

Pflege in der stationären Psychiatrie der Deutschschweiz

Gesamtbericht

April 2024



*Pflege in der stationären Psychiatrie der
Deutschschweiz*

*Michael Ketzer, Beatrice Gehri, Stefanie Bachnick, René
Schwendimann, Nanja Schlup, Evgenia Zraychikova, Diet-
mar Ausserhofer, Martina Hachen, Franziska Zúñiga, Leonel
Oliveira & Michael Simon*

April 2024

Diese Publikation wird als Bericht im Rahmen der Studie Match^{RN} Psychiatrie (Matching Registered Nurse Services With Changing Care Demands in Psychiatric Hospitals) veröffentlicht [1]. Die Studie untersucht Strukturen, Prozesse und Ergebnisse von psychiatrischen Kliniken in der Deutschschweiz auf Organisationsebene (Klinik und Abteilungen) sowie individueller Ebene (Patient:innen und Pflegende).

Der vorliegende Bericht führt die Ergebnisse von fünf englischsprachigen peer-reviewten Artikeln zusammen, die im Rahmen der Studie Match^{RN} Psychiatrie entstanden sind [2; 3; 4; 5; 6]. Sie werden hier auf Deutsch präsentiert und teilweise durch zusätzliche Tabellen und Grafiken ergänzt. Die Abschnitte 1 und 4 bis 6 geben die Inhalte von vier Teilberichten wieder, die für die beteiligten Kliniken angefertigt wurden [7; 8; 9; 10].

Auf der Homepage der Studie sind weitere Informationen sowie die bereits erschienen Publikationen aufgeführt:
<https://matchrnpsychiatrie.nursing.unibas.ch/>.

An der Studie Match^{RN} Psychiatrie vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel wirken folgende Personen mit:

Leitung:

Prof. Dr. Michael Simon | Universität Basel | Studienleitung

Dr. Beatrice Gehri | Universität Basel, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel | Projektleitung

Forschungsgruppe:

Dr. Stefanie Bachnick | Hochschule für Gesundheit Bochum

Prof. Dr. René Schwendimann | Universität Basel | Universitätsspital Basel

Projektmitarbeitende Universität Basel

Martina Hachen

Michael Ketzer

Nanja Schlup

Evgenia Zraychikova

Bedanken möchten wir uns bei der Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und den teilnehmenden Kliniken für ihre finanzielle Unterstützung.

Ein herzlicher Dank geht an alle beteiligten Personen der teilnehmenden Kliniken. Ohne das Engagement und die Ausdauer der Ansprechpersonen, der Leitungspersonen und der teilnehmenden Pflegenden vor Ort wäre das Projekt nicht möglich gewesen.

Hinweise zu verwendeten Begriffen

In Zusammenhang mit Match^{RN} Psychiatrie sind mit den Begriffen «Pflegernde» und «Pflegerperson» sowohl Pflegefachpersonen, als auch Fachfrauen/-männer Gesundheit (FaGe) und Fachfrauen/-männer Betreuung (FaBe) gemeint. Der Begriff «Pflegefachperson» bezieht sich auf Diplomierte Pflegefachfrauen/-männer mit Abschluss Höhere Fachschule, Bachelor oder Master, sowie äquivalenten altrechtlichen Berufsbezeichnungen.

Die Begriffe «Abteilung» und «Station» werden in diesem Bericht synonym verwendet.

Zitierweise:

Ketzer, M., Gehri, B., Bachnick, S., Schwendimann, R., Schlup, N., Zraychikova, E., Ausserhofer, D., Hachen, M., Zúñiga, F., Oliveira, L. & Simon, M. (2024). *Match^{RN} Psychiatrie: Pflege in der stationären Psychiatrie in der Deutschschweiz - Gesamtbericht*. Institut für Pflegewissenschaft; Universität Basel.

doi:10.5281/zenodo.10884894

Alle Rechte vorbehalten.

© 2024 Institut für Pflegewissenschaft, Departement Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Basel.

Inhaltsverzeichnis

Überblick	10
Zusammenfassung	11
Teil 1: Arbeitsumgebung der Pflegenden	14
Zusammenfassung	14
Arbeitsumgebung	15
Beschreibung der teilnehmenden Pflegenden	15
Arbeitsumgebungsqualität	17
Zufriedenheit mit Arbeitsstelle	21
Erschöpfung	22
Stellenwechsel und Berufsausstieg	24
Teil 2: Dienstplangestaltung, Burnout und Ausstiegsabsicht	26
Anforderungen an Dienstpläne	26
Kurzfristige Dienstplanänderungen	26
Kontrolle über Dienstplan	27
Überzeit	27
Unterstützung durch Vorgesetzte	28
Systematische Unterschiede zwischen den Abteilungen	28
Zusammenhänge mit Burnout	30
Zusammenhänge mit der Absicht, die Organisation zu verlassen	30
Fazit Dienstplangestaltung, Burnout und Ausstiegsabsicht	31
Teil 3: Temporäre Pflegende	33
Temporäre Mitarbeitende in der Pflege	33
Häufigkeit des Einsatzes von temporären Pflegenden	33
Zusammenhang mit der Personalausstattung	34
Zusammenhänge mit Ergebnissen des Stammpersonals	34
Fazit zu temporären Pflegenden	35
Teil 4: Work-Life-Balance	36
Work-Life-Balance in der Pflege	36
Individuelle und betriebliche Einflussfaktoren auf die Work-Life-Balance	36
Bedeutung und Konsequenzen	37
Work-Life-Balance der Match ^{RN} Psychiatrie Pflegenden	37
Betriebliche Faktoren	41
Zusammenhänge individueller und betrieblicher Faktoren	43

<i>Teil 5: Unterlassene Pflegehandlungen</i>	46
<i>Unterlassene Pflegehandlungen und Personalausstattung</i>	46
<i>Begriffserklärung</i>	46
<i>Unterlassene Pflegehandlungen in der Psychiatrie</i>	47
<i>Unterlassene Pflegehandlungen der Match^{RN} Psychiatrie Pflegenden</i>	48
<i>Merkmale der Pflegefachpersonen und deren Arbeitsumfeld</i>	48
<i>Anteil unterlassener Pflege in der letzten Arbeitsschicht</i>	49
<i>Häufigkeit von unterlassenen Pflegehandlungen</i>	49
<i>Häufigste unterlassene Pflegehandlungen</i>	50
<i>Selten unterlassene Pflegehandlungen</i>	51
<i>Dokumentation und Rapport</i>	53
<i>Praxisentwicklung</i>	53
<i>Zusammenhang mit der erwarteten Personalausstattung</i>	53
<i>Zusammenhänge mit Arbeitsumgebungsfaktoren</i>	54
<i>Zusammenhänge mit weiteren Charakteristika</i>	54
<i>Fazit zu unterlassenen Pflegehandlungen</i>	54
<i>Teil 6: Aggression und Gewalt gegenüber Pflegenden</i>	56
<i>Zusammenfassung</i>	56
<i>Aggression und Gewalt in der Pflege</i>	58
<i>Häufigkeit von Patient:innengewalt gegenüber Pflegenden</i>	58
<i>Schwere Angriffe in der Berufskarriere</i>	60
<i>Umgang des Pflegepersonals mit Patient:innengewalt</i>	62
<i>Sicherheitsgefühl im Umgang mit Patient:innengewalt</i>	62
<i>Belastung des Pflegepersonals durch Patient:innengewalt</i>	64
<i>Zustimmung zur Patient:innengewalt als Teil des Jobs</i>	65
<i>Aggressionsmanagementsysteme</i>	65
<i>Umgang des Pflegepersonals mit Gewalt und Managementsystemen</i>	66
<i>Zusammenhang zwischen Gewalterleben und Merkmalen der Pflegenden</i>	67
<i>Anhang: Zur Studie Match^{RN} Psychiatrie</i>	79
<i>Anhänge zu Teil 1</i>	80
<i>Anhang 1.1: Verwendete Variablen und Messinstrumente</i>	80
<i>Anhang 1.2: Methode</i>	83
<i>Anhänge zu Teil 4</i>	84
<i>Anhang 4.1: Datenanalyse</i>	84
<i>Anhang 4.2: Verwendete Variablen und Messinstrumente</i>	85
<i>Anhang 4.3: Einflussfaktoren der Work-Life-Balance</i>	86
<i>Anhang 4.4: Ergebnisse der Befragten bezüglich Angemessenheit der Pflegepersonalressourcen</i>	88
<i>Anhang 4.5: Zusammenhänge zwischen Work-Life-Balance und Einflussfaktoren</i>	89

<i>Anhänge zu Teil 5</i>	90
<i>Anhang 5.1: Datenanalyse</i>	90
<i>Anhang 5.2: Häufigkeit der unterlassenen Pflegehandlungen im Detail</i>	91
<i>Anhänge zu Teil 6</i>	95
<i>Anhang 6.1: Vorgehen, Datenanalyse und soziodemografische Merkmale</i>	95
<i>Anhang 6.2: Darstellung der verwendeten Items aus dem Fragebogen für das Pflegepersonal</i>	97
<i>Anhang 6.3: Gewalterleben und soziodemografische Merkmale der Pflegenden</i>	101
<i>Anhang 6.4: Umgang Patient:innengewalt und soziodemografische Merkmale</i>	105
<i>Anhang 6.5: Umgang mit Patient:innengewalt und Aggressionsmanagementsysteme</i>	108

Tabellenverzeichnis

1	Charakteristika der Befragten nach Bildungsniveau	16
2	Anstellungsprozente nach Alter	17
3	Arbeitsumgebungsqualität Übersicht nach Bildungsniveau	18
4	Angemessenheit der Pflegepersonalressourcen Zustimmung in % auf Klinikebene	19
5	Zufriedenheit aktuelle Arbeitsstelle Zustimmung in % auf Klinikebene	21
6	Erschöpfung Zustimmung in % auf Klinikebene	23
7	Ergebnisse der Befragten bezüglich Work-Life-Balance	38
8	Ergebnisse der Befragten bezüglich Führung	42
9	Charakteristika Pflegefachpersonen und Anteil unterlassener Pflege in der letzten Arbeitsschicht	50
10	Gewalterleben im letzten Monat nach Berufsgruppe des Pflegepersonals	59
11	Soziodemografische Merkmale der Pflegenden, die schweren Angriff in Berufskarriere erlebt haben	61
12	Soziodemografische Merkmale der Pflegenden, die Managementsysteme nutzen	66
13	Verwendete Variablen und Messinstrumente	83
14	Verwendete Skalen und Items	85
15	Ergebnisse der Befragten bezüglich Angemessenheit der Pflegepersonalressourcen	88
16	Häufigkeit der 21 unterlassenen Pflegehandlungen	92
17	Soziodemografische Merkmale der teilnehmenden Pflegenden	96
18	Gewalterleben nach Alter	101
19	Gewalterleben nach Berufserfahrung	102
20	Gewalterleben nach Arbeitspensum	103
21	Gewalterleben nach Geschlecht	104
22	Umgang mit Gewalt nach Berufsgruppe	105
23	Umgang mit Gewalt nach Alter	105
24	Umgang mit Gewalt nach Arbeitspensum	106
25	Umgang mit Gewalt nach Berufserfahrung	106
26	Umgang mit Gewalt nach Geschlecht	107
27	Umgang und Besuch Basiskurs Aggressions- und Deeskalationsmanagement	108
28	Besuch Refresherkurs Aggressions- und Deeskalationsmanagement	108
29	Umgang mit und Tragen von Alarmgerät	109

