit SHURP wurde das Pflege- und Betreuungspersonal gefragt, wie sie die Qualität der Zusammenarbeit mit Teamkolleg/innen, Abteilungsleiter/in, Pflegedienstleiter/in, Heimleiter/in, ärztlichem Dienst, Aktivierungstherapie, Reinigungspersonal und Küchenpersonal erlebten (s. Appendix G, S.59). Die Befragten beurteilte die Qualität der Zusammenarbeit innerhalb der eigenen und mit den verschiedenen Berufsgruppen insgesamt sehr positiv. Die Prozentsätze der Befragten, die die Zusammenarbeit als „eher gut“ und „sehr gut“ beurteilten lagen zwischen 85.3% für „Zusammenarbeit mit der Heimleiterin/dem Heimleiter“ und 96.0% für „Zusammenarbeit mit den Teamkolleginnen und -kollegen“.

Die Qualität der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen zeigte geringe Abweichungen der Bewertungen, wenn nach Heimgrösse, Sprachregionen oder Rechtsform der Betriebe unterschieden wird. Insgesamt liess sich feststellen, dass je „näher“ die einzelnen Berufsgruppen mit dem befragten Pflege- und Betreuungspersonal zusammenarbeiteten, desto grösser war der Anteil des Pflege- und Betreuungspersonals, das die Qualität der Zusammenarbeit positiv beurteilte.

Es ist bekannt, dass sich die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfachleuten auf ihre Leistungen in der Gesundheitsversorgung auswirken kann. Wenn es in ihrer Zusammenarbeit Kommunikations- und Interaktionsprobleme gibt, können auch Probleme in der Patientenversorgung auftauchen [41]. Die Qualität der Zusammenarbeit beispielsweise zwischen Pflegefachleuten und dem ärztlichen Dienst im Langzeitpflegebereich hängt auch davon ab, wie effektiv deren Kommunikation ist. In der Literatur nannten Pflegende als häufigste Kommunikationshemmnisse das Gefühl, vom Arzt/von der Ärztin gehetzt zu werden, Schwierigkeiten einen ruhigen Gesprächsort zu finden oder den ärztlichen Dienst zu erreichen. Die Ärzt/innen hingegen erwarteten von den Pflegenden dass sie vorbereitet sind, sich kurz fassen und über die relevanten klinischen Informationen der Bewohner/innen verfügen [42]. Bei einer qualitativ guten Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufs-

gruppen im Pflegeheim wäre davon auszugehen, dass sich diese auch positiv auf die Pflege- und Betreuung der Heimbewohner/innen auswirkt. Allerdings liegen dazu kaum Forschungsergebnisse vor.

2.3.d. *Arbeitsstress*

Zum Arbeitsstress wurden vier Bereiche mit je drei Items untersucht: Verantwortung für die Bewohner/innen, Arbeitskonflikte, Unsicherheit bei der Arbeit und Anerkennung der Arbeit (s. Appendix H, S.60).

Verantwortung für die Bewohner/innen: Am meisten fühlten sich die befragten Pflege- und Betreuungspersonen in diesem Bereich „häufig“ oder „sehr häufig“ gestresst durch den Umgang mit „schwierigen“ Bewohner/innen (9.6%), wobei sich das Personal im Tessin mehr gestresst fühlte als in den anderen Sprachregionen (D: 8.9%, F: 9.7%, I: 20.2%). Der Umgang mit sterbenden Menschen ist dagegen ein geringer Stressfaktor (2.5%).

Konflikte bei der Arbeit: Dieser Bereich zeigte die stärksten Stressfaktoren: mangelnder Personalbestand (22.5%) und hoher Arbeitsanfall, so dass nicht alles gut gemacht werden konnte (15.8%). Ähnliche Resultate zeigten sich bereits beim Thema der Ressourcen und Personalbesetzung (siehe unter 2.3.b), das vergleichsweise am schlechtesten abschnitt bei der Beurteilung der Arbeitsumgebungsqualität. Konflikte mit Führungspersonen waren weniger häufig Stressquellen (3.5%).

Unsicherheit bei der Arbeit: Wenige Befragte gaben in diesem Bereich an, sich „häufig“ oder „sehr häufig“ gestresst zu fühlen. Weder eine fehlende Vorbereitung auf die Arbeit durch Ausbildung oder Erfahrung (1.8%), noch die Angst davor Fehler zu machen (2.7%) waren grosse Stressfaktoren. Etwas mehr Personal gab an, sich gestresst zu fühlen durch fehlende Informationen zum Zustand eines Bewohners/einer Bewohnerin (6.1%).

Anerkennung bei der Arbeit. Am häufigsten war nicht genügend Lohn ein Stressfaktor (14.7%) für die Befragten, gefolgt von der Schwierigkeit, nicht alle Fähigkeiten bei der Arbeit anwenden zu können (9.2%). Nicht nach der Meinung gefragt zu werden bei Entscheidungen über die eigene Arbeit war ein geringerer Stressfaktor (4.3%), was sich mit den Aussagen zur Möglichkeit der Partizipation unter dem Thema Arbeitsumgebungsqualität deckte, wo das Mitspracherecht allgemein als gut beurteilt wurde.

Gemäss bisherigen Untersuchungen sind Zeitdruck, Personalmangel und geringes Ansehen des Berufs wichtige Stressfaktoren im Pflegeheimbereich [43] zusammen mit weiteren Faktoren wie z. B. Überzeit, geringer Lohn oder der Umgang mit „schwierigen“ Bewohner/innen [44], was sich in den SHURP-Resultaten widerspiegelt. Das Erleben von Arbeitsstress hat Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeitenden, wie z. B. Burnout und muskuloskeletale Beschwerden [45-47], und führt zu reduzierter Arbeitsfähigkeit, Unzufriedenheit mit der Arbeit, Absentismus und Kündigung [46, 48] sowie zu einer reduzierten Pflegequalität [47, 49]. Gerade auf Abteilungen mit dem Schwerpunkt De-

menz hängt eine hohe Arbeitsbelastung der Pflegenden mit mehr Verhaltenssymptomen bei Menschen mit Demenz zusammen [50].

2.3.e. *Bewohnersicherheit*

Die Bewohnersicherheit gehört zur Organisationskultur eines Alters- und Pflegeheims und stellt ein wichtiges Qualitätsmerkmal der Versorgung und Betreuung dar. Die Bewohnersicherheit steht im Kontext der Sicherheitskultur eines Betriebs und der damit verbundenen medizinischen Versorgung, Pflege und Betreuung. Die Dimensionen einer Sicherheitskultur umfassen z. B. Teamwork, Sicherheitsklima, Kommunikation, Arbeitsbedingungen, Managementunterstützung. Sie zeigen so lokale Begebenheiten in einem Pflegeheim und bilden die Einstellungen, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen des Personals ab in Bezug auf die Patienten- und/oder Bewohnersicherheit [51].

In der SHURP-Studie wurde das Pflege- und Betreuungspersonal zur Bewohnersicherheit in den Dimensionen Teamwork, Sicherheitsklima und Stresserkennung befragt (s. Appendix I, S.62). Beim Teamwork wurde gefragt, wie die Mitarbeitenden die Qualität verschiedener Aspekte ihrer Zusammenarbeit beurteilen. Beim Sicherheitsklima wurde gefragt, wie mit Fehlern, Feedback und dem Lernen aus Fehlern umgegangen wird. Bei der Stresserkennung ging es um das Bewusstsein des Personals, dass sich Stresssituationen, Arbeitsbelastung oder Ermüdung negativ auf die Leistungsfähigkeit auswirken. Zustimmung bei diesen Items bedeutete, dass die Mitarbeitenden den Einfluss von Stress und Ermüdung auf ihre Leistungsfähigkeit erkannten. Bei den nachfolgenden Ergebnissen wird der Prozentsatz der zustimmenden Antworten („Stimme eher zu“ und „Stimme voll und ganz zu“) aufgeführt.

Teamwork: Die Zusammenarbeit im Team wurde von den Befragten insgesamt als gut beurteilt. Beispielsweise gaben 80.4% des Pflege- und Betreuungspersonals an, dass auf Abteilungsebene Vorschläge und Ideen (z. B. zu Arbeitsorganisation, Pflegeverrichtungen) willkommen sind. Knapp ein Fünftel (18.3%) der Befragten berichteten, dass es auf Abteilungsebene heikel war, ein Problem anzusprechen, das in der Betreuung der Bewohner/innen wahrgenommen wurde, wobei sich Unterschiede zwischen den Sprachregionen zeigten (D: 16.6%, F: 23.5%, I: 29.9%).

Sicherheitsklima: Das Sicherheitsklima wurde von den Befragten gemischt beurteilt. Etwa drei Viertel des Pflege- und Betreuungspersonals gaben an, dass sie sich in diesem Heim als Bewohner/in sicher versorgt und gut betreut fühlen würden (74.0%). Weitere 19.1% gaben an, dass es auf Abteilungsebene schwierig war, Fehler zu besprechen, wobei dies in der Romandie und im Tessin häufiger der Fall war (D: 16.1%, F: 27.4%, I: 42.2%). Hingegen erhielten Mitarbeitende im Tessin eher angemessene Rückmeldung zu ihrer Arbeit (D: 67.1%, F: 59.2%, I: 72.4%) und Mitarbeitende in der Romandie wurden eher ermutigt, Beobachtungen zu melden (D: 76.2%, F: 84.1%, I: 77.0%).

Stresserkennung: Zwischen 39% und 61% der Befragten stimmten zu, dass die eigene Leistungsfähigkeit bei hoher Arbeitsbelastung, bei Ermüdung und in stressigen Situationen beeinträchtigt ist. Insgesamt zeigten sich geringe Abweichungen bei der Stresserkennung wenn nach Heimgrösse oder Rechtsform der Betriebe unterschieden wurde. Hingegen waren bei den Sprachregionen bei allen vier Items eine geringere Stresserkennung in der Deutschschweiz erkennbar als in der Romandie oder dem Tessin: „Wenn meine Arbeitsbelastung zu hoch ist, ist meine Leistung beeinträchtigt“ (D: 53.2%, F: 71.4%, I: 82.9%); „Wenn ich bei der Arbeit müde bin, bin ich weniger leistungsfähig“ (D: 56.6%, F: 77.3%, I: 76.0%); „In stressigen Situationen oder in einer gespannten Atmosphäre mache ich eher Fehler“ (D: 48.3%, F: 59.4%, I: 78.9%); und „Ermüdung beeinträchtigt meine Leistungen in Notfallsituationen“ (D: 36.4%, F: 46.7%, I: 52.8%).

Internationale Untersuchungen zeigen, dass das Sicherheitsklima in Pflegeheimen stark variiert [52-54]. Je nach Sicherheitsdimension, z. B. „dass es leicht ist, Probleme anzusprechen“ oder „ob man als Mitarbeiter bei Fehlern blossgestellt wird“, schwankt die Zustimmung des Pflegepersonals von 16% bis 56%. Dazu wird das Sicherheitsklima im Betrieb von Heim- und Pflegedienstleitungen oft deutlich positiver beurteilt als durch die Pflegenden [55]. Einzelne Untersuchungen zeigen auch, dass ein positives Sicherheitsklima in Pflegeheimen z. B. im Zusammenhang mit weniger freiheitsbeschränkenden Massnahmen steht [56] und mit einem höheren Bestand an diplomiertem Pflegepersonal korreliert [57, 58]. Eine wichtige Rolle für ein positives Sicherheitsklima spielen dabei die Führungspersonen, indem sie z. B. eine „bei Fehlern nicht beschuldigende“ Kommunikation fördern und ihre Pflegefachleute in Entscheidungsprozesse einbeziehen [59].

2.3.f. *Überzeit*

Das Pflege- und Betreuungspersonal wurde gefragt, ob sie auf der letzten Arbeitsschicht mehr als 30 Minuten Überzeit leisten mussten und wie häufig es vorkommt, dass sie Überzeit leisten (s. Appendix J, S.64). Die Befragungsergebnisse zeigen, dass es selten vorkam, dass eine Pflege- und Betreuungsperson in fast jeder Arbeitsschicht Überzeit machte (3.1%). Ein Viertel der Befragten machte einmal alle zwei bis sieben Arbeitstage Überzeit (25.1%). Es zeigte sich ein geringeres Vorkommen von Überzeit im Tessin (Beinahe jede Arbeitsschicht bis einmal alle 7 Arbeitstage: D: 29.8%, F: 24.6%, I: 12.4%). Überzeit ist ein wichtiger Stressfaktor [44] und wird in der Literatur mit Arbeitsunzufriedenheit [60], emotionaler Erschöpfung [61], arbeitsbezogenen Verletzungen [62], Absentismus [63], und Kündigungsabsicht [64] in Verbindung gebracht.

2.3.g. *Rationierung der Pflege*

Eine hohe Arbeitsbelastung und Ressourcenmangel (Zeit, Personal) erfordert vom Pflege- und Betreuungspersonal Prioritätensetzung und Entscheidungen, welche pflegerischen Massnahmen angeboten

werden können und welche nicht. Implizite Rationierung von Pflege fragt danach, wie oft notwendige und übliche Pflegemassnahmen oder Therapien in den letzten sieben Arbeitstagen wegen Zeitmangels oder Arbeitsüberlastung nicht oder nicht vollständig durchgeführt werden konnten (s. Appendix K, S.65). Die Fragen im Rahmen dieser Studie orientierten sich an den folgenden sechs Themenbereichen: Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs), Gespräch – Begleitung – Zuwendung, Förderung – Anleitung, Überwachung – Sicherheit, Dokumentation und sozio-kulturelle Aktivitäten.

Unterstützung in den ATLs: Im Mittel lag der Anteil der Pflege- und Betreuungspersonen, welche eine der sechs pflegerischen Massnahmen im Themenbereich Unterstützung in den ATLs manchmal oder häufig nicht durchführen konnten, zwischen 5.6% und 14.2%. Am häufigsten rationiert wurde nach Angaben der Befragten die Ganz- oder Teilwäsche und/oder Hautpflege (14.2%) und die Mund- und/oder Zahnpflege (12.7%). Die Mund- und/oder Zahnpflege konnte in der Romandie (18.9%) und im Tessin (20.1%) nach Aussagen der Befragten häufiger nicht durchgeführt werden als in der Deutschschweiz (11.1%). Die Wäsche und Hautpflege wurde im Tessin am wenigsten rationiert (D: 13.2, F: 21.5%, I: 8.2%). Unterstützung beim Essen und Trinken wird seltener rationiert: Nur 5.6%, bzw. 6.1% der Befragten gaben an, Bewohner/innen, die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme benötigten, manchmal oder häufig nicht unterstützen zu können.