Abbildungsverzeichnis

1	Angemessenheit der Personalressourcen nach Abteilungen	19
2	Arbeitszufriedenheit nach Berufserfahrung Pflege	21
3	Empfehlung der Klinik insgesamt	22
4	Erschöpfung nach Abteilungen	23
5	Gedanken an Stellenwechsel und Berufsausstieg nach Berufserfahrung	24
6	Zuversicht neue Stelle zu finden nach Berufserfahrung	25
7	Kurzfristige Übernahme von Arbeitsschichten	27
8	Wahrgenommene Kontrolle der Pflegefachpersonen über Dienstplan	27
9	Überzeit der befragten Pflegefachpersonen	28
10	Wahrgenommene Unterstützung durch Vorgesetzte	28
11	Unterschiede zwischen den Abteilungen bezüglich Dienstplangestaltung	29
12	Burnout-Symptome der befragten Pflegefachpersonen	30
13	Absicht der Pflegefachpersonen, die Organisation zu verlassen	31
14	Abteilungsangaben zur Häufigkeit des Einsatzes von temporären Pflegenden	34
15	Konzeptuelles Modell der Einflussfaktoren auf die Work-Life-Balance von Pflegenden	36

16	Häufigkeit der Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Work-Life-Balance	39
17	Work-Life-Balance Unterscheidung nach Abteilungen	40
18	Faktoren, die die Entscheidung der Pflegenden beeinflussen, auf welche Tätigkeiten verzichtet wird	47
19	Häufigkeit unterlassener Pflegehandlungen	52
20	Sicherheitsgefühl der Pflegenden im Umgang mit den fünf erfassten Formen von Patient:innengewalt	63
21	Belastung der Pflegenden im Umgang mit Patient:innengewalt	63
22	Einstellung der Pflegenden gegenüber Patient:innengewalt	64
23	Deeskalationsmanagement der Pflegenden im Umgang mit Patient:innengewalt	64
24	Berechnungen bezüglich Zusammenhängen zwischen der Work-Life-Balance und Einflussfaktoren	89
25	Unterlassene Pflege nach Häufigkeit der Antworten <i>kommt nicht vor</i> und <i>nicht meine Aufgabe</i>	94

Überblick

Die Studie Match^{RN} Psychiatrie zeigt, dass die Pflegenden in der stationären Psychiatrie mit ihrer **Arbeitsumgebung** grundsätzlich zufrieden sind. Jedoch ist nur etwa knapp die Hälfte der Meinung, dass ausreichend Pflegepersonal auf ihrer Abteilung vorhanden ist, um eine gute Pflegequalität zu gewährleisten. Bei der **Dienstplangestaltung** fühlen sich die Pflegenden von ihren Vorgesetzten mehrheitlich verstanden. Gleichzeitig gibt es Chancen für weitere Verbesserungen, insbesondere bei der Überzeit und der kurzfristigen Übernahme von Arbeitsschichten, die beide häufig auftreten. Der damit eng verknüpfte Aspekt der **Personalausstattung** ist auch für andere Ergebnisse auf Seiten der Pflegenden und Patient:innen zentral. Eine als nicht angemessen eingeschätzte Personalausstattung geht mit mehr **unterlassener Pflege**, einer niedrigeren **Work-Life-Balance** und höherer Burnout-Symptomatik einher. Pflegende in der Psychiatrie erleben in ihrem Arbeitsalltag häufig **Aggression und Gewalt**. Neben bereits gut etablierten Präventionsstrategien werden weiterführende Massnahmen benötigt, um Pflegende zu schützen.

Zusammenfassung

In der Studie **Match^{RN} Psychiatrie** wurden mit einer Umfrage verschiedene Aspekte der Arbeitsumgebungsqualität, Erschöpfung, Arbeitszufriedenheit und Kündigungsabsicht sowie der Anzahl Patient:innen pro Pflegefachperson (Patient-to-Nurse-Ratio) der stationären Versorgung in psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz untersucht. Befragt wurden 1185 Pflegefachpersonen und Fachfrauen/-männer Gesundheit von insgesamt 114 Abteilungen aus 13 psychiatrischen Kliniken. Zusätzlich wurden Abteilungsmerkmale und Kennzahlen von Patient:innen der teilnehmenden Abteilungen erhoben. Die Befragung fand zwischen 2019-2021 statt.

Die Studienergebnisse zeigen, dass die befragten Pflegenden grundsätzlich mit der **Arbeitsumgebung** zufrieden¹ sind. Es lassen sich jedoch Unterschiede zwischen den teilnehmenden Abteilungen feststellen. Diese fallen bei dem Aspekt «Angemessenheit der Personalressourcen» besonders auf. Nur etwas mehr als die Hälfte (54%) der Befragten hat den Eindruck, dass es auf den Abteilungen genügend Pflegefachpersonen gibt, um eine gute Pflegequalität² zu gewährleisten. Ein weiterer Hinweis, dass die Befragten um die Pflegequalität in den Kliniken besorgt sind, zeigt sich bei der Empfehlung der Klinik als Behandlungsort. Nur rund 70% der Pflegenden würden ihre Klinik Bekannten als Behandlungsort³ empfehlen. Die Kliniken werden als Arbeitsort geschätzt. 4 von 5 Pflegenden würden den aktuellen Arbeitgeber einer Berufskolleg:in als Arbeitsort empfehlen. Rund 20% der Pflegenden fühlen sich erschöpft. Dieser Anteil ist auf fast allen Abteilungen ähnlich hoch. Zudem zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung der Pflegenden und Gedanken an einen Stellenwechsel oder einen Berufsausstieg.

Die **Dienstplangestaltung** für eine Abteilung mit 24-Stunden-Betrieb ist herausfordernd, da sie die Bedürfnisse der Patient:innen mit den Verfügbarkeiten der Pflegenden abstimmen muss. Pflegenden erwarten einen vorhersehbaren Dienstplan, über den sie mitbestimmen können. Bei den Dienstplanwünschen fühlen sich 78% der Befragten von den Vorgesetzten⁴ verstanden. 57% der Pflegenden gaben an, viele Auswahlmöglichkeiten für arbeitsfreie Tage oder Ferien zu haben. Für 2 von 3 Pflegenden passen die Vorgesetzten die Dienstpläne für private Verpflichtungen an. Über drei Viertel der befragten Pflegefachpersonen gaben an, mindestens einmal im Monat kurzfristig Arbeitsschichten⁵ übernehmen zu müssen. Die wahrgenommene Kontrolle über den Dienstplan und die Unterstützung der Vorgesetzten bei der Dienstplangestaltung hingen negativ mit der Absicht der Pflegenden zusammen, die Organisation zu verlassen. Mehr als zwei Fünftel (41%) der Pflegefachpersonen gab an, in der letzten Arbeitsschicht Überzeit⁶ gemacht zu haben. Eine Analyse ergab Zusammenhänge zwischen Überzeit und Burnout-

¹ Pflegenden sind grundsätzlich mit der Arbeitsumgebung zufrieden.

² Nur 54% der Befragten hat den Eindruck, dass es auf den Abteilungen genügend Pflegefachpersonen gibt, um eine gute Pflegequalität zu gewährleisten.

³ Nur 70% der Pflegenden würden ihre Klinik Bekannten als Behandlungsort empfehlen.

⁴ 78% der Pflegenden fühlen sich bei Dienstplanwünschen von ihren Vorgesetzten verstanden.

⁵ Über drei Viertel der befragten Pflegefachpersonen gaben an, mindestens einmal im Monat kurzfristig Arbeitsschichten übernehmen zu müssen.

⁶ Mehr als zwei Fünftel (41%) der Pflegefachpersonen gab an, in der letzten Arbeitsschicht Überzeit gemacht zu haben.

Symptomatik. Dienstplan-bezogene Aspekte sind geeignete Ansatzpunkte, um die Burnout-Symptomatik von Pflegefachpersonen und deren Absicht, sich nach einer anderen Stelle umzusehen, zu vermindern.

Ein Viertel der untersuchten Abteilungen setzt häufig **temporäre Pflegende** ein. Deren Einsatz zeigte keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit Änderungen in der Personalbesetzung, was nahelegt, dass temporäre Pflegende helfen können, Unterbesetzung⁷ zu verhindern. Abteilungen, die häufig temporäre Pflegende einsetzen, weisen höhere Raten von Burnout und der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, auf. Unklar ist, ob diese negativen Auswirkungen vom Einsatz der temporären Pflegenden oder von Merkmalen der Arbeitsumgebung der Abteilung, die ihren Einsatz erst notwendig machen, herrühren.

⁷ Temporäre Pflegende können helfen, Unterbesetzung zu verhindern.

Aufgrund der Arbeitsbedingungen stellt die **Work-Life-Balance** für Pflegende eine besondere Herausforderung dar. Work-Life-Balance beschäftigt nicht nur das Individuum, sondern ist ein wichtiges Thema für den Betrieb, da die Rekrutierung und der Erhalt von Pflegenden in der Psychiatrie eine grosse Herausforderung darstellt. Für die befragten Pflegenden zeigen sich relativ hohe Werte der Work-Life-Balance⁸, die anzeigen, dass die Work-Life-Balance «selten» beeinträchtigt ist. Pflegende mit hoher Work-Life-Balance haben auch bei den psychosozialen Faktoren des Arbeitsumfelds (Führung, wahrgenommene Personalressourcen) hohe Werte. Zudem zeigte sich, dass Pflegende mit niedrigerem Arbeitspensum und weniger Überzeit eine höhere Work-Life-Balance haben. Weiter konnte eine negative Wechselwirkung zwischen Führung und der Personalausstattung (Patient-to-Nurse-Ratio) festgestellt werden. Das heisst, je schlechter die Pflegenden die Führungsqualitäten ihrer Vorgesetzten⁹ empfinden, desto stärker ist der Zusammenhang zwischen Personalausstattung und der Work-Life-Balance. Interessanterweise zeigten sich keine Zusammenhänge hinsichtlich individueller Faktoren wie z. B. dem Alter oder Geschlecht mit der Work-Life-Balance. Insgesamt kann festgestellt werden, dass vor allem organisatorische Faktoren für die Work-Life-Balance der Pflegenden entscheidend waren. Der Schwerpunkt für Verbesserungsmaßnahmen sollte daher für Kliniken insbesondere auf der Führung und den strukturellen Faktoren, d. h. dem Arbeitspensum, der Überzeit und der Personalausstattung liegen.

⁸ Die befragten Pflegenden gaben relativ hohe Werte für die Work-Life-Balance an.

⁹ Je schlechter die Pflegenden die Führungsqualitäten ihrer Vorgesetzten empfinden, desto stärker ist der Zusammenhang zwischen Personalausstattung und der Work-Life-Balance.

Pflegehandlungen werden häufig dann **unterlassen**, wenn Pflegenden auf Grund mangelnder Ressourcen die notwendigen Tätigkeiten nicht durchführen können. Unterlassene Pflegehandlungen sind mit negativen Ergebnissen bei Patient:innen sowie Pflegenden verbunden. Die befragten Pflegefachpersonen¹⁰ gaben an, in der letzten Schicht durchschnittlich 17,6% der notwendigen Pflegehandlungen unterlassen zu haben. Grundsätzlich wurden Tätigkeiten der

¹⁰ Die befragten Pflegefachpersonen gaben an, in der letzten Schicht durchschnittlich 17,6% der notwendigen Pflegehandlungen unterlassen zu haben.

indirekten Pflege häufiger unterlassen als solche der direkten Patient:innenbetreuung. Aktivitäten der Praxisentwicklung auf der Abteilung gehörten zu den am häufigsten unterlassenen Pflegehandlungen. Zusammenhänge zeigten sich zwischen unterlassenen Pflegehandlungen und der Personalausstattung, sowie Faktoren der Arbeitsumgebung. Weniger Personal als üblicherweise für diesen Schichttyp auf dieser Abteilung erwartet, eine niedrigere wahrgenommene Unterstützung durch die Führung sowie eine als nicht angemessen eingeschätzte Personal- und Ressourcenausstattung gingen mit mehr unterlassener Pflege¹¹ einher. Von den individuellen Merkmalen der Pflegefachpersonen zeigte lediglich eine Berufserfahrung von unter drei Jahren einen signifikanten Zusammenhang mit mehr unterlassener Pflege. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegefachpersonen direkte Pflegeleistungen priorisieren, jedoch indirekte Pflegehandlungen sowie Reflexion zur Praxisentwicklung häufig unterlassen. Dies kann die Weiterentwicklung der Pflegequalität einer Abteilung beeinträchtigen. Die Rolle von Führungspersonen ist entscheidend, um die Arbeitsumgebung hinsichtlich der Reduzierung von unterlassener Pflege positiv zu beeinflussen. Um Pflegende vor Schuldgefühlen und Burnout¹² zu schützen, sollten Kliniken eine Konsensbildung über die Prioritätensetzung bei Arbeitsspitzen anstossen.