Gespräch – Begleitung – Zuwendung: Ein Fünftel des Pflege- und Betreuungspersonal (21.9%) gab an, dass sie Bewohner/innen keinen emotionalen Beistand, z. B. bei Unsicherheit und Angst oder dem Gefühl von Abhängigkeit anbieten konnten. Bezüglich der Rationierung von Gesprächen mit Bewohner/innen oder Angehörigen gibt es deutliche Unterschiede in den Sprachregionen: Es wurde in der Romandie häufiger davon berichtet (30.7%) als im Tessin (22.3%) oder der Deutschschweiz (14.1%).

Förderung – Anleitung: Jede/r vierte Befragte (24.4%) gab an, dass er/sie in den letzten sieben Tagen die aktivierende Pflege manchmal oder oft nicht durchführen konnte, mit der Bewohner/innen in ihrer Selbständigkeit gefördert werden. Dieser Anteil war in der Romandie am höchsten (31.3%), gefolgt vom Tessin (27.5%) und der Deutschschweiz (22.9%). Auch beim Kontinenztraining zeigte sich eine häufigere Rationierung in der Romandie (D: 12.9%, F: 23.8%, I: 18.5%).

Überwachung – Sicherheit: Zu diesem Themenbereich gab ein Drittel der Befragten (33.8%) an, dass sie Bewohner/innen, die geläutet haben, mehr als fünf Minuten warten lassen mussten, wobei dieser Anteil zwischen den Sprachregionen variierte. In der Romandie gab dies knapp jede zweite befragte Pflege- und Betreuungsperson an (48.8%), während es im Tessin 39.1% und in der Deutschschweiz 30.7% der Befragten waren. Ein weiterer Unterschied in den Sprachregionen lässt sich in der Frage beobachten, ob Bewohner/innen so häufig überwacht werden konnten, wie es nötig gewesen wäre: Während 16.7% der Befragten in der Deutschschweiz manchmal oder oft in den letzten 7 Tagen die Bewohner/innen nicht überwachen konnten, waren es 20.7% im Tessin und 29.1% in der Romandie.

Weiter gaben 19.0% an, dass freiheitsbeschränkende Massnahmen angewendet und/oder beruhigende Medikamente verabreicht wurden, da sie verwirrte oder kognitiv beeinträchtigte Bewohner/innen nicht genügend beaufsichtigen konnten.

Dokumentation: Alle drei Massnahmen in diesem Themenbereich wurden von rund einem Drittel der Befragten manchmal oder oft nicht durchgeführt. So gaben 35.4% an, dass sie bei Schichtantritt keine Zeit hatten, sich anhand der Pflegedokumentation über die Bewohnersituation genügend zu informieren (D: 33.8%, F: 46.5%, I: 26.8%); 32.1% konnten eine Pflegeplanung nicht erstellen oder aktualisieren (D: 32.2%, F: 34.5%, I: 24.0%) und 31.3% die durchgeführte Pflege nicht genügend dokumentieren (D: 31.1%, F: 33.2%, I: 29.4%). Das Informationensammeln bei Schichtantritt konnte in der Romandie am häufigsten nicht durchgeführt werden.

Sozio-kulturelle Aktivitäten: Knapp 30% der befragten Pflege- und Betreuungspersonen gaben an, dass sie mit einzelnen Bewohner/innen eine geplante individuelle Aktivität, wie z. B. Spaziergang, Begleitung beim Einkaufen, nicht durchführen konnten, wobei die Befragten in der Romandie (36.1%) und im Tessin (38.2%) häufiger davon berichteten als jene in der Deutschschweiz (27.5%). Hier gilt zu beachten, dass in manchen Heimen diese Tätigkeiten nicht oder nur teilweise dem Verantwortungsbereich des Pflege- und Betreuungspersonals auf der Abteilung zugewiesen ist.

Aus der Spitalforschung ist bekannt, dass ein höheres Ausmass an Rationierung von Pflege die Patientenergebnisse (z. B. Mortalität) negativ beeinflussen kann [65-67]. Leider gab es bislang keine quantitativen Studien zum Ausmass von Rationierung der Pflege in Pflegeheimen, obwohl dieses Phänomen auch in diesem Setting bekannt ist [68]. SHURP liefert hier zum ersten Mal wichtige Erkenntnisse.

2.4. Ergebnisse Pflege- und Betreuungspersonal

2.4.a. Zufriedenheit mit Arbeitsplatz / Empfehlung von Arbeitsplatz

In der SHURP-Studie wurden dem Pflege- und Betreuungspersonal zur Arbeitszufriedenheit zwei sich ergänzende Fragen gestellt (s. Appendix 0, S.67): Einerseits zur generellen Zufriedenheit mit ihrem Arbeitsplatz und andererseits ob sie ihren Arbeitsplatz als guten Arbeitsort an Kolleg/innen weiterempfehlen würden. Die Arbeitszufriedenheit wurde durch das befragte Pflege- und Betreuungspersonal insgesamt positiv beurteilt, 88.3% waren mit ihrem Arbeitsplatz eher oder sehr zufrieden. Der Prozentsatz der Befragten, die den Arbeitsplatz als guten Arbeitsort weiterempfehlen („wahrscheinlich ja“ und „ja, sicher“), lag im Mittel bei 87.0%. Bei beiden Fragen zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede bezüglich Heimgrösse, Sprachregion oder Rechtsform.

Gemäss bisheriger Forschung steht die Arbeitszufriedenheit des Personals in Alters- und Pflegeheimen in Beziehung zu zahlreichen Faktoren wie z. B. individuelle Merkmale der Mitarbeitenden, Arbeitsplatzmerkmale sowie zu erfüllenden Aufgabenbereiche [48, 69]. Als wichtigste, die Arbeitszufriedenheit des Pflege- und Betreuungspersonals bestimmende Aspekte gelten zum einen die Einschätzung,

die zu erfüllenden Pflege- und Betreuungsaufgaben gut durchführen zu können und zum anderen, den Bewohner/innen helfen zu können [61, 70]. Auch ist das Pflege- und Betreuungspersonal mit seiner Arbeit zufriedener, wenn die Pflegequalität als gut wahrgenommen wird [71, 72].

2.4.b. *Organisationale Bindung*

Fünf Items stellten Fragen zur organisationalen Bindung (Commitment) (s. Appendix M, S.68). Über alle Items zum Commitment gegenüber ihrem Betrieb äusserten sich rund drei Viertel der Befragten mit „stimme eher zu“ oder „stimme voll und ganz zu“. Am tiefsten war die Zustimmung mit 62.9% beim Item „ich bin stolz darauf, für diese Organisation zu arbeiten“. Ein starkes Gefühl der Zugehörigkeit zu ihrem Betrieb empfanden 68.3% der Befragten, 71.0% wären glücklich, die nächsten Jahre weiterhin im Betrieb arbeiten zu können und 75.4% dachten, dass ihre Vorstellungen von guter Pflege und Betreuung zu denen der Organisation passen. Unterschiede liessen sich vor allem bezüglich der Sprachregion beobachten mit allgemein höherem Commitment im Tessin, wie z. B. dem Stolz darauf, für die Organisation zu arbeiten (D: 61.3%, F: 69.0%, I: 70.9%).

In der Literatur ist das Commitment gegenüber der Organisation ein wichtiger Voraussagewert, ob Mitarbeitende im Betrieb bleiben werden oder eher nicht. Ein hohes organisationales Commitment hängt positiv zusammen mit geringerer Fluktuation, höherer Arbeitszufriedenheit und besserer Arbeitsausführung [69, 73-75].

2.4.c. *Professionelle Bindung*

Das Commitment gegenüber dem Beruf gibt darüber Auskunft, ob jemand im Beruf bleiben wird oder eher nicht, es macht keine Aussage zur Bindung an den Betrieb. Über die Bedeutung der professionellen Bindung im Pflegeheimbereich liegen kaum wissenschaftliche Befunde vor, so dass die SHURP Studie hier erste Erkenntnisse liefert.

In SHURP wurden drei Items zur Untersuchung der professionellen Bindung verwendet (s. Appendix M, S.68). Sie fiel höher aus als die organisationale Bindung: 86.6% des Pflege- und Betreuungspersonals stimmte zu, dass es für sie von grosser Bedeutung ist, gerade diesen Beruf auszuüben, 86.9% machte ihre Tätigkeit Spass und 88.7% stimmten zu, dass die jetzige Tätigkeit gut zu ihnen passt.

2.4.d. *Emotionale Erschöpfung*

Anhand von sieben Items wurden Aspekte zur emotionalen Erschöpfung im Zusammenhang mit der Arbeit erfragt (s. Appendix N, S.69). Wie die Ergebnisse der Befragung zeigen, fühlten sich mehr als ein Fünftel (23.7%) des Pflege- und Betreuungspersonals einmal pro Woche oder häufiger emotional erschöpft, wobei dieser Anteil in der Deutschschweiz (24.5%) etwas höher lag als in der Romandie (21.7%) oder im Tessin (16.3%). Darüber hinaus antworteten 37.7% der Befragten, dass sie sich einmal pro Woche oder häufiger am Ende des Tages ausgelaugt fühlen. Über Müdigkeit beim Aufstehen

am Morgen vor der Arbeit berichteten 19.3%. Hier lag der Anteil mit 30.6% im Tessin am höchsten, gefolgt von der Romandie (25.3%) und der Deutschschweiz (17.5%). Dem gegenüber stand der tiefe Anteil an Befragten, die angaben, dass sie die Bewohner/innen wie Objekte behandelten (7.1%) oder es als anstrengend empfanden, den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten (5.7%).

Emotionale Erschöpfung ist ein bekanntes Phänomen beim Pflege- und Betreuungspersonal in Alters- und Pflegeheimen [61, 76] und kann auf einen Burnout hinweisen [77]. Aus der Literatur geht hervor, dass Burnout mit höherem Absentismus, Kündigungsabsicht und Fluktuation beim Pflegepersonal zusammenhängt [78]. Zudem beeinflusst Burnout die Haltung gegenüber den Bewohner/innen in negativer Weise [47] und kann beispielsweise zu Misshandlung von Bewohner/innen führen [79, 80].

2.4.e. Gesundheitsbeschwerden

Das in Betrieben der Langzeitpflege tätige Pflege- und Betreuungspersonal erfährt zahlreiche Gesundheitsbeschwerden wie z. B. Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen, die mit der körperlich oft anstrengenden Arbeit in Zusammenhang stehen. Dazu kommen weitere Gesundheitsrisiken wie beispielsweise Infektionen, psychologische Belastungen und Burnout [61, 81].

In der SHURP-Studie wurde das Pflege- und Betreuungspersonal zu ihren Gesundheitsbeschwerden befragt, wobei hierzu die fünf Fragen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung [SGB, s. 82] sowie eine Zusatzfrage zu allergischen Symptomen verwendet wurden (s. Appendix O, S.70). Nachfolgend werden jeweils die Prozentsätze der zustimmenden Antworten („ein bisschen“ und „stark“) aufgeführt. Das befragte Pflege- und Betreuungspersonal meldete im Mittel insgesamt folgende Gesundheitsbeschwerden: Rücken- oder Kreuzschmerzen (70.9%), Allgemeine Schwäche, Müdigkeit und Energielosigkeit (66.0%), Gelenk- oder Gliederschmerzen (50.9%), Schlafstörungen (48.1%), Kopfschmerzen (45.5%). Allergische Symptome wurden von 9.3% der Befragten angegeben. Bei der Nennung von Gesundheitsbeschwerden zeigten sich vor allem bei den Gelenk- oder Gliederschmerzen (D: 48.2%, F: 62.4%, I: 60.2%) eine stärkere Ausprägung in der Romandie und dem Tessin.

Ergänzend wurde auch die Einschätzung erfragt, in welchem Ausmass (40% - 100%) die geäußerten Beschwerden insgesamt im Zusammenhang mit der Arbeit stehen. Vom befragten Pflege- und Betreuungspersonal sahen insgesamt 65.3% einen Zusammenhang zwischen den genannten Gesundheitsbeschwerden und ihrer Arbeit. Diese Angaben bewegten sich pro Betrieb zwischen 20.0% und 100.0%. Insgesamt zeigten sich beim eingeschätzten Zusammenhang zwischen Gesundheitsbeschwerden und Arbeit keine wesentlichen Abweichungen bezüglich Heimgrösse und Rechtsform. Im Tessin wurden Gesundheitsbeschwerden häufiger mit der Arbeit in Verbindung gebracht als in den anderen Sprachregionen (D: 63.6%, F: 69.6%, I: 80.6%).

Die Resultate der SHURP-Studie zu den Gesundheitsbeschwerden stehen grösstenteils im Einklang mit den Literaturbefunden: Die vom Pflege- und Betreuungspersonal in Pflegeheimen am häufigsten

genannten Gesundheitsbeschwerden sind Rückenschmerzen, Kopfschmerzen sowie schwere Arme und Beine [61]. Gemäss Studien stehen Gesundheitsbeschwerden und Verletzungsraten in deutlichem Zusammenhang mit den geleisteten Pflegestunden pro Bewohner/in und Tag [83].

2.4.f. *Absentismus / Präsentismus*

Absentismus wird als die physische Absenz an einem Arbeitstag verstanden, meistens aufgrund von Krankheit oder Unfall, während der Präsentismus definiert wird als „zur Arbeit gehen, obwohl man krank ist“. Das Pflege- und Betreuungspersonal wurde gefragt, wie viele Tage sie in den letzten vier Wochen entweder wegen Krankheit nicht arbeiten konnten oder zur Arbeit gegangen sind, obwohl sie sich krank gefühlt haben (s. Appendix P, S.71).

Mehr als 85% der Befragten waren in den letzten vier Wochen nie krank und 5.9% waren drei Tage und länger krank. Mit 16.8% der Befragten, die drei oder mehr Tage zur Arbeit gingen, obwohl sie krank waren, erscheint die Problematik des Präsentismus ausgeprägter als die des Absentismus.

Gemäss der Literatur ist Absentismus mit Kosten für den Arbeitgeber verbunden, erhöht oft die Arbeitslast im Betrieb und es wird vermutet, dass hoher Absentismus einen Zusammenhang mit schlechter Pflegequalität und höherer Fluktuation hat [63]. Eine gute Arbeitsumgebungsqualität scheint mit weniger Absentismus zusammenzuhängen [84-86]. Präsentismus kommt beim Gesundheitspersonal häufig vor [87] und kann ebenfalls die Pflegequalität negativ beeinflussen, da das anwesende Personal die Arbeitsanforderungen, insbesondere auch physische Anforderungen, nicht voll erfüllen kann [88] oder die Übertragung von Infektionskrankheiten begünstigt [89]. Höherer Arbeitsstress scheint den Präsentismus im Pflegeheim mehr zu erhöhen als den Absentismus [90].