Aggression und Gewalt gegenüber Pflegenden ist ein häufiges Phänomen in der stationären Psychiatrie und hat erhebliche Auswirkungen auf die Qualität des Arbeitsumfelds der Pflegenden. 73% der Pflegenden geben an, mindestens einmal im Monat Patient:innengewalt zu erleben, wobei verbale Gewalt am häufigsten erlebt wird. Rund 30% haben bereits einen schweren Angriff (körperlich und/oder sexuell) in ihrer Berufskarriere¹³ erlebt, der zu schweren Verletzungen führte und ärztlich behandelt werden musste, respektive die Behandlung im Spital notwendig machte. 5% der Pflegenden mit weniger als drei Jahren Berufserfahrung haben bereits einen solchen schweren Angriff erlebt. Das Erleben von körperlichen Formen der Patient:innengewalt ist für ungefähr die Hälfte der Pflegefachperson sehr belastend. Diese Belastung ist für weibliche Pflegenden grösser, nimmt mit steigender Berufserfahrung zu und ist geringer, wenn Pflegenden in tieferem Pensum arbeiten. In den Psychiatrien der Deutschschweiz haben sich Präventionsstrategien wie Aus- und Weiterbildungsprogramme zu Aggression und Gewalt oder mobile Alarmsysteme gut etabliert. Diese können das Sicherheitsgefühl als auch die Einstellung, inwiefern Patient:innengewalt «zum Job» dazu gehört, beeinflussen. Um das Risiko der Pflegenden für Patient:innengewalt aber massgeblich beeinflussen zu können, benötigt es weiterführende Massnahmen. Spezifisch müssen junge, unerfahrene Pflegenden geschützt werden sowie solche, die in der Berufskarriere bereits einen schweren Angriff erlebt haben.

¹¹ Weniger Personal als üblicherweise, eine niedrigere wahrgenommene Unterstützung durch die Führung sowie eine als nicht angemessen eingeschätzte Personal- und Ressourcenausstattung gingen mit mehr unterlassener Pflege einher.

¹² Um Pflegenden vor Schuldgefühlen und Burnout zu schützen, sollten Kliniken eine Konsensbildung über die Prioritätensetzung bei Arbeitsspitzen anstossen.

¹³ Rund 30% der Befragten haben einen schweren Angriff in ihrer Berufskarriere erlebt, der zu schweren Verletzungen führte.

Teil 1: Arbeitsumgebung der Pflegenden

*Beatrice Gehri, Martina Hachen, Stefanie Bachnick, René Schwendimann
& Michael Simon*

Zusammenfassung

In der Studie Match^{RN} Psychiatrie hat das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel mit einer schriftlichen Umfrage verschiedene Aspekte im Zusammenhang mit Arbeitsumgebungsqualität, Erschöpfung, Arbeitszufriedenheit und Kündigungsabsicht sowie der Anzahl Patient:innen pro Pflegefachperson (Patient-to-Nurse-Ratio) der stationären Versorgung in psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz untersucht. Befragt wurden 1185 Pflegefachpersonen und Fachfrauen/-männer Gesundheit aus 13 psychiatrischen Kliniken aus insgesamt 114 Abteilungen.

Rund 30% der Befragten sind Männer. Dieser Anteil ist damit mehr als doppelt so hoch wie im somatischen Spitalsetting. 2 von 5 Pflegenden haben ein 100% Pensum, vor allem jüngere Pflegende unter 35 Jahren arbeiten vorwiegend im Vollzeitpensum.

Die Studienergebnisse zeigen, dass die befragten Pflegenden grundsätzlich mit der Arbeitsumgebung zufrieden sind. Es lassen sich jedoch Unterschiede zwischen den teilnehmenden Abteilungen feststellen. Diese fallen bei dem Aspekt "Angemessenheit der Personalressourcen" besonders auf. Nur etwas mehr als die Hälfte (54%) der Befragten hat den Eindruck, dass es auf den Abteilungen genügend Pflegefachpersonen gibt, um eine gute Pflegequalität zu gewährleisten. Ein weiterer Hinweis, dass die Befragten um die Pflegequalität in den Kliniken besorgt sind, zeigt sich bei der Empfehlung der Klinik als Behandlungsort. So gaben rund 30% der Pflegenden an, ihre Klinik Bekannten nicht als Behandlungsort zu empfehlen.

Die Kliniken werden als Arbeitsort geschätzt. 4 von 5 Pflegenden würden den aktuellen Arbeitgeber einer Berufskolleg:in als Arbeitsort empfehlen. Bei den Dienstplanwünschen fühlen sich 78% der Befragten von den Vorgesetzten verstanden. 57% der Pflegenden gaben an, viele Auswahlmöglichkeiten für arbeitsfreie Tage oder Ferien zu haben. Für 2 von 3 Pflegenden passen die Vorgesetzten die Dienstpläne für private Verpflichtungen an.

Rund 20% der Pflegenden fühlen sich erschöpft. Dieser Anteil ist auf fast allen Abteilungen ähnlich hoch. Rund 8% der Befragten denken mehrmals pro Woche daran, die Stelle zu wechseln und 4% denken mehrmals pro Woche daran, den Beruf zu wechseln. Je mehr Berufserfahrung die Pflegenden haben, desto seltener denken sie über einen Stellenwechsel oder einen Berufsausstieg nach.

Arbeitsumgebung

Die wahrgenommene Arbeitsumgebungsqualität von Pflegenden ist sowohl für die Pflegenden selbst, die Patient:innen als auch für die Abteilungen und Betriebe ein entscheidender Faktor [11; 12; 13]. Die Arbeitsumgebung umfasst Faktoren, die durch den Betrieb geschaffen werden und direkt auf die Patient:innen und Pflegenden in ihrem Arbeitsalltag einwirken. Dazu gehören Aspekte wie die Angemessenheit der Personalressourcen, die Führung, der pflegerische Anteil zur Behandlungsqualität und die Art der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Nehmen die Pflegenden die Arbeitsumgebung auf der Abteilung oder im Betrieb als "gut" wahr, so hat dies einen positiven Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit und Erschöpfungssymptome sowie die Kündigungsabsicht sinken. Erleben die Pflegenden die Arbeitsumgebungsqualität schlechter, hat dies einen negativen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit, die Erschöpfungssymptome und die Kündigungsabsicht. Die Gestaltung einer guten Arbeitsumgebung auf den Abteilungen ist daher von entscheidender Bedeutung, um die Zufriedenheit und das Engagement der Pflegenden im Betrieb und in ihrem Beruf aufrechtzuerhalten bzw. um die Pflegenden im Beruf und im Betrieb halten zu können.

Da sich die Arbeitsumgebungsqualität aus Faktoren zusammensetzt, die von Betrieben und Abteilungen beeinflusst werden können, ist ihre Evaluation ein wichtiges Instrument um für Pflegende und Patient:innen ein optimales Umfeld zu gestalten.

Beschreibung der teilnehmenden Pflegenden

Insgesamt füllten 1185 Pflegende aus 13 psychiatrischen Kliniken den Fragebogen aus. Dies entspricht einer Rücklaufquote¹⁴ von 71.5% (51-88% je nach Klinik). Von den 13 teilnehmenden psychiatrischen Kliniken nahmen insgesamt 114 Abteilung an der Erhebung¹⁵ teil. Pro Klinik beteiligten sich 3 bis 17 Abteilungen. Detaillierte Angaben zu den Charakteristika der teilnehmenden Pflegenden sind in Tabelle 1 enthalten.

¹⁴ 71.5% Rücklaufquote

¹⁵ 114 Abteilungen aus 13 Kliniken haben teilgenommen.

Die Bildungsabschlüsse der teilnehmenden Pflegenden verteilen sich wie folgt: auf Tertiärstufe haben 80% (n=909) der befragten Personen einen Abschluss auf Stufe Höherer Fachschule (HF), 7% (n=85) einen Hochschulabschluss Bachelor und 2% (n=18) einen Hochschulabschluss auf Masterstufe. Der Anteil der Personen auf Sekundarstufe II mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (Fachfrau-/mann Gesundheit [FaGe]) liegt bei 11% (n=127). Dies ist leicht unter dem Schweizer Durchschnitt in psychiatrischen Kliniken von 15.5% [14].

Der Männeranteil bei den Pflegenden¹⁶ liegt bei 29.9% (n=339) und somit mehr als doppelt so hoch wie in den somatischen Spitälern (14.0%) [15].

¹⁶ 30% der Pflegenden sind Männer - doppelt so viele wie in somatischen Spitälern.

Die Berufserfahrung¹⁷ in der Pflege liegt bei fast 70% der Pflegefachpersonen HF bei über 7 Jahren, wohingegen bei den FaGe rund 60% maximal 7 Jahre im Beruf arbeiten.

¹⁷ 70% der Pflegenden HF haben über 7 Jahre Berufserfahrung.

Gut 40% der Befragten¹⁸ arbeiten mit einem Pensum von 100%. Am häufigsten haben dabei die FaGe (49.6%) und die Pflegefachpersonen mit Bachelor (48.2%) ein 100%-Pensum. Ein Pensum zwischen 61-99% ist für die Pflegenden HF (44.1%) und die Pflegenden mit Master (52.9%) das am häufigsten angegebene Anstellungspensum.

¹⁸ Nur 2 von 5 Pflegenden haben ein 100%-Pensum.

	Total	FaGe	Pflegende HF	Pflegende Bachelor	Pflegende Master
n	1,185	127	909	85	18
Geschlecht n (%)					
Männlich	339 (29.9)	23 (18.1)	285 (31.5)	24 (28.2)	7 (41.2)
Weiblich	796 (70.1)	104 (81.9)	620 (68.5)	61 (71.8)	10 (58.8)
Alter n (%)					
16-24 Jahre	109 (9.7)	50 (40.0)	51 (5.7)	8 (9.4)	0 (0.0)
25-34 Jahre	364 (32.5)	40 (32.0)	271 (30.3)	46 (54.1)	6 (37.5)
35-44 Jahre	209 (18.6)	11 (8.8)	184 (20.6)	11 (12.9)	3 (18.8)
45-54 Jahre	225 (20.1)	16 (12.8)	198 (22.1)	7 (8.2)	4 (25.0)
55-67 Jahre	214 (19.1)	8 (6.4)	190 (21.3)	13 (15.3)	3 (18.8)
Berufserfahrung n (%)					
0-3 Jahre	194 (18.6)	43 (41.3)	133 (15.8)	18 (22.2)	0 (0.0)
>3-7 Jahre	181 (17.3)	19 (18.3)	134 (16.0)	26 (32.1)	2 (11.8)
>7-15 Jahre	251 (24.0)	23 (22.1)	203 (24.2)	18 (22.2)	6 (35.3)
>15-20 Jahre	148 (14.2)	14 (13.5)	126 (15.0)	5 (6.2)	3 (17.6)
>20 Jahre	270 (25.9)	5 (4.8)	244 (29.0)	14 (17.3)	6 (35.3)
Anstellung n (%)					
≤ 60%	180 (16.1)	19 (15.2)	151 (17.0)	8 (9.6)	1 (5.9)
61-80%	303 (27.1)	27 (21.6)	248 (27.9)	20 (24.1)	8 (47.1)
81-99%	178 (15.9)	17 (13.6)	144 (16.2)	15 (18.1)	1 (5.9)
100%	457 (40.9)	62 (49.6)	346 (38.9)	40 (48.2)	7 (41.2)

Tabelle 1: Charakteristika der Befragten nach Bildungsniveau

Das Anstellungspensum variiert in den verschiedenen Alterskategorien. In der Gruppe der 16- bis 24-Jährigen und 25- bis 34-Jährigen ist jeweils die Anstellung zu 100% am häufigsten¹⁹. Bei den 35-44-Jährigen ist eine Anstellung von maximal 60% und bei den beiden ältesten Alterskategorien eine Anstellung zwischen 61-99% am häufigsten (Tabelle 2).