2.4.g. *Nadelstichverletzungen*

Das Pflege- und Betreuungspersonal wurde gefragt, ob sie sich in den letzten sechs Monaten an einer Nadel oder einem scharfen Gegenstand verletzt haben, der vorher bei einem Bewohner/einer Bewohnerin benutzt wurde (s. Appendix Q, S.71). Insgesamt waren 2.1% der Befragten von solchen Verletzungen betroffen. Dies ist keine geringe Prozentzahl wenn man beachtet, was jede dieser Verletzungen an Folgen (Gesundheit und Kosten) für die Person selber und für den Betrieb nach sich ziehen kann.

Zu Nadelstichverletzungen im Pflegeheimbereich liegt wenig Literatur vor [91]. Eine Untersuchung zeigt, dass am meisten Stichverletzungen im Zusammenhang mit Insulininjektionen und dem Wieder Aufsetzen von Nadelschutzkappen vorkommen [91]. Gefährlich ist die Übertragung von Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C sowie HIV. Jede Stichverletzung ist für das Personal jedoch auch mit psychologischen Folgen wie Angstzuständen, der Unfähigkeit zu arbeiten oder Depressionen verbunden [92]. Nadelstichverletzungen können mit verschiedenen Massnahmen vorgebeugt werden, wobei z. B. sichere Designs von Nadeln oder sichere Entsorgungsmöglichkeiten zentral sind [92, 93].

2.4.h. *Kündigungsabsicht*

Zur Kündigungsabsicht wurden in der Befragung drei Themenkreise angesprochen, die den Prozess bis zur Kündigung aufzeigen: Nachdenken über eine Kündigung, Absicht zu kündigen und aktuelle Stellensuche. Begleitet wird das Thema von der Frage, wie Mitarbeitende ihre Chance auf dem Stellenmarkt einschätzen und ob sie beabsichtigen, ihre Tätigkeit in der Pflege aufzugeben (s. Appendix R, S.72). Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass insgesamt 12.4% des Pflege- und Betreuungspersonals oft daran denken, ihre Stelle zu kündigen und 6.4% derzeit eine neue Stelle in einer anderen Organisation suchen. Rund ein Drittel der Befragten (32.2%) gaben an, dass es einfach wäre, eine neue Stelle zu finden, wobei dies in der Romandie (22.2%) und im Tessin (16.1%) weniger ausgeprägt war, als in der Deutschschweiz (35.1%). Ebenfalls 12.0% betrug der Anteil der Pflege- und Betreuungspersonen, die oft daran denken, ihre Arbeit im Alters- und Pflegeheim ganz aufzugeben und in einen anderen Beruf zu wechseln.

Studien zufolge weist eine Kündigungsabsicht die stärkste Voraussagekraft für Fluktuation (Turnover) auf [94], sie wirkt sich auf die Pflege- und Betreuungsqualität aus und hat finanzielle Folgen für den Betrieb [44, 61]. Wichtige Einflussfaktoren für die Kündigungsabsicht und Fluktuation in Pflegeheimen sind u. a. hohe Arbeitsbelastung, geringe Unterstützung und Anerkennung durch Vorgesetzte, mangelnde Teamarbeit, unflexible Dienstplangestaltung, mangelnde Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung, sowie individuelle Faktoren, wie Arbeitsunzufriedenheit und emotionale Erschöpfung [46, 61, 84, 94-101].

2.4.i. *Mobbing*

Mobbing, definiert als „Gewalt am Arbeitsplatz“, bezeichnet ein wiederholtes, unangemessenes Verhalten von Beschäftigten oder einer Gruppe von Beschäftigten gegenüber Einzelnen, das zu Gesundheits- und Sicherheitsrisiken führt [102]. In der SHURP-Studie wurde das Pflege- und Betreuungspersonal befragt, wie oft sie in den letzten sechs Monaten von Teammitgliedern und/oder Vorgesetzten nicht zu bewältigende Arbeitszuteilung erhielten, ausgeschlossen oder blossgestellt wurden oder ihnen für die Arbeit wichtige Informationen vorenthalten wurden (s. Appendix S, S.73). Aufgeführt wird nachstehend der Prozentsatz des Pflege- und Betreuungspersonals, die angaben, „monatlich“, „wöchentlich“ oder „täglich“ solche Erfahrungen gemacht zu haben.

Insgesamt wurden vom befragten Pflege- und Betreuungspersonal relativ wenig „Mobbing-Erfahrungen“ gemacht. Von den Befragten gaben 4.7% an, dass ihnen von Vorgesetzten viel mehr Arbeit zugeteilt wurde als anderen Teammitgliedern, so dass sie diese nicht bewältigen konnten. 2.4% gaben an, bei der Arbeit von Teammitgliedern/Vorgesetzten ignoriert oder ausgeschlossen worden zu sein, 2.7%, dass Teammitglieder/Vorgesetzte bei der Arbeit Informationen zurückhielten, so dass ihre

Arbeitsleistung beeinträchtigt wurde und 1.9% wurden bei der Arbeit von Teammitgliedern/Vorgesetzten beschämt oder blossgestellt.

Die Entstehung von Mobbing am Arbeitsplatz wird im Wesentlichen durch mangelnde Führungsqualität, schlechte Arbeitsorganisation und veränderte Arbeitsbedingungen begünstigt [103]. Je nach Arbeitssektor variiert der Mobbinganteil zwischen 6% in der Landwirtschaft und 23% im Gesundheitswesen [104]. Im Gesundheitswesen berichten zwischen 17% und 76% der professionellen Pflegekräfte über Mobbing Erfahrungen, wobei diese Angaben auch auf unterschiedliche Definitionen und Erfassungsmethoden zurückzuführen sind [105]. In einer Schweizer Untersuchung berichten 10.4% von im Gesundheitswesen tätigen Mitarbeitenden über Mobbing Erfahrung [106].

2.4.j. *Emotionsregulation*

Die Skala zur Emotionsregulation schätzt ein, wie Personen ihre Gefühle unter Kontrolle halten oder regulieren. Sie ist unterteilt in die beiden Subskalen „Unterdrückung“ und „Neubewertung“, welche zwei Strategien im Umgang mit Gefühlen beschreiben [107] (s. Appendix T, S. 74). Bei der Unterdrückung verändert man sein Verhalten, um seine Gefühle zu verbergen, bei der Neubewertung verändert man die Einschätzung der Situation. Die Befragten konnten auf einer Skala von 1 bis 7 angeben, wie stark sie verschiedenen Aussagen zum Thema zustimmten. Es liess sich beobachten, dass das Personal der Strategie der "Neubewertung" (Skalenmittelwert: 4.7) eher zustimmte als der Strategie der Unterdrückung (Skalenmittelwert: 3.8). Neubewertung hängt mit einer besseren physischen Gesundheit und sozialem Funktionieren zusammen, während Unterdrückung mit einer geringeren physischen Gesundheit und mehr negativen emotionalen Erfahrungen in Verbindung gebracht wird [108].

3. Synthese der Ergebnisse und Diskussion

3.1. Synthese

SHURP ist die bisher grösste repräsentative Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals der Alters- und Pflegeheime in der Schweiz. Mit einer Rücklaufquote von 76% erlaubt diese Studie erstmals, zuverlässige Aussagen zur Situation der Pflege und Betreuung in den Betrieben zu machen, wie z. B. zur Arbeitsumgebungsqualität und zu Mitarbeiterergebnissen. SHURP beinhaltet die Messung von verschiedenen für die Pflegeheime relevanten Themen, u. a. auch international erstmals breitflächig die Erfassung der Rationierung von Pflege in Alters- und Pflegeheimen. Insgesamt stellt SHURP eine dringend benötigte Datengrundlage für alle Stakeholder in der Schweizer Pflegeheimlandschaft zur Verfügung.

Der vorliegende Bericht ist eine erste Darstellung und Beschreibung der erhobenen Befragungsdaten von SHURP. Angesprochene Unterschiede, z. B. zwischen den Sprachregionen und mögliche Zusammenhänge zwischen den Variablen müssen in nächsten Schritten im Kontext der Vielfalt der beeinflussenden Variablen exploriert und interpretiert werden. Der SHURP-Studienbericht ist also in erster Linie beschreibend. Auftauchende Fragen zu Zusammenhängen zwischen den zahlreichen untersuchten Themen können hier noch nicht beantwortet werden. Solche Fragestellungen werden in einer nächsten Projektphase angegangen.

Aus der Fülle der vorliegenden Befragungsdaten werden hier exemplarisch einzelne Themen besprochen, die in der Diskussion mit den Stakeholdern der SHURP-Studie, namentlich aus Heim- und Berufsverbänden, Fachgremien und weiteren Interessenvertretern, als relevant bewertet wurden. Es lässt sich jedoch bereits jetzt festhalten, dass die vertiefte Auseinandersetzung mit diesen Themen und die Suche nach Problemlösungen ein gemeinsames Engagement von Leistungserbringern, und -trägern, Ausbildungsstätten, Verbänden und politischen Instanzen erfordert.

3.1.a. Attraktivität der Langzeitpflege

Die Resultate zeigen, dass die Alters- und Pflegeheime ihren Mitarbeitenden mehrheitlich eine gute Arbeitsumgebung bieten - mit 88% ist eine hohe Anzahl des Pflege- und Betreuungspersonals mit ihrer Arbeit zufrieden. Sie liegen damit höher als ihre Kolleg/innen in Schweizer Spitälern, von denen sich gemäss der RN4CAST-Studie 79% zufrieden mit ihrer Arbeitsstelle zeigten [33], und liegen nahe dem Schweizer Durchschnitt von 91% der Arbeitnehmenden, die gemäss einer Studie der SECO zufrieden oder sehr zufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen waren [109]. Rund 87% des Pflege- und Betreuungspersonals in den Alters- und Pflegeheimen zeigt eine hohe professionelle Bindung: ihre Tätigkeit und Arbeit ist für sie von Bedeutung und macht auch Spass. Das Personal bewertet ihre Führungspersonen und die Möglichkeit der Partizipation in den Betrieben positiv. Eine grosse Mehrheit ist

eher oder sehr zufrieden mit der erbrachten Pflege- und Betreuungsqualität auf ihrer Abteilung. Diese Ergebnisse zeigen, dass der Arbeitsort „Pflegeheim“ für eine Mehrheit des Pflege- und Betreuungspersonals als ein attraktiver Arbeitsplatz beurteilt wird und vermitteln ein insgesamt positives Bild vom Langzeitpflegebereich. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um das bestehende Pflege- und Betreuungspersonal in diesem Bereich zu halten und neues Personal zu rekrutieren. Die Langzeitpflege verfügt damit über eine gute Ausgangslage, um den spezifischen Herausforderungen zu begegnen, wie z. B. die Zunahme von hochaltrigen, schwer pflegebedürftigen Menschen, von denen ein grosser Anteil an Demenz erkrankt sein wird

3.1.b. Herausforderung Demenz

Mehr als die Hälfte der Bewohner/innen haben eine diagnostizierte Demenz oder zeigen Symptome von Demenz. Mit der Tendenz, dass ältere Menschen möglichst lange zu Hause bleiben und in einer späten Lebensphase in ein Pflegeheim eintreten, wenn eine Demenz bereits fortgeschritten ist, wird diese Zahl in Zukunft wahrscheinlich eher noch zunehmen. Dies erhöht sowohl den Pflege- und Betreuungsaufwand als auch die Kosten für die Betreuung in Alters- und Pflegeheimen und erfordert eine zunehmende Spezialisierung in diesem Fachbereich. Aktuell bieten vier Fünftel der Heime jährliche Fortbildungen im Bereich Demenz an, doch die Erhebung hat gezeigt, dass im Bereich der demenzspezifischen Heimeinrichtung und -umgebung sowie in der fachlichen Befähigung des Personals im Umgang mit von Demenz betroffenen Menschen Handlungsbedarf besteht. Die prognostizierte Zunahme von Menschen mit Demenz in Alters- und Pflegeheimen wird das Pflege- und Betreuungspersonal zunehmend herausfordern. Aus der Literatur ist bekannt, dass Personal, das beruflich befähigt ist, mit an Demenz erkrankten Menschen umzugehen, zufriedener ist, Krisensituationen im Alltag vorbeugen kann und die Lebensqualität der Bewohner/innen erhöht [11, 110]. Deshalb ist es notwendig, dass Alters- und Pflegeheime bereits jetzt die Weichen für ihre Zukunft stellen, indem sie nebst geeigneten strukturellen Rahmenbedingungen dafür Sorge tragen, dass sie über ausreichend qualifiziertes und spezialisiertes Personal im Bereich demenzspezifischer Pflege verfügen.

3.1.c. Regionale Stärken und Versorgungsbedarf

Die Studienresultate zeigen regionale Unterschiede bei den Versorgungsangeboten, der Pflegeintensität der Bewohner/innen, den Schwerpunktthemen Demenz und Palliative Care, beim Grademix, wie auch bei der Qualität der Arbeitsumgebung und der Pflege und Betreuung. Gerade in Bezug auf die Pflege- und Betreuungsqualität zeigt sich jedoch, dass die Unterschiede zwischen den Betrieben grösser sind als die Unterschiede zwischen den Sprachregionen, den Betriebsgrössen oder dem rechtlichen Status der Alters- und Pflegeheime. Unterschiede ermöglichen es auch, einander in der Weiterentwicklung zu unterstützen, indem regionale Variationen Vergleichsmöglichkeiten bieten, um voneinander zu

lernen. Beispielsweise können gelungene oder innovative Projekte zur Verbesserung der Versorgung von hochaltrigen Menschen zum Vorbild genommen werden und auf die eigene Situation adaptiert umgesetzt werden. Im Bereich der Pflegeaufwandsstufen wird deutlich, dass vor allem in der Deutschschweiz wahrscheinlich noch ein Verlagerungsprozess bevorsteht. Mit dem Herausögern von Heimeintritten werden immer mehr Menschen ins Pflegeheim eintreten, wenn sie bereits relativ schwer pflegeabhängig sind und oft eine Demenz im fortgeschrittenen Stadium aufweisen. Deshalb gilt es, die Dienstleistungen für ältere Menschen zu Hause zu stärken und neue Versorgungsmodelle zu entwickeln mit vermehrter Koordination unter den verschiedenen Leistungserbringern.

3.1.d. Pflegepersonal physisch und psychisch stark belastet

Entgegen dem positiven Bild eines guten Arbeitsplatzes und einer relativ hohen Arbeitszufriedenheit, lassen die Studienergebnisse auch verschiedene Herausforderungen erkennen, bei denen Handlungsbedarf besteht. Die Berufstätigkeit in einem Alters- und Pflegeheim ist mit teilweise grossen körperlichen und psychischen Belastungen für das Pflege- und Betreuungspersonal verbunden. Zwei Drittel von ihnen leidet unter Rücken- oder Kreuzschmerzen sowie allgemeiner Schwäche und Müdigkeit und mehr als die Hälfte an Gelenk- und Gliederschmerzen. Zudem fühlt sich mehr als ein Drittel mindestens einmal pro Woche am Ende eines Arbeitstages ausgelaugt. Belastend kann auch das Erleben von aggressivem Verhalten durch die Bewohner/innen sein, sei es verbal durch Beschimpfungen (23%) oder körperlich mit Schlägen, Bissen und Kratzen (10%). Dies fordert nicht nur Aktionen der betrieblichen Gesundheitsförderung, sondern verlangt auch nach koordinierten und unterschiedlichen Bedürfnissen entsprechenden gesundheitserhaltenden Angeboten, beispielsweise durch die Verbände. Gerade kleine Heime sind auf externe Angebote und Unterstützung durch Verbände angewiesen.

3.1.e. Rekrutierungsreserven an der Grenze

Der unisono hohe Anteil an Betrieben mit Rekrutierungsschwierigkeiten (92%) beim Pflegefachpersonal unter Berücksichtigung dass a) jede achte Mitarbeitende daran denkt, ihre Arbeit im Alters- und Pflegeheim aufzugeben, b) jede dritte Mitarbeitende in den nächsten 15 Jahren aus dem Berufsleben aussteigt, und c) ein relativ hoher Anteil des Pflegepersonals einen ausländischen Berufsabschluss aufweist, zeigt, wie wichtig hier eine umfassende Personalentwicklungspolitik ist. Dazu gehören Bildungs- und Förderungsmaßnahmen in- und ausserhalb der Betriebe, die auf Nachwuchsförderung, Laufbahnentwicklung und Verweildauer in Beruf und Betrieb, Wieder- und Quereinstieg und einen ausgewogenen Generationenmix zielen. Um dem steigenden Personalbedarf in der Pflege aus dem Inland zu decken, wurde auf nationaler Ebene ein wichtiger Schritt mit dem Masterplan „Bildung Pflegeberufe“ gemacht, der durch Bund (Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFJ und Bundesamt für Gesundheit BAG), die Kantone (Erziehungsdirektorenkonferenz EDK und

Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK) und die Organisation der Arbeitswelt Gesundheit OdASanté koordiniert wird.

3.1.f. Ringen um die Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität

In den gemessenen Qualitätsindikatoren schneiden die Schweizer Heime sehr gut ab: Wenige Bewohner/innen leiden unter einem Dekubitus (2.7%), haben Harnwegsinfektionen (5.1%) oder einen Gewichtsverlust (4.5%). Im internationalen Vergleich ist auch der Anteil an Bewohner/innen die stürzen mit 13.2% relativ gering. Vom Pflege- und Betreuungspersonal selber sind 93.5% eher oder sehr zufrieden mit der Qualität der Pflege und Betreuung. Dennoch lassen die Rückmeldungen zum Thema Rationierung von Pflege aufhorchen. Ein Fünftel des Pflege- und Betreuungspersonals gab an, den Bewohner/innen manchmal oder oft keine emotionale Unterstützung bieten zu können. Ein Viertel konnte keine aktivierende Pflege erbringen, was bedeutet, dass die Bewohner/innen in der Erhaltung ihrer Selbständigkeit nicht unterstützt wurden. Verwirrte oder kognitiv beeinträchtigte Menschen konnten von einem Fünftel der Befragten nicht genügend beaufsichtigt werden, so dass freiheitseinschränkende Massnahmen oder beruhigende Medikamente eingesetzt werden mussten. Zwischen 17% bis 29% der Pflege- und Betreuungspersonen berichten auch von Rationierung bei sozio-kulturellen Aktivitäten. Hier müssen aus Zeitmangel oder wegen Arbeitsüberlastung zentrale Angebote eines Alters- und Pflegeheims eingeschränkt werden, die eng mit der Lebensqualität von stark abhängigen Bewohner/innen verknüpft sind. Gerade die Teilnahme an sozialen Aktivitäten ist gemäss einem Obsan-Bericht vom 2012 ein zentrales Element der erlebten Lebensqualität von älteren Menschen in Alters- und Pflegeheimen [111]. In England erhalten Spitäler und Heime neu eine externe Qualitätskontrolle, ob sie den Grundbedürfnissen von Patient/innen und Bewohner/innen wie genügend Essen und Trinken oder Schutz vor Misshandlung genügend Rechnung tragen [112]. Dies zeigt, dass das Thema des Fehlens von grundlegenden und notwendigen Pflegemassnahmen auch im Ausland Aufmerksamkeit gefunden hat. Die SHURP-Studie wird von der Substudie RESPONS der Berner Fachhochschule ergänzt. Diese wird – innerhalb der SHURP Pflegeheim-Stichprobe – den Fragen der Zufriedenheit und Lebensqualität aus der Perspektive der Bewohner/innen nachgehen und hierzu noch vertiefende Informationen liefern können.

3.2. Weiteres Vorgehen

Die SHURP-Studie liefert erstmals umfassende und repräsentativ erhobene Daten zur Situation der Schweizer Alters- und Pflegeheime. Es wird den teilnehmenden Heimen empfohlen, ihre Resultate mit Hilfe des separaten Benchmarking Tools mit anderen Betrieben zu vergleichen und zwei bis drei Kernpunkte herauszugreifen, bei denen sie in ihrem Betrieb Handlungsbedarf sehen. Für die kontinuierliche Qualitätsentwicklung ist es wichtig und aufschlussreich, die Resultate innerhalb des eigenen

Betriebs mit dem Pflege- und Betreuungspersonal zu diskutieren, um Entwicklungsschwerpunkte, und -ziele sowie konkrete Verbesserungsmassnahmen festzulegen. Die SHURP-Projektgruppe des Instituts für Pflegewissenschaft bietet dazu unterstützend vom November 2013 bis Februar 2014 regionale Workshops an, um mit den Heimen die Studienresultate und Fragen zu diskutieren.

Abschliessend muss nochmals betont werden, dass der vorliegende Schlussbericht erste Resultate der SHURP-Studie beschreibend vorstellt. Mit der grossen Datengrundlage werden in den nächsten Jahren verschiedene spezifische Fragestellungen zu Zusammenhängen zwischen verschiedenen Variablen untersucht. Von grossem Interesse sind betriebliche Rahmenbedingungen für eine gute Pflege- und Betreuungsqualität sowie die Bedeutung von betrieblichen Schwerpunkten in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz. Beispielsweise werden Zusammenhänge zwischen Organisationsfaktoren, Rekrutierungsschwierigkeiten, Kündigungsabsicht, Rationierung der Pflege und Arbeitszufriedenheit analysiert. Weitere Untersuchungsthemen sind z. B. die Rationierung im Bereich der Dokumentation der geleisteten Pflege, welche eine wichtige Grundlage für die Sicherheit, Qualität und Finanzierung der Pflege darstellt; der relativ hohe Anteil des Präsentismus (Arbeiten trotz Kranksein) und seine möglichen Auswirkungen, oder das Thema einer relativ geringen Stresserkennung (individuelle Wahrnehmung, unter grosser Arbeitsbelastung uneingeschränkt leistungsfähig zu sein) mit seinen Konsequenzen für die Begünstigung von Fehlleistungen in der Pflege und Betreuung. Fragen nach Zusammenhängen lassen sich somit erst in den nächsten Phasen der SHURP-Studie beantworten. Diese Ergebnisse werden dann an nationalen und internationalen Kongressen vorgestellt und in Fachzeitschriften publiziert.

Das SHURP-Team dankt nochmals allen teilnehmenden Heimen und ihren Mitarbeitenden für ihre engagierte Beteiligung, die die SHURP Studie erst möglich gemacht hat und dank derer die vielen wichtigen Themen im Pflegeheimbereich fundiert angegangen werden können!

4. Bibliographie

1. Schwendimann, R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Schubert, M., Engberg, S. und de Geest, S. (2013). Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP): protocol of an observational study. *Journal of Advanced Nursing*, (in press).
2. Bundesamt für Statistik. (2013). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2011 – Standardtabellen*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
3. Bayer-Oglesby, L. und Höpflinger, F. (2010). *Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen (Obsan Bericht 47)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
4. Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M. und Widmer, M. (2009). *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
5. Bartelt, G. und Anliker, M. (2012). *Auswertung von RAI-Daten im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung*. St. Gallen: Q-Sys.
6. House of Commons All-Party Parliamentary Group on Dementia (2011). *The £20 billion question. An inquiry into improving lives through cost-effective dementia services*. Heruntergeladen am 12.09.2013 von http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=1207
7. Fleming, R. und Purandare, N. (2010). Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics*, 22(Special Issue 07), 1084-1096.
8. Bossen, A. (2010). The importance of getting back to nature for people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(2), 17-22.
9. Innes, A., Kelly, F. und Dincarslan, O. (2011). Care home design for people with dementia: What do people with dementia and their family carers value? *Aging & Mental Health*, 15(5), 548-56.
10. McCallion, P., Toseland, R. W., Lacey, D. und Banks, S. (1999). Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, 39(5), 546-558.
11. Eggenberger, E., Heimerl, K. und Bennett, M. I. (2013). Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25(03), 345-358.
12. Horn, S. D., Bender, S. A., Bergstrom, N., Cook, A. S., Ferguson, M. L., Rimmasch, H. L., Sharkey, S. S., Smout, R. J., Taler, G. und Voss, A. C. (2002). Description of the National Pressure Ulcer Long-Term Care Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(11), 1816-1825.
13. Hamers, J. P. H. und Huizing, A. R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 19-25.
14. Feng, Z., Hirdes, J. P., Smith, T., Finne-Soveri, H., Chi, I., Du Pasquier, J.-N., Gilgen, R., Ikegami, N. und Mor, V. (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(10), 1110-1118.
15. Gruneir, A. und Mor, V. (2008). Nursing home safety: current issues and barriers to improvement. *Annual Review of Public Health*, 29, 369-82.
16. Pauly, L., Stehle, P. und Volkert, D. (2007). Nutritional situation of elderly nursing home residents. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40(1), 3-12.
17. Nicolle, L. E. (2002). Urinary tract infection in geriatric and institutionalized patients. *Current Opinion in Urology*, 12(1), 51-5.
18. Morgan, D., Stewart, N., D'Arcy, C., Forbes, D. und Lawson, J. (2005). Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3), 347-358.

19. Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. und Halfens, R. J. G. (2009). Aggressive Behavior of Nursing Home Residents Toward Caregivers: A Systematic Literature Review. *Geriatric Nursing*, 30(3), 174-187.
20. Evers, W., Tomic, W. und Brouwers, A. (2001). Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(4), 439-454.
21. Isaksson, U., Graneheim, U. H., Richter, J., Eisemann, M. und Aström, S. (2008). Exposure to violence in relation to personality traits, coping abilities, and burnout among caregivers in nursing homes: a case-control study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 551-559.
22. Isaksson, U., Aström, S., Sandman, P.-O. und Karlsson, S. (2009). Factors associated with the prevalence of violent behaviour among residents living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 972-980.
23. Pulsford, D. und Duxbury, J. (2006). Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 611-618.
24. Gates, D., Fitzwater, E. und Succop, P. (2003). Relationships of stressors, strain, and anger to caregiver assaults. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(8), 775-793.
25. 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.
26. Rosen, T., Lachs, M. S., Bharucha, A. J., Stevens, S. M., Teresi, J. A., Nebres, F. und Pillemer, K. (2008). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: insights from focus groups of nursing home residents and staff. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(8), 1398-1408.
27. Pillemer, K., Chen, E. K., Van Haitsma, K. S., Teresi, J., Ramirez, M., Silver, S., Sukha, G. und Lachs, M. S. (2012). Resident-to-resident aggression in nursing homes: results from a qualitative event reconstruction study. *The Gerontologist*, 52(1), 24-33.
28. Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale, B., Marmolejo, I., Lowenstein, A., Manthorpe, G. und Ulvestad Kärki, F. (Hrsg.). (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen: WHO, Regional Office of Europe.
29. Cooper, C., Selwood, A. und Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing*, 37(2), 151-160.
30. Saveman, B.-I., Åström, S., Bucht, G. und Norberg, A. (1999). Elder Abuse in Residential Settings in Sweden. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10(1-2), 43-60.
31. Bužgová, R. und Ivanová, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16(1), 110-126.
32. Lindbloom, E. J., Brandt, J., Hough, L. D. und Meadows, S. E. (2007). Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9), 610-6.
33. Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L. und Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717.
34. McHugh, M. D. und Stimpfel, A. W. (2012). Nurse reported quality of care: a measure of hospital quality. *Research in Nursing & Health*, 35(6), 566-75.
35. Flynn, L., Liang, Y., Dickson, G. L. und Aiken, L. H. (2010). Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(12), 2401-2406.
36. Anderson, R. A., Issel, L. M. und McDaniel, R. R., Jr. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing Research*, 52(1), 12-21.

37. Anderson, R. A. und McDaniel, R. R., Jr. (1999). RN participation in organizational decision making and improvements in resident outcomes. *Health Care Management Review*, 24(1), 7-16.
38. Forbes-Thompson, S., Leiker, T. und Bleich, M. R. (2007). High-performing and low-performing nursing homes: a view from complexity science. *Health Care Management Review*, 32(4), 341-351.
39. Parsons, S. K., Simmons, W. P., Penn, K. und Furlough, M. (2003). Determinants of satisfaction and turnover among nursing assistants: the results of a statewide survey. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(3), 51-58.
40. Bishop, C. E., Weinberg, D. B., Leutz, W., Dossa, A., Pfefferle, S. G. und Zincavage, M. R. (2008). Nursing assistants' job commitment: effect of nursing home organizational factors and impact on resident well-being. *Gerontologist*, 48, 36-45.
41. Zwarenstein, M., Goldman, J. und Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD000072.
42. Tjia, J., Mazor, K. M., Field, T., Meterko, V., Spenard, A. und Gurwitz, J. H. (2009). Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety. *Journal of Patient Safety*, 5(3), 145-152.
43. Zimmer, A. (1999). Arbeitsbelastung und Beanspruchung in der Altenpflege. In Zimmer, A. und Weyerer, S. (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (pp. 155-169). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
44. Künzi, K. und Schär Moser, M. (2002). *Die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
45. Engels, J. A., van der Gulden, J. W., Senden, T. F. und van't Hof, B. (1996). Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 53(9), 636-41.
46. Schaefer, J. A. und Moos, R. H. (1996). Effects of work stressors and work climate on long-term care staff's job morale and functioning. *Research in Nursing & Health*, 19(1), 63:73.
47. Shinan-Altman, S. und Cohen, M. (2009). Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: the effect of work stressors and burnout. *Gerontologist*, 49(5), 674-684.
48. Ejaz, F. K., Noelker, L. S., Menne, H. L. und Bagaka's, J. G. (2008). The impact of stress and support on direct care workers' job satisfaction. *Gerontologist*, 48 Spec No 1, 60-70.
49. Pekkarinen, L., Sinervo, T., Perälä, M. und Elovainio, M. (2004). Work stressors and the quality of life in long-term care units. *Gerontologist*, 44(5), 633-643.
50. Edvardsson, D., Sandman, P. O., Nay, R. und Karlsson, S. (2008). Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *International Psychogeriatrics*, 20(4), 764-76.
51. Zúñiga, F., Schwappach, D., De Geest, S. und Schwendimann, R. (2013). Psychometric properties of the Swiss version of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture. *Safety Science* 55, 88-118.
52. Castle, N. G. und Sonon, K. E. (2006). A culture of patient safety in nursing homes. *Quality & Safety in Health Care*, 15(6), 405-408.
53. Hughes, C. M. und Lapane, K. L. (2006). Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(4), 281-6.
54. Wagner, L. M., Capezuti, E. und Rice, J. C. (2009). Nurses' perceptions of safety culture in long-term care settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(2), 184-92.
55. Singer, S., Kitch, B. T., Rao, S. R., Bonner, A., Gaudet, J., Bates, D. W., Field, T. S., Gurwitz, J. H., Keohane, C. und Campbell, E. G. (2012). An exploration of safety climate in nursing homes. *Journal of Patient Safety*, 8(3), 104-24.
56. Bonner, A. F., Castle, N. G., Men, A. und Handler, S. M. (2009). Certified nursing assistants' perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes? *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(1), 11-20.