¹⁹ Das Arbeitspensum bei den unter 35-Jährigen beträgt am häufigsten 100%.

	Total	16-24 Jahre	25-34 Jahre	35-44 Jahre	45-54 Jahre	55-67 Jahre
n	1,185	109	364	209	225	214
Anstellung n (%)						
≤ 60%	180 (16.1)	4 (3.7)	57 (15.7)	54 (26.3)	33 (15.1)	31 (14.9)
61-80%	303 (27.1)	16 (14.8)	82 (22.7)	49 (23.9)	81 (37.2)	72 (34.6)
81-99%	178 (15.9)	13 (12.0)	53 (14.6)	31 (15.1)	42 (19.3)	36 (17.3)
100%	457 (40.9)	75 (69.4)	170 (47.0)	71 (34.6)	62 (28.4)	69 (33.2)

Tabelle 2: Anstellungsprozente nach Alter

Arbeitsumgebungsqualität

Die Erfassung der Arbeitsumgebungsqualität spielt eine wichtige Rolle für Kliniken und Abteilungen, da sie einerseits ein zentraler Faktor für die Pflegequalität ist und andererseits auch einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Mitarbeitenden hat. Die jetzige Datenlage zeigt, dass beispielsweise Personalressourcen und Führung mit einer verbesserten Pflegequalität und Patientensicherheit sowie einer höheren Zufriedenheit bei den Patient:innen und Mitarbeitenden assoziiert sind [16; 17; 18; 19].

In der Match^{RN} Psychiatrie Studie beurteilen Pflegende verschiedener Bildungsniveaus die Arbeitsumgebungsqualität ähnlich. Die Subskala zur Angemessenheit der Personalressourcen wird von den Pflegenden schlechter wahrgenommen als die Subskalen Führung, pflegerischer Beitrag zur Betreuungsqualität und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Tabelle 3).

In der Subskala zur wahrgenommenen Angemessenheit der Personalressourcen bekommen von den vier Einzelfragen die Aussagen "Es gibt genügend Pflegefachpersonen, um eine gute Pflegequalität zu gewährleisten" 54% Zustimmung²⁰ und die Aussage "Es gibt genügend Personal, um die anfallenden Arbeiten zu erledigen" 63% Zustimmung (Tabelle 4). Bei beiden Aussagen liegt das Minimum an Zustimmung tiefer (34%, bzw. 30%) als bei den anderen Fragen

²⁰ 54% finden, es gibt genügend Pflegefachpersonen um eine gute Pflegequalität zu gewährleisten.

der Subskala (51%, bzw. 58%). Dies bedeutet, dass einzelne Kliniken bei diesen beiden Aussagen wesentlich weniger Zustimmung erreichen als bei den anderen zwei Fragen dieser Subskala.

Diese Beobachtungen decken sich mit Ergebnissen der SHURP Studie in Schweizer Pflegeinstitutionen. Auch dort erhielt die Subskala "Wahrgenommene Angemessenheit der Personalressourcen" die tiefste Zustimmung. Der Aussage, dass auf den Abteilungen genügend Personal für eine gute Pflegequalität vorhanden sei, wurde zu 71.2% zugestimmt. Die Aussage, dass genügend Pflegepersonal vorhanden sei, um die anfallende Arbeit zu erledigen, erfuhr 49.7% Zustimmung [13].

Die Angemessenheit der Personalressourcen wird von den 114 teilnehmenden Abteilungen unterschiedlich wahrgenommen²¹. Der Caterpillar Plot (Abbildung 1) visualisiert die in Tabelle 4 beschriebenen Unterschiede.

²¹ Die Angemessenheit der Personalressourcen wird von Abteilungen signifikant unterschiedlich wahrgenommen.

Daraus kann abgelesen werden, welche Abteilungen sich bezüglich der Angemessenheit der Personalressourcen vom Gesamtdurchschnitt aller Befragten (senkrechte schwarze Linie in der Mitte) unterscheiden: horizontale Abteilungslinien, welche sich nicht mit der die senkrechten Linie über dem 0 Punkt kreuzen, unterscheiden sich deutlich. Die Abteilungen unten links schneiden unterdurchschnittlich ab, die Abteilungen oben rechts überdurchschnittlich.

Thema*	Total	FaGe	Pflegende HF	Pflegende Bachelor	Pflegende Master
n	1,185	127	909	85	18
Pflegerischer Beitrag an Betreuungsqualität	3.19 (0.47)	3.18 (0.48)	3.20 (0.46)	3.13 (0.47)	3.06 (0.30)
Führung	3.08 (0.67)	3.14 (0.61)	3.08 (0.66)	2.99 (0.73)	3.18 (0.51)
Angemessenheit der Pflegepersonalressourcen	2.76 (0.65)	2.81 (0.62)	2.77 (0.65)	2.66 (0.68)	2.81 (0.60)
Zusammenarbeit					
Ärzt:innen	3.18 (0.71)	3.15 (0.76)	3.19 (0.71)	3.16 (0.69)	3.02 (0.67)
Psycholog:innen	3.39 (0.66)	3.38 (0.62)	3.39 (0.65)	3.37 (0.73)	3.11 (0.81)
Sozialarbeiter:innen	3.60 (0.53)	3.53 (0.56)	3.61 (0.53)	3.65 (0.54)	3.67 (0.66)
Mitarbeitende MTD	3.37 (0.59)	3.40 (0.66)	3.37 (0.57)	3.29 (0.67)	3.29 (0.64)

* Mittelwert (Standardabweichung)

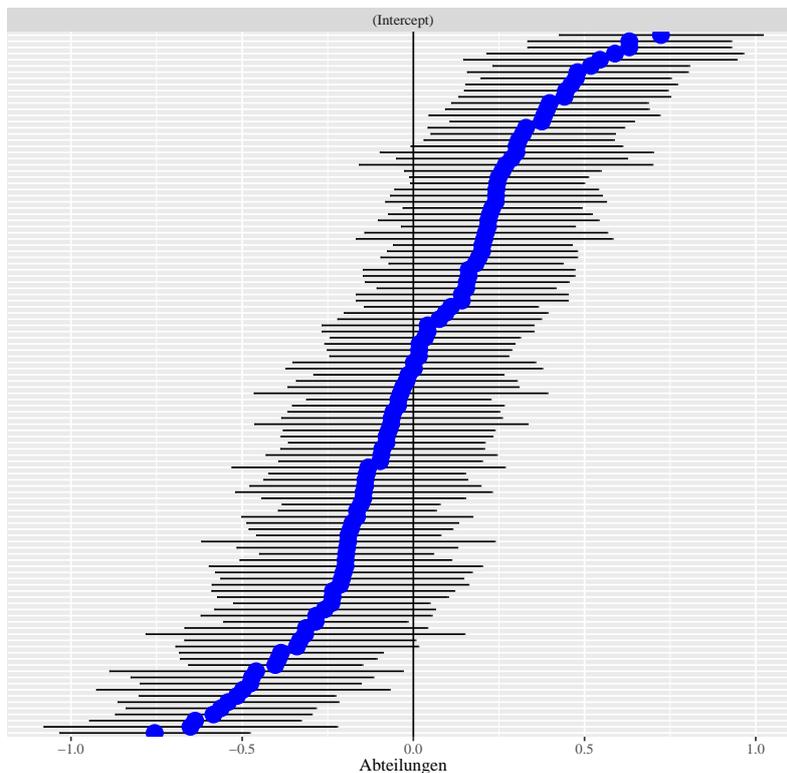
Skala von 1 (Stimme nicht zu) bis 4 (Stimme zu)

Tabelle 3: Arbeitsumgebungsqualität Übersicht nach Bildungsniveau

Nr.	Itemtext	gültige Antworten	Zustimmung % (Min - Max)
A.1.01	Angemessene Hilfsdienste (z.B. Transportdienste, Sekretariat etc.) ermöglichen es mir, Zeit für meine Patienten zu haben.	1158	67 (51 - 83)
A.1.04	Es gibt genügend Zeit und Möglichkeiten, um Pflegeprobleme mit anderen Pflegepersonen zu besprechen.	1160	74 (58 - 93)
A.1.05	Es gibt genügend Pflegefachpersonen, um eine gute Pflegequalität zu gewährleisten.	1162	54 (34 - 87)
A.1.07	Es gibt genügend Personal, um die anfallende Arbeit zu erledigen.	1149	63 (30 - 88)

* Zustimmung % entspricht Antwortoptionen 'Stimme eher zu' und 'Stimme zu'

Tabelle 4: Angemessenheit der Pflegepersonalressourcen
Zustimmung in % auf Klinikebene



Hinweis zur Interpretation: jede horizontale Linie steht für eine Abteilung, der blaue Punkt in der Mitte entspricht dem Mittelwert der Abteilung und die Linie selbst dem 95% Konfidenzintervall

Abbildung 1: Angemessenheit der Personalressourcen nach Abteilungen

Die im vorherigen Abschnitt beschriebene Angemessenheit der Personalressourcen ist ein subjektiver Eindruck der Pflegenden. Eine weitere Einschätzung der Personalressourcen erfolgt mittels Patient-to-Nurse-Ratio. Die Patient-to-Nurse-Ratio²² beschreibt die Anzahl Patient:innen pro Pflegefachperson.

²² Die Patient-to-Nurse-Ratio beschreibt die Anzahl Patient:innen pro Pflegefachperson.

Eine systematische Literaturübersicht zeigt auf, dass im psychiatrischen Bereich die Patient-to-Nurse-Ratio noch wenig untersucht ist und zuverlässige Untersuchungen zu Patient:innenoutcomes fehlen [20]. Eine Schweizer Untersuchung im somatischen Spitalbereich zeigt, dass die Patient-to-Nurse-Ratio im Tagdienst am tiefsten ist, gefolgt vom Spätdienst und dem Nachtdienst [21]. Als Begründung dafür kann angeführt werden, dass die Anzahl der Pflegenden, die in jeder Schicht arbeiten, unterschiedlich ist.

Abteilungen mit unterschiedlicher Spezialisierungen haben unterschiedliche Patient-to-Nurse-Ratios. So betreut auf einer Intensivstation eine Pflegefachperson im Tagdienst im Schnitt 0.6 (Median) Patient:innen und auf einer neurologischen Abteilung 2.2 (Median) Patient:innen [22]. Die Untersuchung hat auch gezeigt, dass im somatischen Bereich in Arbeitsschichten mit mehr Pflegefachpersonen die Gefahr der Sterblichkeit sinkt.

Die Patient-to-Nurse-Ratio²³ von Match^{RN} Psychiatrie gibt erste wichtige Anhaltspunkte für psychiatrische Kliniken. Über alle teilnehmenden Abteilungen betrachtet, betreut eine Pflegefachperson im Tagdienst durchschnittlich 7.5 Patient:innen, im Spätdienst 9.4 Patient:innen und im Nachtdienst 16.2 Patient:innen.

²³ Die durchschnittliche Patient-to-Nurse-Ratio pro Abteilung beträgt im Frühdienst: 7.5, Spätdienst: 9.4; Nachtdienst: 16.2.

Die Patient-to-Nurse-Ratios in den psychiatrischen Kliniken der Schweiz liegen damit deutlich höher als in den somatischen Spitälern, wo auf Abteilungen der inneren Medizin die Patient-to-Nurse-Ratios beispielsweise im Tagdienst 2.0, im Spätdienst 3.5 und im Nachtdienst 9.0 betragen [22].

Dies verdeutlicht, dass im stationären Bereich von psychiatrischen Kliniken andere Prozesse und Arbeitsabläufe gelten, als im somatischen Bereich. Publikationen mit weiterführenden Analysen zur Patient-to-Nurse-Ratio im psychiatrischen Bereich folgen.