57. Castle, N. G. (2006). Nurse Aides' ratings of the resident safety culture in nursing homes. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(5), 370-6.
58. Castle, N. G., Handler, S., Engberg, J. und Sonon, K. (2007). Nursing home administrators' opinions of the resident safety culture in nursing homes. *Health Care Management Review*, 32(1), 66-76.
59. Scott-Cawiezell, J., Vogelsmeier, A., McKenney, C., Rantz, M., Hicks, L. und Zellmer, D. (2006). Moving from a culture of blame to a culture of safety in the nursing home setting. *Nursing Forum*, 41(3), 133-140.
60. Moyle, W., Skinner, J., Rowe, G. und Gork, C. (2003). Views of job satisfaction and dissatisfaction in Australian long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 168-76.
61. Prey, H., Schmid, M., Storni, M. und Mühleisen, S. (2004). *Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege*. Zürich: Rüegger.
62. Dembe, A. E., Delbos, R. und Erickson, J. B. (2009). Estimates of injury risks for healthcare personnel working night shifts and long hours. *Quality & Safety in Health Care*, 18(5), 336-340.
63. Thomson, D. (2005). Absenteeism. In McGillis Hall, L. (Hrsg.), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp. 229-255). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
64. Kachi, Y., Inoue, K. und Toyokawa, S. Associations between contractual status, part-time work, and intent to leave among professional caregivers for older people: Results of a national cross-sectional survey in Japan. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 1028-1036.
65. Ausserhofer, D., Schubert, M., Engberg, S., Blegen, M., De Geest, S. und Schwendimann, R. (2012). Nurse-reported patient safety climate in Swiss hospitals: a descriptive-explorative substudy of the Swiss RN4CAST study. *Swiss Medical Weekly*, 142, 0.
66. Schubert, M., Clarke, S. P., Aiken, L. H. und De Geest, S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*.
67. Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M. und De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), 227-37.
68. Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. und Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 533-540.
69. Karsh, B., Booske, B. und Sainfort, F. (2005). Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover. *Ergonomics*, 48(10), 1260-1281.
70. Berger, G. (1999). Die Erfassung der Arbeitssituation im Rahmen einer Qualitätsdiagnose von Alten- und Pflegeheimen. In Zimber, A. und Weyerer, S. (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (pp. 138-152). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
71. Berlowitz, D. R., Young, G. J., Hickey, E. C., Saliba, D., Mittman, B. S., Czarnowski, E., Simon, B., Anderson, J. J., Ash, A. S., Rubenstein, L. V. und Moskowitz, M. A. (2003). Quality improvement implementation in the nursing home. *Health Services Research*, 38(1 Pt 1), 65-83.
72. Castle, N. G., Degenholtz, H. und Rosen, J. (2006). Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. *BMC Health Services Research*, 6, 60.
73. Mathieu, J. E. und Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological bulletin*, 108(2), 171.
74. Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L. und Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: a meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 61(1), 20-52.
75. Cooper-Hakim, A. und Viswesvaran, C. (2005). The construct of work commitment: testing an integrative framework. *Psychological Bulletin*, 131(2), 241-59.

76. Jenull, B., Brunner, E., Ofner, M. und Mayr, M. (2008). Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinierten Pflegekräften. *Pflege*, 21(1), 16-24.
77. Maslach, C., Schaufeli, W. B. und Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
78. Van der Schoot, E., Oginska, H., Estryng-Behar, M. und NEXT-Studiengruppe. (2005). Burnout im Pflegeberuf in Europa. In Hasselhorn, H. M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A. und Simon, M. (Hrsg.), *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
79. Natan, M. B., Lowenstein, A. und Eisikovits, Z. Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *International Nursing Review*, 57(1), 113-120.
80. Pillemer, K. und Bachman-Prehn, R. (1991). Helping and hurting. *Research on Aging*, 13(1), 74-95.
81. Hofmann, F. und Michaelis, M. (1999). Körperliche and psychische Erkrankungsrisiken im Altenpflegeberuf. In Zimmer, A. und Weyerer, S. (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (pp. 200-214). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
82. Eidgenössisches Departement des Inneren und Bundesamt für Statistik (2007). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 - Telefonischer und schriftlicher Fragebogen*. Heruntergeladen am 25. September 2011 von http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/ess/03.Document.118255.pdf
83. Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Muntaner, C. und Le, R. (2005). Staffing and worker injury in nursing homes. *American Journal of Public Health*, 95(7), 1220-1225.
84. Kinjerski, V. und Skrypnek, B. J. (2008). The promise of spirit at work: increasing job satisfaction and organizational commitment and reducing turnover and absenteeism in long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(10), 17-25.
85. Lavoie-Tremblay, M., Bourbonnais, R., Viens, C., Vezina, M., Durand, P. J. und Rochette, L. (2005). Improving the psychosocial work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 655-664.
86. Allebeck, P. und Mastekaasa, A. (2004). Chapter 5. Risk factors for sick leave - general studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(63 suppl), 49-108.
87. Aronsson, G., Gustafsson, K. und Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(7), 502-509.
88. Letvak, S. und Ruhm, C. J. (2010). The impact of worker health on long term care: implications for nursing managers. *Geriatric Nursing*, 31(3), 165-169.
89. Widera, E., Chang, A. und Chen, H. (2010). Presenteeism: a public health hazard. *Journal of General Internal Medicine*, 25(11), 1244-1247.
90. Elstad, J. I. und Vabø, M. (2008). Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(5), 467-474.
91. Kiss, P., De Meester, M. und Braeckman, L. (2008). Needlestick injuries in nursing homes: the prominent role of insulin pens. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 29(12), 1192-1194.
92. Adams, D. (2012). Needlestick and sharps injuries: practice update. *Nursing Standard*, 26(37), 49-57; quiz 58.
93. Elder, A. und Paterson, C. (2006). Sharps injuries in UK health care: a review of injury rates, viral transmission and potential efficacy of safety devices. *Occupational Medicine*, 56(8), 566-574.
94. Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H. K., North, N. und Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237-63.

95. Kash, B. A., Naufal, G. S., Cortes, L. und Johnson, C. E. (2010). Exploring factors associated with turnover among registered nurse (RN) supervisors in nursing homes. *Journal of Applied Gerontology*, 29(1), 107-127.
96. Banaszak-Holl, J. und Hines, M. A. (1996). Factors associated with nursing home staff turnover. *Gerontologist*, 36(4), 512-517.
97. Temple, A., Dobbs, D. und Andel, R. (2009). Exploring correlates of turnover among nursing assistants in the National Nursing Home Survey. *Health Care Management Review*, 34(3), 182-90.
98. Cready, C. M., Yeatts, D. E., Gosdin, M. M. und Potts, H. F. (2008). CNA empowerment: effects on job performance and work attitudes. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(3), 26-35.
99. Bowers, B. J., Esmond, S. und Jacobson, N. (2003). Turnover reinterpreted: CNAs talk about why they leave. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(3), 36-43.
100. Brannon, D., Barry, T., Kemper, P., Schreiner, A. und Vasey, J. (2007). Job perceptions and intent to leave among direct care workers: evidence from the Better Jobs Better Care demonstrations. *Gerontologist*, 47(6), 820-829.
101. Tai, T. W. C., Bame, S. I. und Robinson, C. D. (1998). Review of nursing turnover research, 1977-1996. *Social Science & Medicine*, 47(12), 1905-1924.
102. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2002). *Mobbing*. Heruntergeladen am 23.09.2013 von <https://osha.europa.eu/de/publications/factsheets/23>
103. Cassitto, M. G., Fattorini, E., Gilioli, R. und Rengo, C. (Hrsg.). (2003). *Raising awareness of psychological harassment at work*. Milano: World Health Organization.
104. Eurofound. (2012). *Trends in job quality in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
105. Vessey, J. A., Demarco, R. und DiFazio, R. (2010). Bullying, harassment, and horizontal violence in the nursing workforce: the state of the science. *Annual Review of Nursing Research*, 28, 133-57.
106. Kiener, A., Graf, M., Schiffer, J., von Holzen Beusch, E. und Fahrni, M. (2002). *Mobbing und andere psychosoziale Spannungen am Arbeitsplatz in der Schweiz*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
107. Gross, J. J. und John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-62.
108. John, O. P. und Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-33.
109. Krieger, R., Pekruhl, U., Lehmann, M. und Graf, M. (2012). *5. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2010. Ausgewählte Ergebnisse aus Schweizer Perspektive*. Heruntergeladen am 21.09.2013 von <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/27283.pdf>
110. Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E. und Sloane, P. D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist*, 45(suppl 1), 96-105.
111. Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F. und Zimmermann, E. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution (Obsan Rapport 54)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
112. White, C. (2013). Hospitals and care homes that fail to provide basic care will face prosecution, says UK regulator. *BMJ*, 347.
113. Oh, H., Eom, M. und Kwon, Y. (2004). A study on aggressive behavior among nursing home residents with cognitive impairment. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 34(8), 1451-9.
114. Malmedal, W., Ingebrigtsen, O. und Saveman, B.-I. (2009). Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 231-242.

115. Kramer, M., Schmalenberg, C. und Maguire, P. (2008). Essentials of a Magnetic work environment. *Nursing*, (January 2008, Career Directory), 23-27.
116. Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-88.
117. Lake, E. T. (2007). The nursing practice environment: measurement and evidence. *Medical Care Research & Review*, 64(2 Suppl), 104S-22S.
118. Warshawsky, N. E. und Havens, D. S. Global Use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nursing Research*, 60(1), 17-31.
119. Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. R. und Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, 44.
120. Lapane, K. L. und Hughes, C. M. (2007). Considering the employee point of view: perceptions of job satisfaction and stress among nursing staff in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(1), 8-13.
121. Akhtar, S. und Lee, J. S. (2002). Confirmatory factor analysis and job burnout correlates of the Health Professions Stress Inventory. *Psychological Reports*, 90(1), 243-50.
122. Wolfgang, A. P. (1988). The Health Professions Stress Inventory. *Psychological Reports*, 62(1), 220-2.
123. Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B. und De Geest, S. (2007). Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nursing Research*, 56(6), 416-24.
124. Felfe, J., Six, B., Schmook, R. und Knorz, C. (2010). Fragebogen zur Erfassung von affektivem, kalkulatorischem und normativem Commitment gegenüber der Organisation, dem Beruf/der Tätigkeit und der Beschäftigungsform (COBB). In Glöckner-Rist, A. (Hrsg.), *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. ZIS Version 14.00*. Bonn: GESIS.
125. Maslach, C. und Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113.
126. Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M., Abraham, I. und De Geest, S. (2009). *RICH Nursing Study*. Basel: Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel. Heruntergeladen am 25. September 2011 von <http://www.sbk-sg.ch/webseiten/1weiterenews/pdf/2005%2002%2011%20RICH%20Studie.pdf>
127. Cammann, C., Fichman, M., Jenkins, D. und Klesh, J., *The Michigan Organizational Assessment Questionnaire*. 1979, University of Michigan: Ann Arbor, Michigan.
128. Mobley, W., Horner, S. O. und Hollingsworth, A. T. (1978). An evaluation of the precursors of hospital employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 62, 237-240.
129. Einarsen, S., Hoel, H. und Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress*, 23(1), 24-44.
130. Simons, S. R., Stark, R. B. und DeMarco, R. F. (2011). A new, four-item instrument to measure workplace bullying. *Research in Nursing & Health*, 34(2), 132-140.
131. Abler, B. und Kessler, H. (2009). Emotion Regulation Questionnaire – Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross und John. *Diagnostica*, 55(3), 144-152.

5. Appendix

A.	Pflegeaufwand	52
B.	Bewohner/innenergebnisse	53
C.	Aggressionsereignisse.....	54
D.	Misshandlung älterer Menschen	55
E.	Qualität der Pflege und Betreuung.....	56
F.	Arbeitsumgebungsqualität	57
G.	Zusammenarbeit	59
H.	Arbeitsstress.....	60
I.	Bewohnersicherheit – Teamwork / Sicherheitsklima / Stresserkennung.....	62
J.	Überzeit.....	64
K.	Rationierung der Pflege	65
L.	Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz / Empfehlung von Arbeitsplatz.....	67
M.	Organisationale und professionelle Bindung	68
N.	Emotionale Erschöpfung.....	69
O.	Gesundheitsbeschwerden.....	70
P.	Absentismus / Präsentismus.....	71
Q.	Nadelstichverletzungen.....	71
R.	Kündigungsabsicht	72
S.	Mobbing.....	73
T.	Emotionsregulation.....	74

A. Pflegeaufwand

Vergleich des Pflegeaufwands (nach Pflegeintensitätsstufen) in der SHURP-Stichprobe mit der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)² 2011 über die Sprachregionen hinweg [2]:

Tabelle 12: Vergleich % Bewohner/innen pro Pflegeaufwandgruppe in SHURP mit % Pflegetage pro Pflegeaufwandgruppe in SOMED 2011

Pflegeintensitätsstufen	SHURP					SOMED 2011				
	Gültige n ¹ (BW)	Alle	Sprachregion			Gültige n ² (Pflege-tage)	Alle	Sprachregion		
			D	F	I			D	F	I
% BW oder %Pflege-tage in Stufen 0 bis 3	2'653	26.4%	30.1%	11.6%	14.1%	8'588'385	28.1%	35.3%	6.0%	15.9%
% BW oder %Pflege-tage Stufen 4 bis 6	2'707	26.9%	27.6%	24.9%	22.6%	9'467'389	30.9%	33.3%	22.8%	30.9%
% BW oder %Pflege-tage Stufen 7 bis 9	3'286	32.7%	32.2%	29.3%	47.5%	7'105'570	23.2%	20.5%	27.2%	47.0%
% BW oder %Pflege-tage Stufen 10 bis 12	1'095	10.9%	6.7%	33.8%	8.3%	5'144'510	16.8%	10.0%	42.7%	6.2%
Keine Einstufung ³	320	3.2%	3.4%	0.5%	7.5%	284'108	0.9%	0.9%	1.3%	0.0%

¹ Punktprävalenz an den Erhebungstagen in den Betrieben. n total = 10'061 Bewohner/innen.