Zufriedenheit mit Arbeitsstelle

Die Zufriedenheit mit der Arbeitsstelle spiegelt den Gesamteindruck wider, den die Mitarbeitenden über ihre Arbeitsstelle haben oder ob sie diese weiterempfehlen würden. Wenn die Mitarbeitenden mit ihrer Arbeitsstelle zufrieden sind, ist die Kündigungsabsicht tief und die Erschöpfung weniger hoch [18]. Ebenfalls steht eine tiefe Arbeitszufriedenheit im Zusammenhang mit einer hohen Krankheitsabsenz [23].

Insgesamt sind 4 von 5 befragten Pflegenden zufrieden mit ihrer jetzigen Arbeitsstelle²⁴ (Tabelle 5). Dies entspricht ungefähr der Arbeitszufriedenheit in anderen Berufen in der Schweiz [24].

²⁴ 4 von 5 Pflegenden sind zufrieden mit ihrer aktuellen Arbeitsstelle.

Nr.	Itemtext	gültige Antworten	Zustimmung % (Min - Max)
A.2	Wie zufrieden sind Sie, alles in allem betrachtet, mit Ihrer jetzigen Arbeitsstelle?	1155	79 (67 - 92)

* Zustimmung % entspricht Antwortoptionen 'Etwas zufrieden' und 'Sehr zufrieden'

Tabelle 5: Zufriedenheit aktuelle Arbeitsstelle Zustimmung in % auf Klinikebene

Die Arbeitszufriedenheit ist bei Pflegenden mit weniger Berufserfahrung ähnlich hoch, wie bei den Pflegenden mit mehr Berufserfahrung (2).

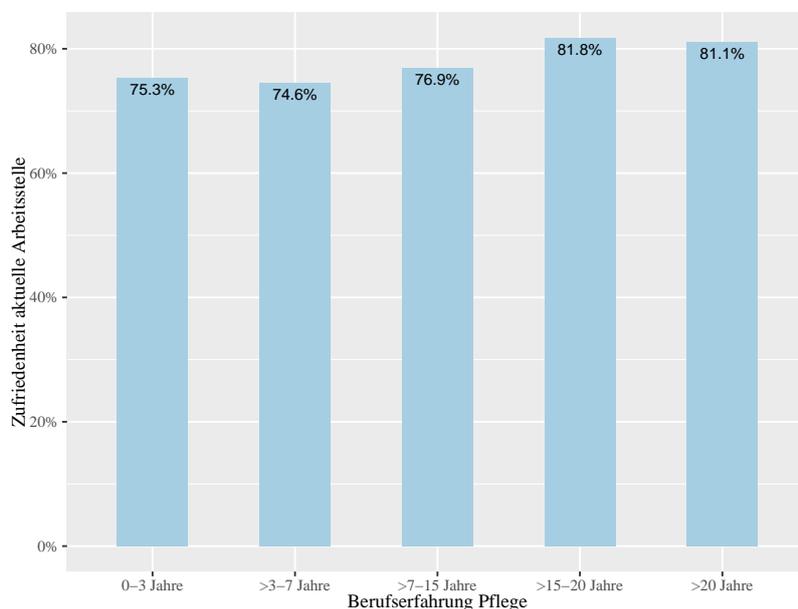


Abbildung 2: Arbeitszufriedenheit nach Berufserfahrung Pflege

Auch andere Schweizer Studien stellten bei Pflegenden eine hohe Arbeitszufriedenheit fest. So gaben in der SHURP Studie [13] 84% der Mitarbeitenden in Alters- und Pflegeheimen an, zufrieden zu sein. Diese Ergebnisse werden von der STRAIN Studie [25] gestützt, die ebenfalls eine hohe Arbeitszufriedenheit bei den Pflegenden in Schweizer Psychiatrien ermittelt hat.

Die meisten Befragten würden die eigene Klinik als Arbeitsort an eine:n Kolleg:in der Pflege weiterempfehlen. Rund 81% würden ihren Arbeitsort²⁵ einer/einem Kolleg:in weiterempfehlen. Etwas kritischer sieht die Empfehlung der Klinik als Behandlungsort aus. In diesem Fall beträgt die Zustimmung 60%. In Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz liegen diese beiden Werte bei 83.4% und 76.2% [13].

Rund 30% der Befragten würden ihre Klinik nicht²⁶ als Behandlungsort an Bekannte weiterempfehlen (Abbildung 3).

²⁵ Gut 80% der Pflegenden würden die Klinik als Arbeitsort empfehlen.

²⁶ 30% der Pflegenden würden die Klinik Bekannten nicht als Behandlungsort empfehlen.

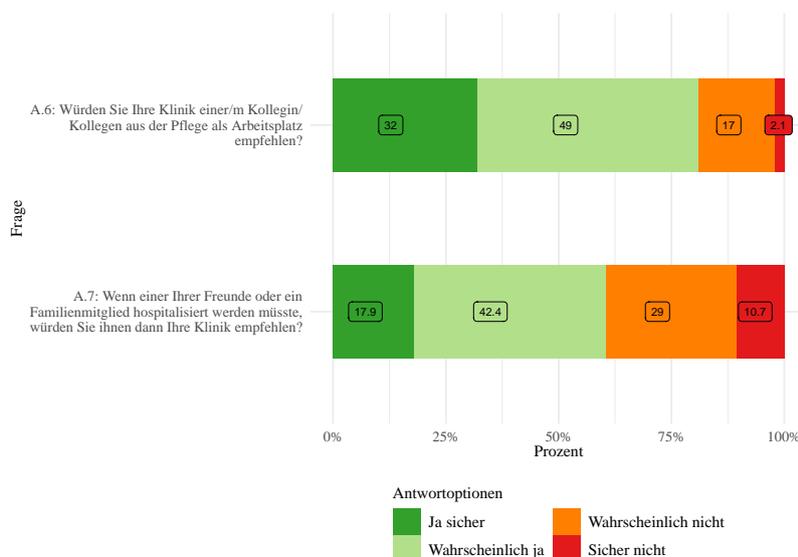


Abbildung 3: Empfehlung der Klinik insgesamt

Erschöpfung

Eine gute Arbeitsumgebung und hohe Arbeitszufriedenheit tragen dazu bei, dass sich Pflegendende weniger erschöpft fühlen [26; 27]. Da erschöpfte Pflegendende häufiger die Absicht haben, die Stelle oder den Beruf zu verlassen, ist die Erschöpfung nicht nur für die einzelne Pflegeperson relevant, sondern auch für die psychiatrischen Kliniken [28; 27; 19].

In der Match^{RN} Psychiatrie Studie geben rund 20% der Befragten an²⁷, sich "Oft" bzw. "Immer" körperlich und emotional erschöpft

²⁷ Eine von fünf Befragten fühlt sich oft oder immer erschöpft.

oder sich ausgelaugt zu fühlen (Tabelle 6). Die STRAIN Studie [25] fand Erschöpfung in ähnlichem Ausmass bei den Pflegenden in Schweizer Psychiatrien.

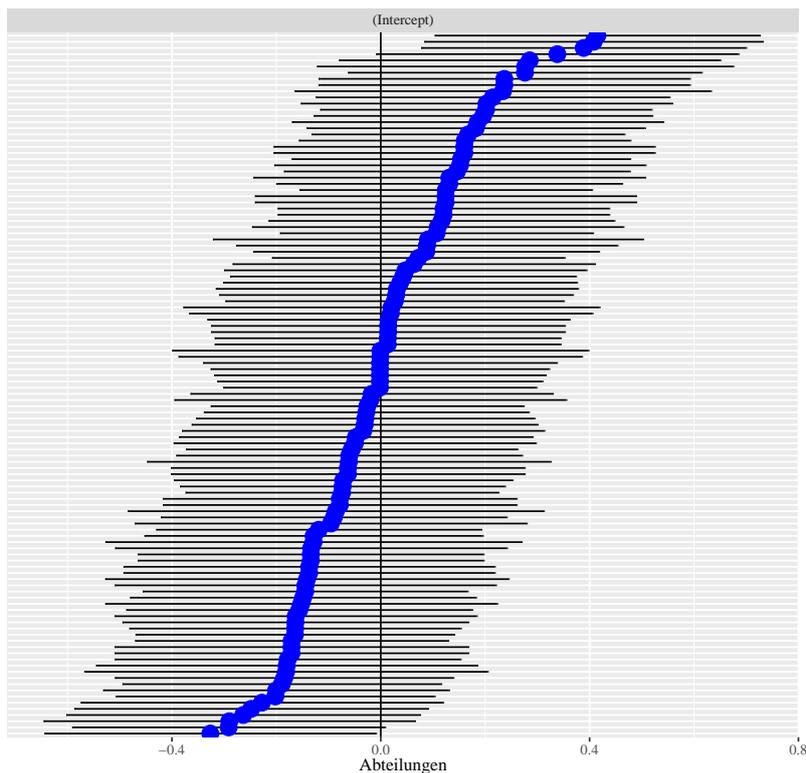
Nr.	Itemtext	gültige Antworten	Zustimmung % (Min - Max)
A.8.1	Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	1165	18 (6 - 34)
A.8.2	Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	1165	20 (11 - 32)
A.8.3	Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	1160	19 (6 - 29)

* Zustimmung % entspricht Antworteoptionen 'Offt' und 'Immer'

Tabelle 6: Erschöpfung Zustimmung in % auf Klinikebene

Die Abbildung 4 veranschaulicht, dass auf allen 114 Abteilungen die Erschöpfung ähnlich ausgeprägt ist²⁸. Ausserdem zeigt die Abbildung, dass verglichen mit dem Gesamtdurchschnitt eine Abteilung unterdurchschnittlich und 3 Abteilungen überdurchschnittlich abschneiden.

²⁸ Das Ausmass der Erschöpfung unterscheidet sich auf den Abteilungen kaum.



Hinweis zur Interpretation: jede horizontale Linie steht für eine Abteilung, der blaue Punkt in der Mitte entspricht dem Mittelwert der Abteilung und die Linie selbst dem 95% Konfidenzintervall

Abbildung 4: Erschöpfung nach Abteilungen

Stellenwechsel und Berufsausstieg

Fluktuation von Mitarbeitenden und Ausstiegsabsichten sind multifaktorielle Probleme, auf die sowohl betriebliche, arbeitsbezogene als auch persönliche Faktoren einen Einfluss haben. Burnout, Arbeitsstress und Arbeitsunzufriedenheit gehören zu den zentralen Einflussfaktoren [29]. Eine chinesische Studie zeigte auf, dass der Gesundheitszustand, das monatliche Einkommen, die Arbeitszeiten, von Patient:innen ausgehende Gewalt, der wahrgenommener Respekt der Patient:innen, die Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und Pflegepersonal sowie Arbeitszufriedenheit bedeutsame Faktoren sind, die mit der Kündigungsabsicht von psychiatrischem Pflegepersonal in Zusammenhang stehen [30].

Gedanken, die Arbeitsstelle zu verlassen, sind bei den Befragten rund doppelt so häufig, wie die Gedanken den Beruf aufzugeben. 8% der Pflegenden²⁹ denken "Einige Male in der Woche" und "Täglich" daran, ihre Arbeitsstelle zu wechseln, Gedanken den Beruf zu verlassen haben 4% "Einige Male in der Woche" und "Täglich".

²⁹ 8% denken häufig daran, die Arbeitsstelle zu verlassen.

Je mehr Berufserfahrung die Pflegenden haben, desto seltener denken sie daran, die Arbeitsstelle zu wechseln. Bei der Absicht den Beruf zu verlassen, zeigt sich das gleiche Muster jedoch auf tieferem Niveau³⁰ (Abbildung 5).

³⁰ Je mehr Berufserfahrung die Pflegenden haben, desto seltener haben sie Gedanken an den Ausstieg.

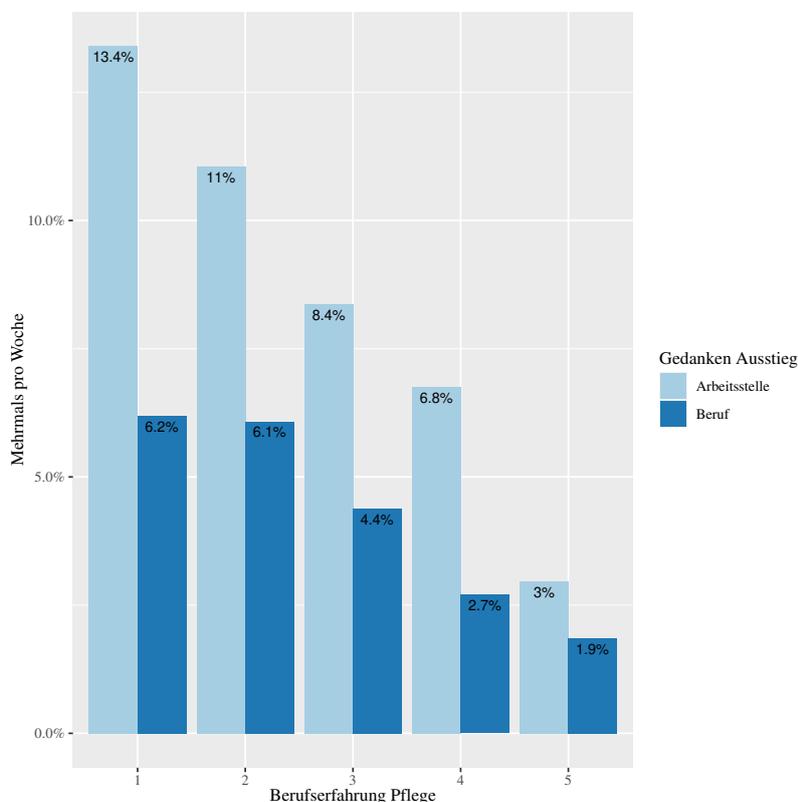


Abbildung 5: Gedanken an Stellenwechsel und Berufsausstieg nach Berufserfahrung

Ein deutlich anderes Muster zeigt sich bei der Zuversicht der Befragten, bei Bedarf eine neue Stelle zu finden. Insgesamt sind 88% der Pflegenden zuversichtlich³¹, bei Bedarf eine neue Stelle in der Pflege zu finden.

³¹ 88% der Befragten sind zuversichtlich, bei Bedarf eine neue Arbeitsstelle zu finden.

Bei den Pflegenden mit mehr als 20 Jahren Berufserfahrung ist die Zuversicht mit 78.5% am tiefsten. In jeder anderen Gruppe liegt die Zuversicht eine neue Stelle zu finden bei über 90%, siehe Abbildung 6.

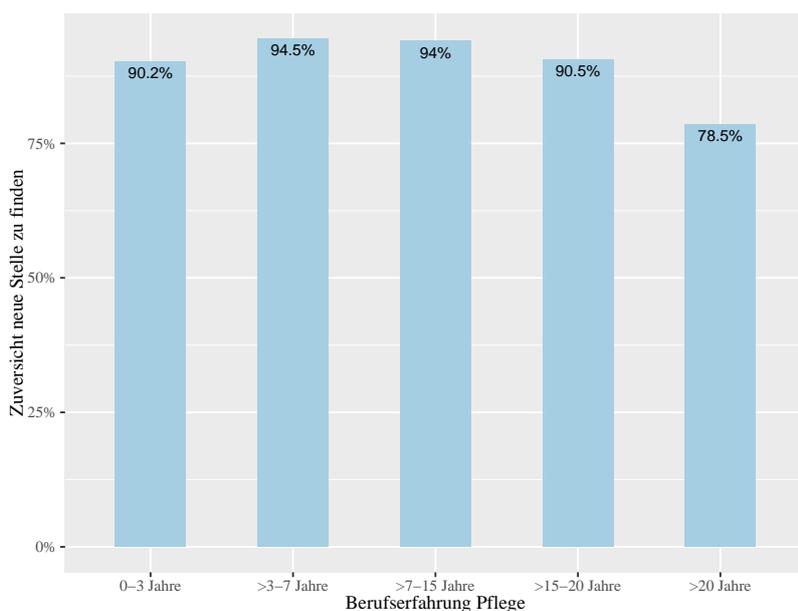


Abbildung 6: Zuversicht neue Stelle zu finden nach Berufserfahrung

Teil 2: Dienstplangestaltung, Burnout und Ausstiegsabsicht

Beatrice Gehri, Stefanie Bachnick, René Schwendimann & Michael Simon
deutsche Fassung: Michael Ketzer

Anforderungen an Dienstpläne

In einem Spital einen 24-Stunden-Betrieb aufrecht zu erhalten ist eine grosse Herausforderung. Bei der Gestaltung der Dienstpläne müssen die Anforderungen an die Versorgung der Patient:innen mit der zeitlichen Verfügbarkeit der Pflegenden in Einklang gebracht werden. Die Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Verpflichtungen steigert die Produktivität der Mitarbeitenden und deren Engagement für die Arbeit. Darüber hinaus verringert sie die Fluktuationsrate sowie die Anzahl Krankheitsausfälle [31]. Dies kann beispielsweise durch die Möglichkeit der Mitsprache bei der Arbeits- und Ferienplanung oder der Förderung von Mitarbeitenden in Teilzeitpensen erreicht werden.

Die Dienstplanung dient nicht nur als Instrument für die Personalsteuerung, sondern ist ebenso wesentlicher Bestandteil für die Zufriedenheit, Leistungsbereitschaft und Motivation der Mitarbeitenden. Darüber hinaus konnte bei Pflegefachpersonen aus Spitälern in der Schweiz gezeigt werden, dass eine höhere Flexibilität der Einsatzplanung mit einer geringeren emotionalen Erschöpfung einhergeht [11]. Für Pflegenden sind zwei Aspekte in der Dienstplangestaltung zentral: die Vorhersehbarkeit des Dienstplans sowie die Möglichkeit diesen auch mitbestimmen zu können [32; 33].

Für die nachfolgenden deskriptiven Darstellungen und Zusammenhangsanalysen wurden Antworten von 994 Pflegefachpersonen aus 114 Abteilungen berücksichtigt. Das Durchschnittsalter der Pflegefachpersonen beträgt 41 Jahre, 69% sind Frauen. Genauere Angaben zur Stichprobe können der englischsprachigen Publikation entnommen werden [5].

Kurzfristige Dienstplanänderungen

Kurzfristige Änderungen im Dienstplan stehen dem Bedürfnis der Pflegenden nach vorhersehbaren und stabilen Dienstplänen entgegen und sind z. B. mit Schlafstörungen bei Pflegefachpersonen verbunden [34]. Kurzfristige Änderungen können notwendig werden, wenn Personal krankheitsbedingt ausfällt oder wenn durch hohe Anforderungen auf Seiten der Patient:innen ein höherer Personalbedarf entsteht. In der Match^{RN} Psychiatrie Studie wurden Pflegefachpersonen gefragt, wie oft sie kurzfristig Arbeitsschichten übernehmen müssen. Abbildung 7 zeigt die Verteilung der Antworten auf diese Frage. Mehr als drei Viertel der Befragten (78%) müssen mindestens einmal pro Monat kurzfristig einspringen³². Davon müssen etwa 9% dreimal oder öfter pro Monat kurzfristig Schichten übernehmen.

³² Mehr als drei Viertel (78%) der Pflegefachpersonen müssen mindestens einmal pro Monat kurzfristig einspringen.

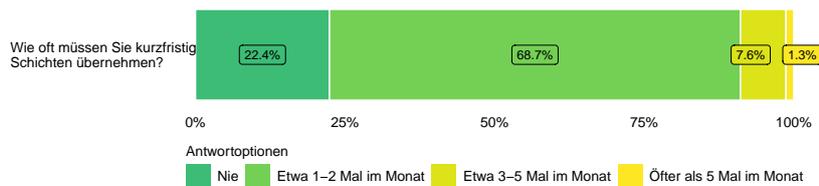


Abbildung 7: Kurzfristige Übernahme von Arbeitsschichten

Kontrolle über Dienstplan

Die Pflegefachpersonen wurden mit fünf Items zur wahrgenommenen Kontrolle über ihren Dienstplan befragt. Annähernd die Hälfte der Pflegefachpersonen (49%) gab an, dass es sehr schwierig oder nicht möglich sei, kurzfristig Arbeitsschichten zu tauschen. Etwa 14% gaben an, wenig oder sehr wenig Einfluss auf die Erstellung ihres Dienstplanes zu haben. Abbildung 8 zeigt die Häufigkeiten der Antworten auf die fünf Fragen zu diesem Thema.

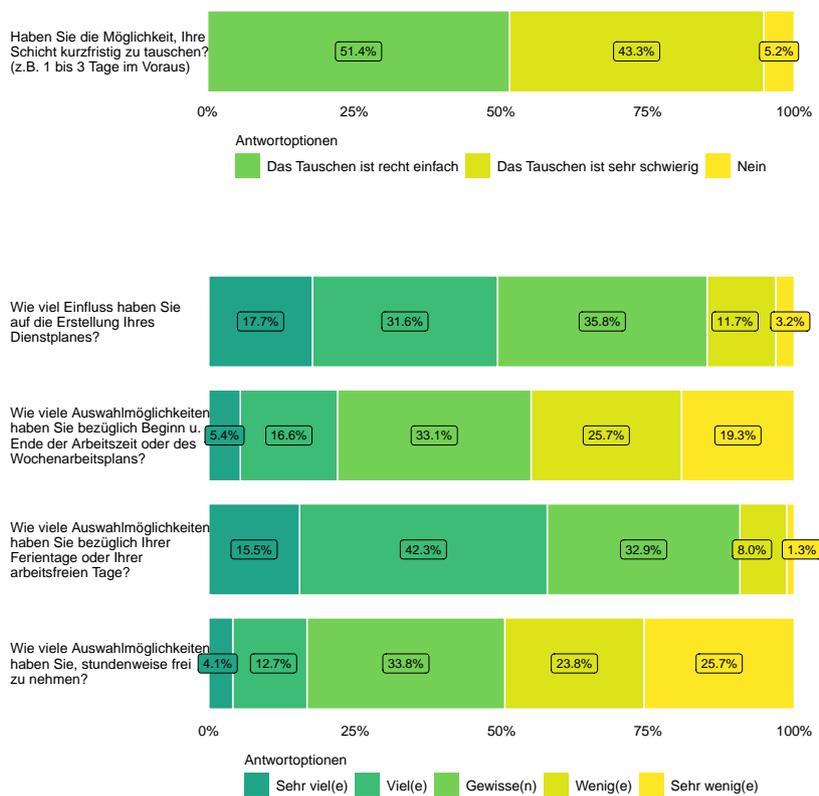


Abbildung 8: Wahrgenommene Kontrolle der Pflegefachpersonen über Dienstplan

Überzeit

Die Pflegefachpersonen wurden auch gefragt, wie viele Minuten Überzeit sie in ihrer letzten Arbeitsschicht gemacht haben. Für die Darstellung in Abbildung 9 wurden die Antworten in vier Kategorien gruppiert. Mehr als zwei Fünftel (41%) der befragten Pflegefachpersonen gaben an, in der letzten Arbeitsschicht Überzeit³³

³³ Mehr als zwei Fünftel (41%) der Pflegefachpersonen haben in der letzten Schicht Überzeit gemacht.

gemacht zu haben. Davon haben 13% mehr als 30 Minuten Überzeit gemacht.