² Periodenprävalenz über alle Tage im 2011. n total = 30'589'962 Pflege-tage. Dazu gehören auch 284'108 Pflege-tage, an denen Bewohner/innen nicht beurteilt waren.

³ Bewohner/innen, die zum Erhebungszeitpunkt (SHURP) oder über bestimmte Pflege-tage (SOMED 2011) keiner Pflegestufe zugewiesen waren, z. B. weil keine Abrechnung via RAI / BESA / PLAISIR stattfindet oder bei SHURP noch keine Einstufung stattgefunden hat wegen kurzlichem Heimeintritt

BW=Bewohner/in

² SOMED ist eine administrative Statistik des Bundesamtes für Statistik zur Beschreibung der Infrastruktur und der Tätigkeit von Betrieben, die sich um Betagte und Behinderte kümmern. Die betreffenden Betriebe sind verpflichtet, jährlich Bericht abzulegen zu den erbrachten Leistungen, den betreuten Klientinnen und Klienten, dem Betreuungspersonal und über die Betriebsrechnung.

B. Bewohner/innenergebnisse

Tabelle 13: Häufigkeit (%) von Bewohner/innenergebnissen in den Betrieben

	n	Häufigkeit (%)		Spannbreite über alle Betriebe	
		MW	SA	Minimum	Maximum
		MW	SA	MW	MW
% BW mit Dekubitus(im Haus entstanden) ¹	161	1.7	2.3	0.0	11.7
% BW mit Dekubitus(ausserhalb entstanden) ²	161	1.1	2.6	0.0	25.8
% BW mit Bettgittern ³	161	18.5	14.8	0.0	61.5
% BW mit körpernaher Fixation ³	161	2.9	5.4	0.0	30.3
% BW mit Sitzgelegenheit, die am Aufstehen hindert ³	161	3.2	5.4	0.0	38.9
% BW mit elektronischer Überwachung ³	161	8.4	7.2	0.0	36.6
% BW mit Sturz ⁴	161	13.2	9.7	0.0	67.4
% BW mit sturzbedingten Verletzungen ⁵	161	2.0	2.3	0.0	14.0
% BW mit Harnwegsinfekt ⁶	161	5.1	4.3	0.0	27.7
% BW mit Gewichtsverlust ⁷	160	4.5	5.0	0.0	32.3

¹ % BW mit Dekubitus im Haus: Prozentualer Anteil BW, die am Tag der Datenerhebung einen Dekubitus-Grad II oder höher hatten, der im Pflegeheim entstanden ist

² % BW mit Dekubitus ausserhalb: Prozentualer Anteil BW, die am Tag der Datenerhebung einen Dekubitus-Grad II oder höher hatten, der ausserhalb des Pflegeheims entstanden ist

³ Alle freiheitsbeschränkenden Massnahmen beziehen sich auf eine Anwendung an mindestens 2 aneinander folgenden Tagen oder Nächten in den letzten 7 Tagen:

- % BW mit Bettgittern: Prozentualer Anteil BW mit Bettgittern, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen und nicht auf Wunsch von Bewohner/in angewendet wurden
- % BW mit körpernaher Fixation: Prozentualer Anteil BW, die am Ober- / Unterkörper fixiert werden (z. B. Sitzgurt, Bauchgurt, Zewidecke, Schlafsack)
- % BW mit Sitzgelegenheit, die am Aufstehen hindert: Prozentualer Anteil von BW mit einer Sitzgelegenheit, die ihn/sie am Aufstehen hindert (z. B. Rollstuhl / Stuhl mit fixiertem Tisch, der von Bewohner/in nicht selber entfernt werden kann, Stuhl, der nach hinten gekippt wird, niedrige Sitzfläche, sowie weiche Sitzgelegenheit, in der Bewohner/in einsinkt)
- % BW mit elektronischer Überwachung: Prozentualer Anteil von BW mit einer elektronischen Überwachung, mit der ihre Bewegungsfreiheit kontrolliert wird (z. B. Kontaktmatte, Alarm beim Verlassen der Abteilung)

⁴ % BW mit Sturz: Prozentualer Anteil BW mit Sturz in den letzten 30 Tagen

⁵ % BW mit sturzbedingten Verletzungen: Prozentualer Anteil BW mit sturzbedingten Verletzungen in den letzten 30 Tagen

⁶ % BW mit Harnwegsinfekt: Prozentualer Anteil BW mit Harnwegsinfekt in den letzten 30 Tagen, der antibiotisch behandelt wurde

⁷ % BW mit Gewichtsverlust: Prozentualer Anteil BW, die in den letzten 3 Monaten einen Gewichtsverlust von 5% und mehr erlebt haben

C. Aggressionsereignisse

Tabelle 14: Häufigkeit von Aggressionsereignissen

Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
Wie oft haben Bewohner/innen eine der folgenden Verhaltensweisen in den letzten 4 Arbeitswochen gegen Sie oder gegen andere Bewohner/innen gerichtet?				
83a. Verbal aggressives Verhalten gegen Sie?	5290	23.3%	0.0%	67.3%
83b. Verbal aggressives Verhalten gegen andere Bewohner/innen?	5213	31.8%	0.0%	77.8%
84a. Körperlich aggressives Verhalten gegen Sie?	5279	10.3%	0.0%	44.8%
84b. Körperlich aggressives Verhalten gegen andere Bewohner/innen?	5195	7.2%	0.0%	68.8%
85a. Sexuell aggressives Verhalten gegen Sie?	5280	2.4%	0.0%	20.0%
85b. Sexuell aggressives Verhalten gegen andere Bewohner/innen?	5216	1.6%	0.0%	26.7%

Quelle der Items: Die Fragen wurden vom SHURP-Team auf Basis von Fragen der RN4CAST-Studie und der Ryden's Aggression Scale [113] entwickelt.

Antwortmöglichkeiten: Nie Weniger als einmal pro Woche Ca. einmal pro Woche Mehrmals pro Woche Täglich Mehrmals täglich

Berechnung der zustimmenden Antworten: Antworten in "Mehrmals pro Woche", "Täglich" und "Mehrmals täglich" im Verhältnis zu allen gültigen Antworten.

D. Misshandlung älterer Menschen

Tabelle 15: Misshandlung älterer Menschen

Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
Wie oft haben Sie beobachtet, dass				
86. jemand vom Personal einen/eine Bewohner/in beschimpft oder angeschrien hat	5282	9.1%	0.0%	55.6%
87. jemand vom Personal mit einem/einer Bewohner/in respektlos gesprochen hat	5277	12.4%	0.0%	44.4%
88. jemand vom Personal sich über einen/eine Bewohner/in vor anderen lustig gemacht hat	5269	7.6%	0.0%	33.3%
89. jemand vom Personal einen/eine Bewohner/in extra lang auf die Pflege warten liess	5257	6.9%	0.0%	37.5%
90. jemand vom Personal einen/eine Bewohner/in gestossen, geschlagen oder getreten hat	5283	0.3%	0.0%	5.3%

Quelle der Items: Die Fragen wurden vom SHURP-Team in Anlehnung an einem von Malmedal [114] entwickelten Fragebogen formuliert.

Antwortmöglichkeiten: Nie Einmal pro Monat oder weniger Einmal in der Woche oder weniger Mehr als einmal in der Woche

Berechnung der zustimmenden Antworten: Antworten in "Einmal in der Woche oder weniger" und "Mehr als einmal in der Woche" im Verhältnis zu allen gültigen Antworten.

E. Qualität der Pflege und Betreuung

Tabelle 16: Qualität der Pflege und Betreuung

Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
80. Wie beurteilen Sie insgesamt die Qualität der Pflege und Betreuung für die Bewohner/innen auf Ihrer Abteilung? (eher / sehr zufrieden)	5289	93.5%	56.7%	100.0%
81. Die Pflege-/Betreuungsqualität auf der Abteilung hat sich im Vergleich zum letzten Jahr... (verbessert / ist gleich geblieben)	4541	88.1%	21.4%	100.0%
82. Würden Sie Ihr Heim empfehlen, wenn ein Mitglied Ihrer Familie oder von einer befreundeten Familie einen Platz in einem Alters- und Pflegeheim brauchen würde? (wahrscheinlich ja / ja, sicher)	5285	83.0%	25.0%	100.0%

Quelle der Items: Zufriedenheit mit Qualität und Betreuung, Empfehlung von Pflegeheim und Entwicklung der Pflege-/Betreuungsqualität: aus dem Fragebogen zur RN4CAST-Studie; Formulierung auf Alters- und Pflegeheim angepasst.

Antwortmöglichkeiten zur Zufriedenheit mit Qualität: Sehr unzufrieden Eher unzufrieden Eher zufrieden Sehr zufrieden

Antwortmöglichkeiten zur Entwicklung der Pflegequalität: Verschlechtert Ist gleich geblieben Verbessert Ich bin noch kein Jahr hier

Antwortmöglichkeiten zur Empfehlung des Arbeitsortes an mögliche Bewohner/innen: Sicher nicht Wahrscheinlich nicht Wahrscheinlich ja Ja, sicher

Berechnung der zustimmenden Antworten: Antworten in "Eher zufrieden" und "Sehr zufrieden" / „Wahrscheinlich ja“ und „Ja, sicher“ / „Ist gleich geblieben“ und „Verbessert“ im Verhältnis zu allen gültigen Antworten. Bei Frage 81 wurden Antworten unter „Ich bin noch kein Jahr hier“ als fehlend behandelt.

F. Arbeitsumgebungsqualität

Unter Arbeitsumgebung werden verschiedene Themen zusammengefasst, deren Qualität dazu beiträgt, eine sichere Versorgung der Bewohner/innen zu gewährleisten und fachlich kompetentes Pflegepersonal im Betrieb zu erhalten. Die Arbeitsumgebungsqualität wurde im Zusammenhang mit Magnetspitälern erforscht. Es werden typischerweise folgende Aspekte dazu gezählt [115]: Möglichkeiten zur Weiterbildung, mit anderen klinisch kompetenten Pflegenden arbeiten, gute Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst, Autonomie bei der Arbeit, Partizipation bei pflegerelevanten Entscheidungen, Unterstützung durch das Pflegemanagement, genügend Personalressourcen und eine Kultur des sich Kümmern um die Bewohner/innen. Hierzu wurden im Fragebogen die Aspekte zur Führung, Partizipation inkl. Weiterbildungsmöglichkeiten, Ressourcen und Autonomie überprüft.

Tabelle 17: Arbeitsumgebungsqualität

Thema und Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
Führung¹				
1. Die Abteilungsleitung unterstützt das Pflege-/Betreuungspersonal	4477	90.4%	40.9%	100.0%
3. Die Vorgesetzten nutzen Fehler in der Pflege und Betreuung zum gemeinsamen Lernen und nicht zum Kritisieren	4442	78.8%	0.0%	100.0%
6. Die Abteilungsleitung ist eine kompetente Führungsperson	4470	86.8%	22.7%	100.0%
9. Es gibt Lob und Anerkennung für eine gute Arbeitsleistung	4490	71.5%	18.8%	100.0%
12. Die Abteilungsleitung steht beim Treffen von Entscheidungen hinter dem Pflege-/Betreuungspersonal, auch wenn diese im Konflikt mit anderen Berufsgruppen stehen	4409	83.3%	28.6%	100.0%
Partizipation				
2. Es ist dem Pflege-/Betreuungspersonal möglich, sich an Entscheidungen im Heim / auf der Abteilung zu beteiligen.	5291	87.3%	53.1%	100.0%
7. Die Pflegedienstleitung ist für das Pflege-/Betreuungspersonal erreichbar. ²	5112	89.9%	33.3%	100.0%
10. Es ist hier möglich, beruflich weiterzukommen (z. B. mit Weiterbildungen, speziellen Aufgaben im Team/Heim)	5302	85.9%	35.7%	100.0%
13. Die Heimleitung hat ein "offenes Ohr" für die Anliegen der Mitarbeitenden und geht darauf ein.	5259	76.6%	28.6%	100.0%
14. Das Pflege-/Betreuungspersonal kann in Arbeits- und Projektgruppen mitarbeiten.	5246	80.0%	21.4%	100.0%
15. Die Abteilungsleitung bespricht mit dem Pflege-/Betreuungspersonal alltägliche Probleme und Abläufe.	5274	87.6%	27.8%	100.0%

¹ Bei den Items zur Führung sind Personen in den Positionen einer Pflegedienstleitung, Abteilungsleitung oder Gruppenleitung nicht in die Berechnung einbezogen.

² Bei diesem Item sind Personen in der Position einer Pflegedienstleitung nicht in die Berechnung einbezogen.

Thema und Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
Ressourcen und Personalbesetzung				
4. Es gibt genügend Zeit und Möglichkeiten, um Pflegeprobleme mit anderen Pflege- und Betreuungspersonen zu besprechen.	5294	66.6%	16.7%	100.0%
5. Es gibt genügend fachlich kompetentes Personal, um eine gute Qualität der Pflege und Betreuung zu gewährleisten.	5283	75.9%	18.8%	100.0%
8. Es gibt genügend Pflege-/Betreuungspersonal, um die anfallende Arbeit zu erledigen.	5288	60.9%	12.5%	100.0%
Autonomie				
11. Ich entscheide selber, wie ich meine Arbeit mache.	5283	82.1%	48.1%	100.0%

Quelle der Items: Führung / Partizipation / Ressourcen und Personalbesetzung: Deutschsprachige Version der Practice Environment Scale – Nurse Working Index (PES-NWI) [116-118]
 Autonomie: 1 Item aus der Subskala „Selbstbestimmung“ der Spreitzer’s Psychological Empowerment Scale

Antwortmöglichkeiten: Stimme überhaupt nicht zu Stimme eher nicht zu Stimme eher zu Stimme voll und ganz zu

Berechnung der zustimmenden Antworten: Antworten in “Stimme eher zu” und “Stimme voll und ganz zu” im Verhältnis zu allen gültigen Antworten

G. Zusammenarbeit

Tabelle 18: Zusammenarbeit

Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
Wie erleben Sie an Ihrem Arbeitsplatz die Qualität der Zusammenarbeit mit:				
16a. den Teamkolleginnen und -kollegen	5259	96.0%	66.7%	100.0%
16b. der Abteilungsleiterin/dem Abteilungsleiter ¹	4378	90.9%	43.5%	100.0%
16c. der Pflegedienstleiterin/dem Pflegedienstleiter ²	4858	88.7%	44.4%	100.0%
16d. der Heimleiterin/dem Heimleiter	4714	85.3%	36.4%	100.0%
16e. den Ärztinnen/Ärzten	4028	88.5%	46.7%	100.0%
16f. den Aktivierungstherapeutinnen/therapeuten	4685	92.4%	55.6%	100.0%
16g. dem Reinigungspersonal	5042	94.7%	35.7%	100.0%
16h. dem Küchenpersonal	4950	88.6%	45.8%	100.0%

¹ Bei diesem Item sind Personen in den Positionen einer Abteilungsleitung oder Gruppenleitung nicht in die Berechnung einbezogen.