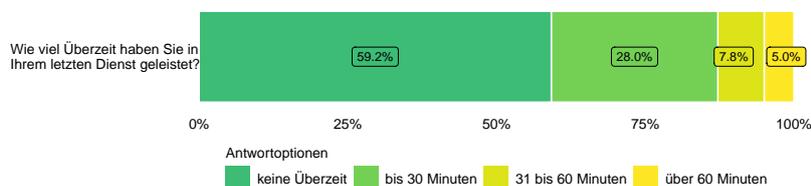


Abbildung 9: Überzeit der befragten Pflegefachpersonen

Unterstützung durch Vorgesetzte

Um die wahrgenommene Unterstützung durch die Vorgesetzten bei der Dienstplangestaltung einzuschätzen, wurden den Pflegefachpersonen vier Fragen zu diesem Thema gestellt. Abbildung 10 zeigt die Häufigkeit der Antworten der Pflegefachpersonen darauf. Etwa 80% gaben an, dass der/die Vorgesetzte immer oder meistens Verständnis für Dienstplanwünsche hat. Dass der/die Vorgesetzte den Dienstplan anpasst, damit privaten Verpflichtungen nachgekommen werden kann, ist bei etwa zwei Dritteln der Pflegefachpersonen immer oder meistens der Fall.

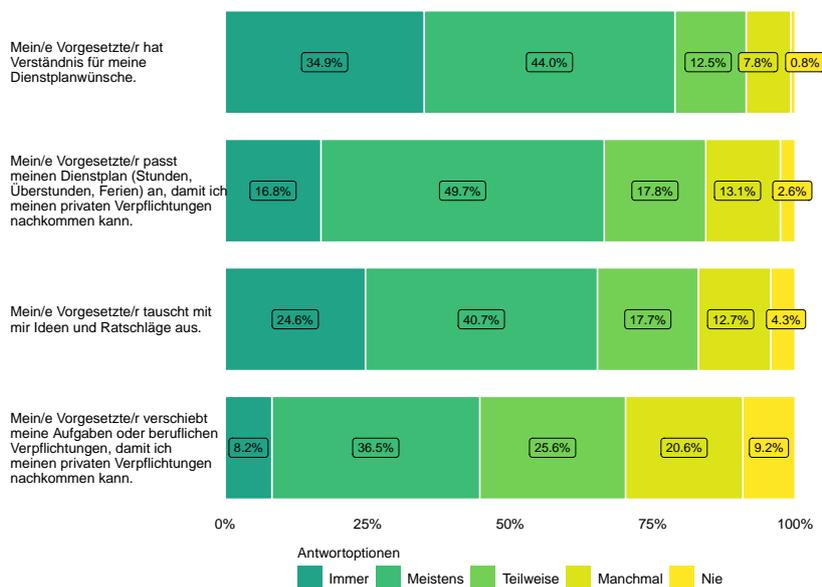


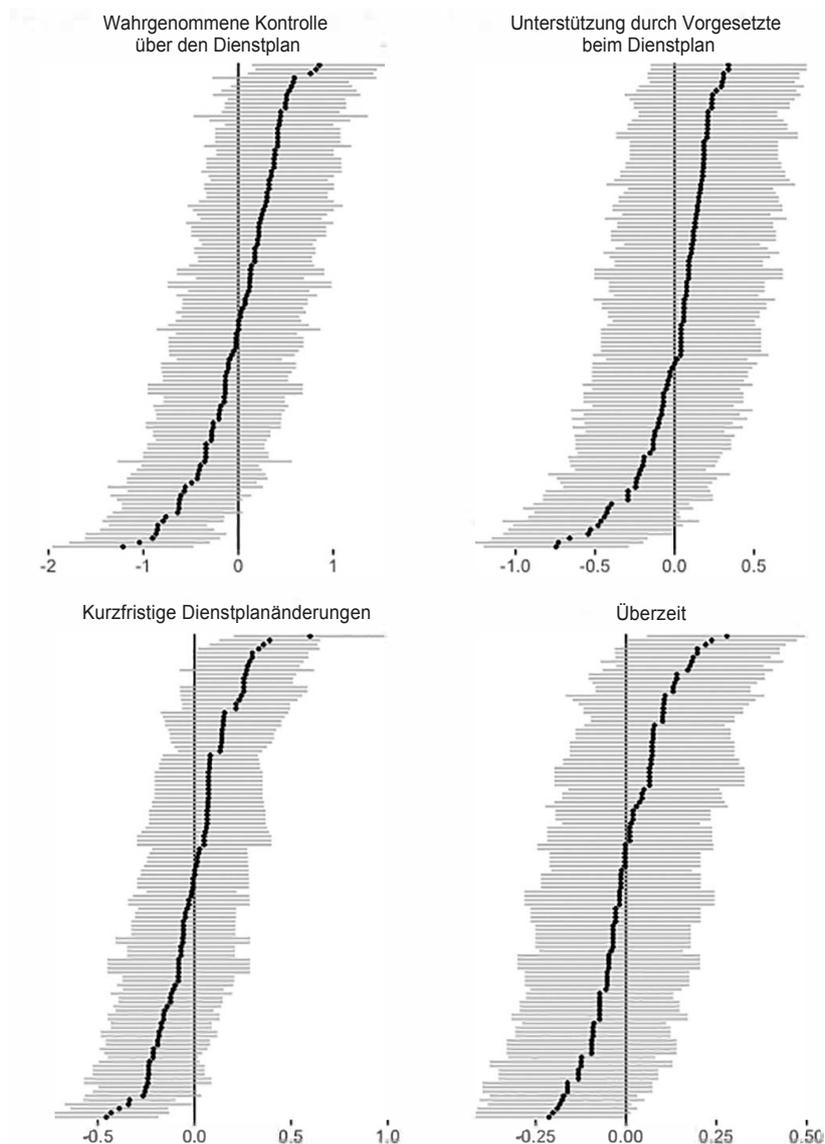
Abbildung 10: Wahrgenommene Unterstützung durch Vorgesetzte

Systematische Unterschiede zwischen den Abteilungen

Bei der Untersuchung der wahrgenommenen Kontrolle über den Dienstplan, sowie der wahrgenommenen Unterstützung durch Vorgesetzte, von kurzfristigen Schichtwechseln und Überzeit zeigte sich ein relevantes Ausmass an systematischen Unterschieden³⁴ zwischen den 114 Abteilungen, wie Abbildung 11 deutlich macht.

³⁴ Die Abteilungen unterscheiden sich hinsichtlich Dienstplan-Charakteristika systematisch voneinander.

Das bedeutet, dass den Abteilungen eine entscheidende Rolle in der Unterstützung von Pflegefachpersonen hinsichtlich ihres Dienstplans zukommt. Es spiegelt auch die gängige Praxis wider, dass meist Abteilungsleitende den Dienstplan erstellen. Dieses Ergebnis passt zu den Erkenntnissen einer weiteren Studie, die zeigen konnte, dass Dienstplan-Charakteristika bei Pflegefachpersonen aus derselben Abteilung tendenziell ähnlich sind [35].



Hinweise zur Interpretation: Jede horizontale Linie steht für eine Abteilung, der Punkt in der Mitte entspricht dem Mittelwert der Abteilung und die Linie selbst dem 95% Konfidenzintervall. Horizontale Abteilungslinien, welche sich nicht mit der senkrechten Linie über dem 0 Punkt kreuzen, unterscheiden sich deutlich, d. h. statistisch signifikant von dem Mittelwert aller Abteilungen. Die Abteilungen unten links schneiden unterdurchschnittlich, die Abteilungen oben rechts überdurchschnittlich ab.

Abbildung 11: Unterschiede zwischen den Abteilungen bezüglich Dienstplangestaltung

Zusammenhänge mit Burnout

Mit einer Zusammenhangsanalyse wurden Verbindungen zwischen den oben beschriebenen Dienstplan-bezogenen Charakteristika und Burnout-Symptomen der Pflegefachpersonen untersucht. Burnout wurde mit Hilfe eines aus fünf Fragen bestehenden Instruments erhoben [36]. Abbildung 12 zeigt die Häufigkeit der Antworten auf diese Fragen.

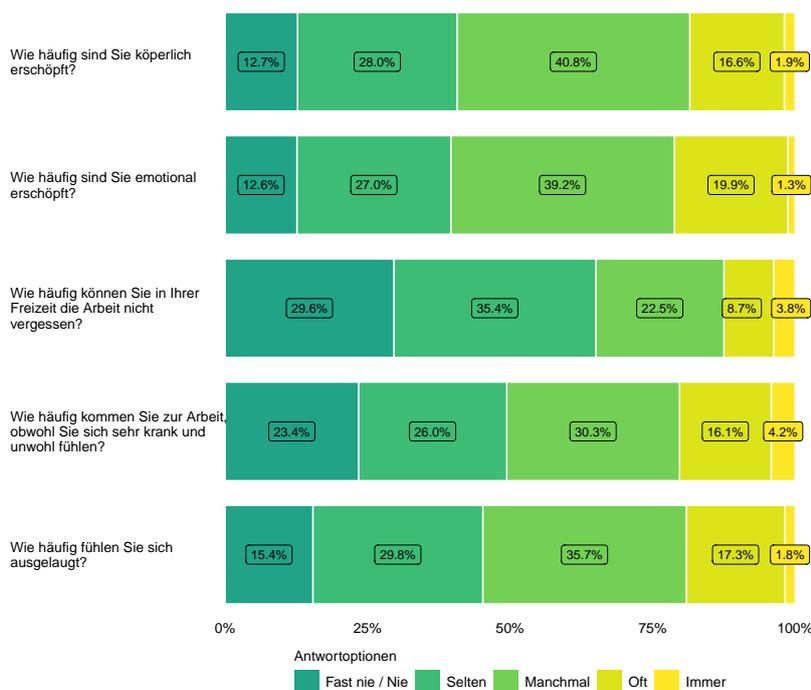


Abbildung 12: Burnout-Symptome der befragten Pflegefachpersonen

Es wurden statistisch signifikante Zusammenhänge von Burnout-Symptomen bei den befragten Pflegefachpersonen mit Überzeit gefunden. Mehr Überzeit³⁵ geht mit mehr Burnout-Symptomatik bei den Match^{RN} Psychiatrie-Pflegefachpersonen einher.

Ähnlich zu diesem Ergebnis zeigte eine andere Studie, dass unfreiwillige Überzeit mit schlechterer psychischer Gesundheit und niedrigerem Arbeitsengagement von Pflegefachpersonen verbunden ist [37]. Zudem zeigen Studien zu Überzeit in der Pflege, dass diese mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von Fehlern, mit reduzierter Denkleistung und mehr unterlassener Pflege einhergeht [38; 39]. Um sowohl die Pflegefachpersonen als auch die Patient:innen vor negativen Auswirkungen zu schützen, sollte Überzeit also vermieden werden. Leitungspersonen und Organisationen sollten eine Arbeitsplatzkultur fördern und unterstützen, die Überzeit als Ausnahme und nicht als gängige Praxis betrachtet.

Zusammenhänge mit der Absicht, die Organisation zu verlassen

Eine weitere Zusammenhangsanalyse untersuchte Verbindungen zwischen den Dienstplan-bezogenen Charakteristika mit der Ab-

³⁵ Mehr Überzeit geht mit mehr Burnout-Symptomatik einher.

sicht der Pflegefachpersonen, die Organisation zu verlassen. Hierfür wurden die Pflegefachpersonen gefragt, wie oft sie in den letzten 12 Monaten erwogen haben, sich nach einer neuen Anstellung umzuschauen. Fast ein Viertel (24%) der Pflegefachpersonen denkt mindestens einige Male im Monat darüber nach. Abbildung 13 zeigt die Verteilung der Antworten auf diese Frage.

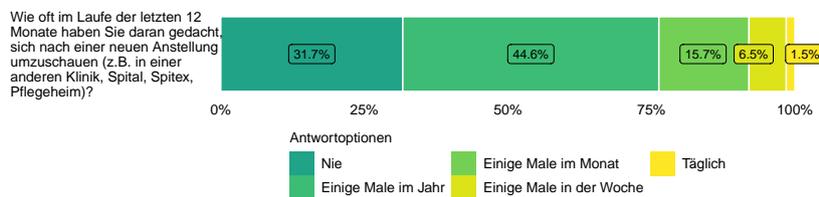


Abbildung 13: Absicht der Pflegefachpersonen, die Organisation zu verlassen

Die Absicht der Pflegefachperson, die Organisation zu verlassen, hing statistisch signifikant mit der wahrgenommenen Kontrolle über den Dienstplan, mit der wahrgenommenen Unterstützung durch die Vorgesetzten bei der Dienstplangestaltung und mit Überzeit³⁶ zusammen. Je niedriger wahrgenommene Kontrolle, wahrgenommene Unterstützung und je höher die Überzeit war, desto ausgeprägter war die Absicht der Match^{RN} Psychiatrie-Pflegefachpersonen, sich nach einer neuen Anstellung umzuschauen.