² Bei diesem Item sind Personen in der Position einer Pflegedienstleitung nicht in die Berechnung einbezogen.

Quelle der Items: Frage aus dem Safety Attitude Questionnaire (SAQ) [119], Berufsgruppen wurden im Rahmen von Fokusgruppeninterviews mit Pflege- und Betreuungspersonal ausgewählt.

Antwortmöglichkeiten: Sehr schlecht Eher schlecht Eher gut Sehr gut Weiss nicht

Berechnung der zustimmenden Antworten: Antworten in "Eher gut" und "Sehr gut" im Verhältnis zu allen gültigen Antworten. Antworten unter „Weiss nicht“ wurden als fehlend behandelt.

H. Arbeitsstress

Tabelle 19: Arbeitsstress

Thema und Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
Wie oft fühlen Sie sich gestresst, Verantwortung für die Bewohner/innen				
105. weil Sie mit Berufskolleginnen/Berufskollegen oder Mitarbeitenden aus anderen Gesundheitsberufen über die Behandlung und Pflege von Bewohnern/Bewohnerinnen nicht einig sind?	5270	5.8%	0.0%	25.0%
106. durch den Umgang mit „schwierigen“ Bewohnern/Bewohnerinnen (z. B. bei Problemen mit dem Verhalten)?	5284	9.6%	0.0%	37.5%
107. Wie oft fühlen Sie sich überfordert von der Pflege von Menschen, die im Sterben liegen?	5253	2.5%	0.0%	25.0%
Konflikte bei der Arbeit				
108. weil Sie so viel zu tun haben, dass Sie nicht alles gut machen können?	5287	15.8%	0.0%	50.0%
109. weil es nicht genügend Personal gibt, um die Arbeit gut zu bewältigen?	5277	22.5%	0.0%	65.6%
110. weil Sie mit Ihren Vorgesetzten/Führungspersonen Konflikte haben?	5293	3.5%	0.0%	30.8%
Unsicherheit bei der Arbeit				
111. weil Sie nicht genügend informiert sind über den Zustand eines Bewohners/einer Bewohnerin (z. B. Informationen sind nicht verfügbar oder die Zeit fehlt, um Informationen zu beschaffen)?	5274	6.1%	0.0%	33.3%
112. weil Sie auf Grund Ihrer Ausbildung oder Erfahrung nicht genügend vorbereitet sind, um die Pflegebedürfnisse der Bewohner/innen zu erfüllen?	5267	1.8%	0.0%	14.3%
113. weil Sie Angst haben, dass Ihnen in der Pflege der Bewohner/innen ein Fehler passieren könnte?	5272	2.7%	0.0%	16.2%

Thema und Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
Wie oft fühlen Sie sich gestresst, Anerkennung bei der Arbeit				
114. weil Sie niemand nach Ihrer Meinung fragt, wenn Entscheidungen über Ihre Arbeit gefällt werden?	5257	4.3%	0.0%	31.3%
115. weil Sie nicht genügend Lohn erhalten?	5244	14.7%	0.0%	50.0%
116. weil Sie bei der Arbeit nicht alle Ihre Fähigkeiten anwenden können?	5274	9.2%	0.0%	40.6%

Quelle der Items: Health Professions Stress Inventory (HPSI) [120-122]: eine Auswahl von je 3 Items von den 4 Subskalen Verantwortung für die Bewohner/innen, Arbeitskonflikte, Unsicherheit bei der Arbeit, Anerkennung bei der Arbeit.

Antwortmöglichkeiten: Nie Selten Manchmal Häufig Sehr häufig

Berechnung der zustimmenden Antworten: Antworten in „Häufig“ und „Sehr häufig“ im Verhältnis zu allen gültigen Antworten.

I. Bewohnersicherheit – Teamwork / Sicherheitsklima / Stresserkennung

Tabelle 20: Bewohnersicherheit – Teamwork / Sicherheitsklima / Stresserkennung

Thema und Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
Teamwork				
41. Auf dieser Abteilung sind Vorschläge und Ideen willkommen (z. B. zu Arbeitsorganisation, Pflegeverrichtungen)	5247	80.4%	33.3%	100.0%
42. Auf dieser Abteilung ist es heikel, ein Problem anzusprechen, das ich in der Betreuung der Bewohner/innen wahrnehme. ¹	5227	18.3%	0.0%	50.0%
43. Auf dieser Abteilung werden Meinungsverschiedenheiten gut geklärt (d.h. nicht wer hat Recht, sondern was ist das Beste für die Bewohner/innen).	5231	73.5%	30.8%	100.0%
44. Ich erhalte von meinen Teamkolleginnen/-kollegen die notwendige Unterstützung für die Pflege/Betreuung der Bewohner/innen.	5275	87.9%	37.5%	100.0%
45. Hier ist es für das Personal leicht, Fragen zu stellen, wenn etwas nicht verstanden wurde.	5254	87.8%	48.1%	100.0%
46. Hier arbeiten die verschiedenen Berufsleute als gut koordiniertes Team zusammen.	5229	75.5%	25.0%	100.0%
Sicherheitsklima				
47. Wenn ich hier Bewohner/in wäre, würde ich mich sicher versorgt und gut betreut fühlen.	5201	74.0%	28.1%	100.0%
48. Auf dieser Abteilung wird mit Fehlern in angemessener Weise umgegangen.	5145	73.1%	22.2%	100.0%
49. Ich weiss, wie ich auf dieser Abteilung vorgehen muss, um Fragen zur Bewohnersicherheit anzubringen (z. B. Schutz der Bewohner/innen vor Medikamentenfehlern, Stürzen, Entzündungen).	5199	89.7%	62.5%	100.0%
50. Ich erhalte angemessene Rückmeldung zu meiner Arbeit.	5226	66.2%	29.6%	100.0%
51. Auf dieser Abteilung ist es schwierig, Fehler zu besprechen. ¹	5212	19.1%	0.0%	59.5%
52. Meine Arbeitskolleginnen/-kollegen ermutigen mich zu melden, wenn ich etwas beobachte oder entdecke, das einem Bewohner/einer Bewohnerin schaden könnte.	5164	77.4%	38.9%	100.0%
53. Der Umgang miteinander auf dieser Abteilung macht es leicht, von den Fehlern anderer zu lernen.	5153	66.1%	12.5%	100.0%
Stresserkennung				
54. Wenn meine Arbeitsbelastung zu hoch ist, ist meine Leistung beeinträchtigt.	5205	57.4%	22.2%	100.0%
55. Wenn ich bei der Arbeit müde bin, bin ich weniger leistungsfähig.	5221	60.6%	25.0%	100.0%
56. In stressigen Situationen oder in einer gespannten Atmosphäre mache ich eher Fehler.	5218	51.4%	20.0%	88.5%
57. Ermüdung beeinträchtigt meine Leistungen in Notfallsituationen.	5106	38.8%	0.0%	75.0%

¹ dies ist eine negative formulierte Aussage: je tiefer der Wert, desto besser das Resultat

Quelle der Items:	Safety Attitude Questionnaire (SAQ) [119]					
Antwortmöglichkeiten:	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Neutral	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Weiss nicht
Berechnung der zustimmenden Antworten:	Antworten in "Stimme eher zu" und "Stimme voll und ganz zu" im Verhältnis zu allen gültigen Antworten. Antworten unter „Weiss nicht“ wurden als fehlend behandelt.					

J. Überzeit

Tabelle 21: Überzeit

Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
38a. Mussten Sie in Ihrer letzten Arbeitsschicht Überzeit von mehr als 30 Minuten leisten?	5286	14.3%	0.0%	46.7%
38b. Wie häufig kommt es vor, dass Sie auf einer Arbeitsschicht mehr als 30 Minuten Überzeit leisten?	5265			
– Beinahe jede Arbeitsschicht		3.1%	0.0%	33.3%
– Ca. einmal alle 2-7 Arbeitstage		25.1%	0.0%	80.0%
– Seltener		71.8%	20.0%	100.0%

Quelle der Items: Frage aus der RN4CAST-Studie und Ergänzung durch das SHURP-Team

Antwortmöglichkeiten: 38a: Ja Nein
 38b: Fast jede Arbeitsschicht Ca. einmal alle 2-4 Arbeitstage Seltener Ca. einmal alle 5-7 Arbeitstage

Berechnung der zustimmenden Antworten: 38a: Antworten in „Ja“ im Verhältnis zu allen gültigen Antworten
 38b: s. Tabelle

K. Rationierung der Pflege

Die zum Thema Rationierung gestellten Fragen bezogen sich auf notwendige und übliche Pflegemaßnahmen oder Therapien, die z. B. wegen Zeitmangel oder Arbeitsüberlastung nicht oder nicht richtig durchgeführt werden konnten.

Tabelle 22: Rationierung der Pflege

Thema und Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
Wie oft ist es in Ihren letzten 7 Arbeitstagen vorgekommen...				
Unterstützung in den ATLS:				
61. dass Sie bei Bewohnern/Bewohnerinnen eine Ganz- oder Teilwäsche und/oder Hautpflege nicht durchführen können?	5194	14.2%	0.0%	66.7%
62. dass Sie bei Bewohnern/Bewohnerinnen eine Mund- und oder Zahnpflege nicht durchführen konnten?	5188	12.7%	0.0%	66.7%
63. dass Sie Bewohner/innen, die nicht selber essen konnten, beim Essen nicht unterstützen/helfen konnten?	5194	5.6%	0.0%	33.3%
64. dass Sie Bewohner/innen, die nicht selber trinken konnten, beim Trinken nicht unterstützen/helfen konnten?	5223	6.1%	0.0%	28.1%
65. dass Sie Bewohner/innen, die eingeschränkt mobil oder immobil waren, nicht mobilisieren oder lagern konnten?	5214	7.7%	0.0%	37.5%
66. dass Sie Bewohner/innen länger als 30 Minuten in ihrem Urin oder Stuhlgang liegen/sitzen lassen mussten?	5211	6.1%	0.0%	30.0%
Gespräch – Begleitung –Zuwendung:				
67. dass Sie Bewohner/innen keinen emotionalen Beistand anbieten konnten, z. B. im Umgang mit Unsicherheit und Angst, dem Gefühl von Abhängigkeit?	5219	21.9%	0.0%	52.2%
68. dass Sie mit Bewohnern/Bewohnerinnen oder Angehörigen ein Gespräch nicht führen konnten?	5197	16.9%	0.0%	54.5%
Förderung – Anleitung:				
69. dass Sie bei Bewohnern/Bewohnerinnen ein Toilettentraining / Kontinenztraining nicht durchführen konnten und die Bewohner/innen deswegen in den Inkontinenzeinlagen ("Pampers") Wasser lösen mussten?	5194	14.8%	0.0%	54.5%
70. dass Sie bei Bewohner/innen die aktivierende Pflege nicht durchführen konnten, mit der Bewohner/innen in ihrer Selbständigkeit gefördert werden (z. B. Gehtraining, selber waschen, ankleiden)?	5186	24.4%	0.0%	58.8%
Überwachung – Sicherheit:				
71. dass Sie Bewohner/innen nicht so häufig überwachen/kontrollieren konnten, wie es aus Ihrer Sicht notwendig gewesen wäre (z. B. herumirrende oder sterbende Bewohner/innen)?	5214	18.7%	0.0%	53.6%

Thema und Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
Wie oft ist es in Ihren letzten 7 Arbeitstagen vorgekommen...				
72. dass Sie verwirrte oder kognitiv beeinträchtigte Bewohner/innen nicht genügend beaufsichtigen konnten und deshalb freiheitsbeschränkende Massnahmen angewendet wurden und/oder beruhigende Medikamente verabreicht wurden?	5151	19.0%	0.0%	59.4%
73. dass Sie Bewohner/innen, die geläutet haben, mehr als 5 Minuten haben warten lassen müssen?	5231	33.8%	0.0%	83.3%
Dokumentation:				
74. dass Sie bei Schichtantritt keine Zeit hatten, sich in der Pflegedokumentation über die Bewohnersituation genügend zu informieren?	5207	35.4%	0.0%	72.2%
75. dass Sie bei Bewohnern/Bewohnerinnen eine Pflegeplanung nicht erstellen oder aktualisieren konnten?	4041	32.1%	0.0%	61.9%
76. dass Sie die bei Bewohnern/Bewohnerinnen durchgeführte Pflege nicht genügend dokumentieren konnten?	5169	31.3%	0.0%	70.6%
Sozio-kulturelle Aktivitäten:				
Wie oft ist es im letzten Monat während Ihren Arbeitstagen vorgekommen, dass...				
77. dass Sie mit einzelnen Bewohnern /Bewohnerinnen eine geplante individuelle Aktivität nicht durchführen konnten (z. B. Spaziergang, Begleitung beim Einkaufen)?	5105	29.2%	0.0%	72.2%
78. dass Sie mit mehreren Bewohnern/ Bewohnerinnen eine geplante Gruppenaktivität nicht durchführen konnten (z. B. gemeinsames Kochen, Ausflug)?	4961	16.6%	0.0%	61.1%
79. dass Sie eine kulturelle Aktivität für Bewohner/innen nicht durchführen konnten, bei dem die Bewohner/innen einen Kontakt zu der Welt ausserhalb des Heims gehabt hätten (z. B. Stadtbesuch, Anlass mit Kindern)?	4910	15.9%	0.0%	55.6%

Quelle der Items: Basel Extent of Rationing of Care (Bernca) [123] ergänzt mit 3 selbst entwickelten Items zu sozio-kulturellen Aktivitäten

Antwortmöglichkeiten: Massnahme war nicht nötig Nie Selten Manchmal Oft Nicht in meinem Aufgabenbereich (nur bei Frage 75)

Berechnung der zustimmenden Antworten: Antworten in „Manchmal“ und „Oft“ im Verhältnis zu allen gültigen Antworten inkl. die Option „Massnahme war nicht nötig“. Die Option „Nicht in meinem Aufgabenbereich“ wird zu den fehlenden oder ungültigen Antworten gezählt.

L. Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz / Empfehlung von Arbeitsplatz

Tabelle 23: Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz / Empfehlung von Arbeitsplatz

Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
17. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Arbeitsstelle? (eher / sehr zufrieden)	5286	88.3%	55.6%	100.0%
18. Würden Sie Ihr Heim einem Kollegen/einer Kollegin als einen guten Arbeitsort empfehlen? (wahrscheinlich ja / ja, sicher)	5286	87.0%	44.4%	100.0%

Quelle der Items: Zufriedenheit mit Arbeitsplatz: eigene Formulierung.
 Empfehlung von Arbeitsplatz: aus dem Fragebogen zur RN4Cast-Studie;
 Formulierung auf Alters- und Pflegeheim angepasst.

Antwortmöglichkeiten zur Zufriedenheit mit Arbeitsstelle: Sehr unzufrieden Eher unzufrieden Eher zufrieden Sehr zufrieden

Antwortmöglichkeiten zur Empfehlung des Arbeitsortes an Kolleg/innen: Sicher nicht Wahrscheinlich nicht Wahrscheinlich ja Ja, sicher

Berechnung der zustimmenden Antworten: Antworten in "Eher zufrieden" und "Sehr zufrieden" / „Wahrscheinlich ja“ und „Ja, sicher“ im Verhältnis zu allen gültigen Antworten.

M. Organisationale und professionelle Bindung

Tabelle 24: Organisationale und professionelle Bindung

Thema und Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
Organisationale Bindung				
19. Ich wäre sehr glücklich, die nächsten Jahre weiterhin in dieser Organisation arbeiten zu können.	5300	71.0%	18.8%	100.0%
20. Ich empfinde ein starkes Gefühl der Zugehörigkeit zu meiner Organisation.	5302	68.3%	22.2%	100.0%
21. Ich fühle mich emotional nicht besonders mit dieser Organisation verbunden. ¹	5257	14.9%	0.0%	46.7%
22. Ich bin stolz darauf, für diese Organisation zu arbeiten.	5304	62.9%	12.5%	100.0%
23. Ich denke, dass meine Vorstellungen von guter Pflege und Betreuung zu denen der Organisation passen.	5289	75.4%	31.3%	100.0%
Professionelle Bindung				
24. Meine jetzige Tätigkeit macht mir Spass.	5313	86.9%	41.7%	100.0%
25. Es ist für mich von grosser Bedeutung, gerade diesen Beruf auszuüben.	5309	86.6%	50.0%	100.0%
26. Meine jetzige Tätigkeit passt gut zu mir.	5313	88.7%	50.0%	100.0%

¹ Dies ist eine negativ formulierte Frage: je tiefer der Wert, desto besser das Resultat

Quelle der Items: Zwei Subskalen aus dem Fragebogen zur Erfassung von affektivem, kalkulatorischem und normativem Commitment gegenüber der Organisation, dem Beruf / der Tätigkeit und der Beschäftigungsform (COBB) (affektives Commitment gegenüber der Organisation und gegenüber dem Beruf) [124]

Antwortmöglichkeiten: Stimme überhaupt nicht zu Stimme eher nicht zu Neutral Stimme eher zu Stimme voll und ganz zu

Berechnung der zustimmenden Antworten: Antworten in "Stimme eher zu" und "Stimme voll und ganz zu" im Verhältnis zu allen gültigen Antworten.

N. Emotionale Erschöpfung

Tabelle 25: Emotionale Erschöpfung

Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
127. Emotional erschöpft ¹	5246	23.7%	0.0%	59.4%
128. Ausgelaugt ¹	5245	37.7%	0.0%	71.8%
129. Sich müde fühlen ¹	5240	19.3%	0.0%	50.0%
130. Verständnis für Bewohner/in haben	5127	85.0%	60.0%	100.0%
131. Bewohner/innen wie Gegenstände behandeln ¹	5241	7.1%	0.0%	40.0%
132. Anstrengend, mit Menschen zu arbeiten ¹	5246	5.7%	0.0%	24.1%
133. Mit Problemen der Bewohner/innen umgehen können.	5201	89.3%	66.7%	100.0%

¹ dies ist eine negative formulierte Aussage: je tiefer der Wert, desto besser das Resultat

Quelle der Items: Items aus dem Maslach Burnout Inventory (MBI) [125]
Da der MBI unter Copyright-Schutz steht, können hier nur Schlüsselbegriffe aufgeführt werden.

Antwortmöglichkeiten:

Berechnung der zustimmenden Antworten: Antworten in „Einmal pro Woche“ oder häufiger im Verhältnis zu allen gültigen Antworten.

O. Gesundheitsbeschwerden

Tabelle 26: Gesundheitsbeschwerden

Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
Beschwerden in den letzten 4 Wochen:				
98. allergische Symptome (z. B. Hautausschläge oder Asthma) durch Arbeit bedingt	5291	9.3%	0.0%	50.0%
99. Rücken- oder Kreuzschmerzen	5276	70.9%	31.3%	100.0%
100. Allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Energielosigkeit	5263	66.0%	27.3%	100.0%
101. Einschlaf- und Durchschlafstörungen	5260	48.1%	12.5%	100.0%
102. Kopfschmerzen, Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen	5235	45.5%	0.0%	79.3%
103. Gelenk- oder Gliederschmerzen	5266	50.9%	18.8%	83.3%
Zusammenhang der Beschwerden mit der Arbeit:				
104. Schätzen Sie, wie stark Ihre oben genannten Beschwerden im Zusammenhang mit Ihrer Arbeit stehen (zu 40% bis 100%)	3969	65.3%	20.0%	100.0%

Quelle der Items: Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2002 und 2007 [82] ergänzt mit zwei vom SHURP-Team formulierten Fragen für allergische Symptome und zur Verbindung der Beschwerden mit der Arbeit.

Antwortmöglichkeiten für Fragen 98-103: Überhaupt nicht Ein bisschen Stark

Antwortmöglichkeiten für Frage 104: Zu 0%, zu 20%, zu 40%, zu 60%, zu 80%, zu 100%, weiss nicht

Berechnung der zustimmenden Antworten: 98-103: Antworten in "Ein bisschen" und "Stark" im Verhältnis zu allen gültigen Antworten.
 104: Antworten von „Zu 40%“ bis „Zu 100%“ im Verhältnis zu allen gültigen Antworten. Das n für diese Frage bezieht sich auf alle Personen, die mindestens bei einer der Gesundheitsbeschwerden von Frage 99 bis 103 „Ein bisschen“ oder „Stark“ angegeben haben. Die Option „Weiss nicht“ wird unter den fehlenden Werten gezählt.

P. Absentismus / Präsentismus

Tabelle 27: Absentismus / Präsentismus

Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
95. Wie viele Tage haben Sie in den letzten 4 Wochen wegen Krankheit nicht arbeiten können und im Betrieb gefehlt?	5205			
– 0 Tage		85.5%	56.3%	100.0%
– 1-2 Tage		8.6%	0.0%	33.3%
– 3 und mehr Tage		5.9%	0.0%	30.0%
96. Wie viele Tage sind Sie in den letzten 4 Wochen zur Arbeit gegangen, obwohl Sie sich krank und nicht arbeitsfähig gefühlt haben?	5178			
– 0 Tage		67.5%	27.3%	100.0%
– 1-2 Tage		15.7%	0.0%	41.5%
– 3 und mehr Tage		16.8%	0.0%	54.8%

Quelle der Items: Absentismus: Schweizerische Gesundheitsbefragung [82]
 Präsentismus: Vom SHURP-Team entwickelt

Antwortmöglichkeiten: Anzahl Tage

Berechnung der zustimmenden Antworten: Gruppenbildung gemäss Tabelle

Q. Nadelstichverletzungen

Tabelle 28: Nadelstichverletzungen

Item im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
97. Haben Sie sich in den letzten 6 Monaten in diesem Alters- und Pflegeheim mit einer Injektionsnadel oder einem scharfen Gegenstand verletzt, der vorher bei einem Bewohner / einer Bewohnerin benutzt wurde? (% ja)	5290	2.1%	0.0%	25.0% ¹

¹ Das hohe Maximum basiert auf einem Betrieb mit tiefem Gesamt-n. Der Range von Personen, die sich an einer Nadel gestochen hat, beträgt pro Betrieb 0 bis max. 4 Personen.

Quelle des Items: RICH-Nursing Studie [126]

Antwortmöglichkeiten: Ja Nein

Berechnung der zustimmenden Antworten: Prozentualer Anteil unter "Ja" im Verhältnis zu allen gültigen Antworten

R. Kündigungsabsicht

Tabelle 29: Kündigungsabsicht

Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
27. Ich denke oft daran, meine Stelle zu kündigen. ¹	5308	12.4%	0.0%	75.0%
28. Ich werde nächstes Jahr wahrscheinlich eine neue Stelle suchen. ¹	5300	10.7%	0.0%	50.0%
29. Ich suche zurzeit eine neue Stelle (in einer anderen Organisation). ¹	5299	6.4%	0.0%	33.3%
30. Es ist einfach für mich, eine neue Stelle zu finden.	5280	32.2%	0.0%	62.5%
31. Ich denke oft daran, meine Arbeit im Alters- und Pflegeheim ganz aufzugeben (z. B. um in eine andere Tätigkeit ausserhalb der Pflege zu wechseln). ¹	5297	12.0%	0.0%	75.0%

¹ Bei allen Fragen gilt: je tiefer der Wert, desto eher bleiben die Mitarbeitenden im Betrieb.

Quelle der Items: 27. / 28.: Michigan Organizational Assessment Questionnaire (MOAQ) [127]
 29.: Fluktuationsfragebogen von Mobley, Horner and Hollingsworth [128]
 30.: RN4CAST-Fragebogen
 31.: Selber konstruiert

Antwortmöglichkeiten: Stimme überhaupt nicht zu Stimme eher nicht zu Neutral Stimme eher zu Stimme voll und ganz zu

Berechnung der zustimmenden Antworten: Antworten in “Stimme eher zu” und “Stimme voll und ganz zu” im Verhältnis zu allen gültigen Antworten.

S. Mobbing

Tabelle 30: Mobbing

Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)		Spannbreite der zustimmenden Antworten pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	% zustimmende Antworten	Minimum	Maximum
Wie oft ist es in den letzten 6 Monaten passiert,				
91. dass Vorgesetzte Ihnen viel mehr Arbeit zugeteilt haben als anderen Teammitgliedern, so dass Sie diese nicht bewältigen konnten?	5275	4.7%	0.0%	24.0%
92. dass Sie bei der Arbeit von Teammitgliedern / Vorgesetzten ignoriert oder ausgeschlossen wurden?	5279	2.4%	0.0%	20.0%
93. dass Sie im Zusammenhang mit Ihrer Arbeit von Teammitgliedern/Vorgesetzten beschämt oder blossgestellt wurden?	5276	1.9%	0.0%	24.0%
94. dass Teammitglieder/Vorgesetzte bei der Arbeit Informationen zurückhielten, so dass Ihre Arbeitsleistung beeinträchtigt war?	5267	2.7%	0.0%	16.0%

Quelle der Items: Negative Acts Questionnaire – Short Version (NAQ-SV) [129, 130]

Antwortmöglichkeiten: Nie Hin und wieder Monatlich Wöchentlich Täglich

Berechnung der zustimmenden Antworten: Antworten in "Monatlich", „Wöchentlich“ und "Täglich" im Verhältnis zu allen gültigen Antworten.

T. Emotionsregulation

Tabelle 31: Emotionsregulation

Items im Fragebogen	Total über gesamtes Pflege- und Betreuungspersonal (n=5323)			Spannbreite der Mittelwerte pro Betrieb (n=163)	
	Gültige n	MW	SA	Minimum	Maximum
Suppression (Unterdrückung von Gefühlen) (Items 118, 120, 122, 125)	5214	3.8	1.2	3.0	4.6
Reappraisal (Neubewertung von Gefühlen), Items 117, 119, 121, 123, 124, 126)	5115	4.7	1.0	3.8	5.5

Quelle der Items: Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) [131]

Antwortmöglichkeiten: Skala von 1 bis 7: 1 bedeutet „Stimmt überhaupt nicht“ 7 bedeutet „Stimmt vollkommen“

Berechnung der zustimmenden Antworten: Mittelwert Betrieb: In einem ersten Schritt wird der Mittelwert pro Skala pro Person berechnet. In einem zweiten Schritt wird der Mittelwert über alle Mittelwerte der Personen im Betrieb berechnet.
Standardabweichung: Streuung der verschiedenen Mittelwerte der einzelnen Personen um den Gesamtmittelwert. Grosse Streuungen zeigen, dass die Anwendung der Strategien unter den einzelnen Personen stark voneinander abweichen.

Suppression:

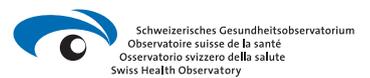
- 118. Ich behalte meine Gefühle für mich.
- 120. Wenn ich positive Gefühle empfinde, bemühe ich mich, sie nicht nach außen zu zeigen.
- 122. Ich halte meine Gefühle unter Kontrolle, indem ich sie nicht nach außen zeige.
- 125. Wenn ich negative Gefühle empfinde, Sorge ich dafür, sie nicht nach außen zu zeigen.

Reappraisal:

- 117. Wenn ich mehr positive Gefühle (wie Freude oder Heiterkeit) empfinden möchte, ändere ich, woran ich denke.
- 119. Wenn ich weniger negative Gefühle (wie Traurigkeit oder Ärger) empfinden möchte, ändere ich, woran ich denke.
- 121. Wenn ich in eine stressige Situation gerate, ändere ich meine Gedanken über die Situation so, dass es mich beruhigt.
- 123. Wenn ich mehr positive Gefühle empfinden möchte, versuche ich über die Situation anders zu denken.
- 124. Ich halte meine Gefühle unter Kontrolle, indem ich über meine aktuelle Situation anders nachdenke.
- 126. Wenn ich weniger negative Gefühle empfinden möchte, versuche ich über die Situation anders zu denken.

Institut für Pflegewissenschaft
Institute of Nursing Science

UNIVERSITÄT BASEL



Institut für Pflegewissenschaft

Bernoullistrasse 28
CH-4056 Basel

T +41 (0)61 267 09 13 (Direktnummer SHURP)
F +41 (0)61 267 09 55

www.nursing.unibas.ch
nursing@unibas.ch