In somatischen Akutspitälern konnte gezeigt werden, dass sich Pflegende, die sich durch ihre Vorgesetzten in der Dienstplangestaltung unterstützt fühlen, eher vorstellen können, bis zum Ruhestand im Pflegeberuf zu arbeiten [40]. In einer anderen Studie wird dargestellt, dass die von den Pflegenden wahrgenommene Unterstützung durch die Vorgesetzten ein vielversprechender Ansatzpunkt zum Halten von Personal sei [41].

Die Vorlieben und Bedürfnisse von Pflegenden in Bezug auf Schichtarbeit und ihre Dienstpläne sind verschieden und können sich abhängig von Alter und familiären Verpflichtungen ändern [42]. Pflegende sollten daher in einem gewissen Masse über ihren Dienstplan mitbestimmen können und dabei von ihren Vorgesetzten unterstützt werden [11; 43]. Zudem kann individuellen Arbeitszeitbedürfnissen in einem Team, in dem Alter und Betreuungsverantwortlichkeiten der Teammitglieder unterschiedlich sind, besser Rechnung getragen werden. Darüber hinaus könnte eine selbstverwaltete Dienstplanung ein Ansatz zur Unterstützung individueller Bedürfnisse von Pflegefachpersonen sein [44].

Fazit Dienstplangestaltung, Burnout und Ausstiegsabsicht

Die Ergebnisse deuten daraufhin, dass die untersuchten Dienstplanbezogenen Charakteristika geeignete Ansatzpunkte sind, um Burnout-Symptome von Pflegefachpersonen und deren Absicht, sich nach einer anderen Anstellung umzusehen, zu mindern. Abteilungsleitende sollten versuchen, die Stabilität der Dienstpläne zu

³⁶ Die Absicht der Pflegefachpersonen, die Organisation zu verlassen, hängt signifikant mit der Kontrolle über den Dienstplan, der Unterstützung der Vorgesetzten bei der Dienstplangestaltung und mit Überzeit zusammen.

erhöhen und den Einfluss der Pflegefachpersonen auf ihre Dienstpläne zu stärken. Organisationen sollten stabile Dienstpläne bereitstellen, um die Burnout-Symptome der Pflegekräfte zu verringern und so zu einem gesunden Arbeitsklima beizutragen. Dies könnte folglich dazu beitragen, vorzeitiges berufliches Ausscheiden und Arbeitsplatzwechsel zu reduzieren und dem Pflegepersonalmangel entgegenzuwirken.

Dieser Abschnitt ist eine adaptierte deutsche Version des Artikels von Gehri et al. [5].

Teil 3: Temporäre Pflegende

Leonel Oliveira, Beatrice Gehri & Michael Simon
deutsche Fassung: Michael Ketzer

Temporäre Mitarbeitende in der Pflege

Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Mangels an Pflegepersonal ist es für Abteilungsleitungen eine anspruchsvolle Aufgabe, kurz- und langfristige Ausfälle von Pflegefachpersonen auszugleichen. Wenn Arbeitsschichten nicht durch das Pflegepersonal einer Abteilung abgedeckt werden können, ist der Einsatz von temporären Pflegenden eine Möglichkeiten, um die Besetzung aufrechterhalten zu können [45; 46].

Man kann zwischen internen und externen temporären Pflegenden unterscheiden [47]. Interne temporäre Pflegende, auch als Poolmitarbeitende oder Springer bezeichnet, sind Pflegende, die direkt von einer Institution angestellt werden, um Einsätze auf verschiedenen Abteilungen zu übernehmen [46]. Externe temporäre Pflegende, auch als Agentur- oder Leasingmitarbeitende bezeichnet, werden über Agenturen angefordert. Interne wie externe temporäre Pflegende können für wenige Schichten bis hin zu mehreren Monaten auf einer Abteilung eingesetzt werden [45]. Verglichen mit Stammpersonal verursachen temporäre Pflegende meist höhere Kosten für eine Klinik [48].

Für die nachfolgenden deskriptiven Darstellungen und Zusammenhangsanalysen wurden Angaben zu Abteilungsmerkmalen von Leitungspersonen von 80 Abteilungen und Antworten von 689 Pflegefachpersonen aus 79 Abteilungen berücksichtigt. Das Durchschnittsalter der Pflegefachpersonen beträgt 41 Jahre, 69% sind Frauen. Detailliertere Informationen über den folgenden Abschnitt können der englischen Originalpublikation entnommen werden [6].

Häufigkeit des Einsatzes von temporären Pflegenden

Die Abteilungsleitenden wurden mit einem Einzelitem befragt, wie oft sie temporäre Pflegende auf ihrer Abteilung einsetzen. Es standen sechs mögliche Antwortoptionen zur Auswahl: *Nie*, *1-4 Mal pro Jahr*, *5-10 Mal pro Jahr*, *einmal pro Monat*, *mehrmals pro Monat*, *mehrmals pro Woche*. Für die Zusammenhangsanalyse wurden die Antwortmöglichkeiten in die zwei Level *gelegentlich oder nie* (*Nie*, *1-4 Mal pro Jahr*, *5-10 Mal pro Jahr*) und *häufig* (*einmal pro Monat*, *mehrmals pro Monat*, *mehrmals pro Woche*) zusammengefasst. Laut den Abteilungsleitenden setzt ein Viertel der Abteilungen³⁷ häufig temporäre Pflegende ein. Abbildung 14 stellt die Antworten der 80 Abteilungsleitenden dar.

Es gibt unseres Wissens keine Studien, die das Phänomen der temporären Pflegenden im psychiatrischen Setting untersuchen. Eine Studie in somatischen Spitälern zeigte, dass etwa 30% der Abteilungen temporäre Pflegende einsetzen [49]. Dieser Wert liegt

³⁷ Ein Viertel der Abteilungen setzt häufig temporäre Pflegende ein.

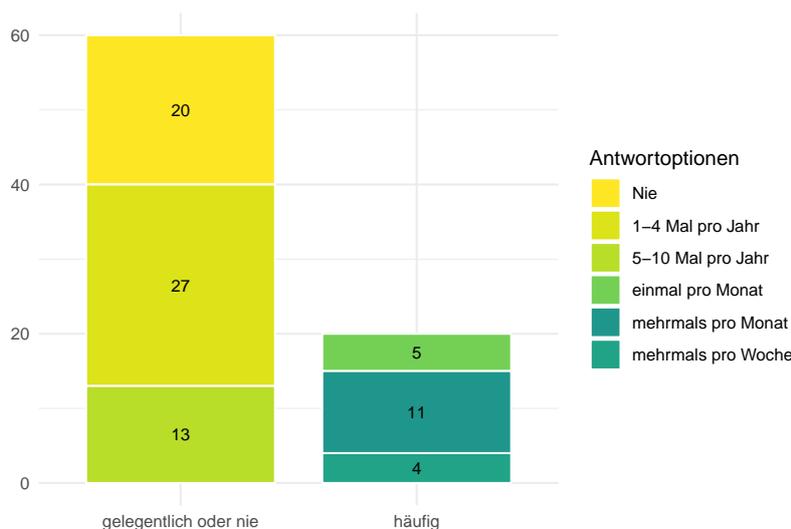


Abbildung 14: Abteilungsangaben zur Häufigkeit des Einsatzes von temporären Pflegenden

nahe bei den 25%, die in der Match^{RN} Psychiatrie Studie festgestellt wurden.

Zusammenhang mit der Personalausstattung

Mit Hilfe einer Zusammenhanganalyse wurde untersucht, ob der häufige Einsatz von temporären Pflegenden mit der Personalausstattung zusammenhängt. Es wurde kein statistisch signifikanter Zusammenhang³⁸ zwischen dem häufigen Einsatz von temporären Pflegenden und Unterschieden in der Personalbesetzung festgestellt. Dies stützt die in der Literatur bestehende Auffassung, dass durch temporäre Pflegende Unterbesetzung verhindert werden kann [50]. Temporäre Pflegende können helfen, die geplante Personalbesetzung einer Schicht aufrecht zu erhalten. Daher ist es denkbar, dass sie dazu beitragen können, die negativen Auswirkungen von unterbesetzten Schichten vorzubeugen, wie zum Beispiel eine niedrige Arbeitszufriedenheit [50].

³⁸ Es wurde kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem häufigen Einsatz von temporären Pflegenden und Unterschieden in der Personalbesetzung festgestellt.

Zusammenhänge mit Ergebnissen des Stammpersonals

In einer weiteren Zusammenhanganalyse wurden Verbindungen zwischen dem Einsatz von temporären Pflegenden und Ergebnissen auf Seiten des Stammpersonals untersucht. Der häufige Einsatz von temporären Pflegenden zeigte einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit Burnout-Symptomatik³⁹ und der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen. Die Ergebnisse hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit und der Absicht, die Organisation zu verlassen, zeigten in dieselbe Richtung, waren jedoch nicht statistisch signifikant.

³⁹ Häufiger Einsatz von temporären Pflegenden hängt mit mehr Burnout-Symptomatik und höherer Absicht, den Beruf zu verlassen, zusammen.

Die Ergebnisse der Match^{RN} Psychiatrie Studie stehen im Gegensatz zu einer amerikanischen Studie [45], die keinen Zusammenhang zwischen dem häufigen Einsatz von temporären Pflegenden und unerwünschten Auswirkungen auf das Stammpersonal

fand. Es kann nicht gesagt werden, ob die negativen Ergebnisse auf Seiten des Stammpersonals durch die Zusammenarbeit mit temporären Pflegenden entstehen, oder durch Auswirkungen einer schlechten Arbeitsumgebung, die unbesetzte Stellen zur Folge hat und so den Einsatz von temporären Pflegenden notwendig macht.

Aus der Literatur ist bekannt, dass höheres Arbeistaufkommen und Stress die Wahrscheinlichkeit von Burnout und der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, erhöhen [51; 52]. Zudem zeigte eine qualitative Studie, dass Pflegende ein höheres Arbeistaufkommen und ein höheres Stresslevel angaben, wenn sie mit temporären Pflegenden zusammenarbeiteten [53].

Fazit zu temporären Pflegenden

Etwa ein Viertel der Match^{RN} Psychiatrie Abteilungen setzten häufig temporäre Pflegende ein. Temporäre Pflegende scheinen den Auswirkungen des Personalmangels entgegenzuwirken, jedoch bleibt ihre mögliche Rolle bezogen auf negative Auswirkungen auf die fest angestellten Pflegenden einer Abteilung unklar. Es ist nicht eindeutig, ob Merkmale der Arbeitsumgebung oder der Einsatz temporärer Pflegender zu erhöhter Burnout-Symptomatik beim Stammpersonal führt und die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, verstärkt.

Die finanziellen Kosten für den Einsatz temporärer Pflegender sind relativ hoch, können aber klar beziffert werden. Bis die nicht-finanziellen Kosten des Einsatzes temporärer Pflegender ebenso klar sind, ist es ratsam, dass Abteilungsleitende den Einsatz von temporären Pflegenden wenn möglich vermeiden. Das bedeutet, dass Ausfälle und Vakanzen entweder durch das Pflegepersonal derselben Abteilung oder aus anderen Abteilung derselben Institution ersetzt werden sollten.

Dieser Abschnitt ist eine adaptierte deutsche Version des Artikels von Oliveira et al. [6].

Teil 4: Work-Life-Balance

Evgenia Zraychikova, Beatrice Gehri, Franziska Zúñiga, Stefanie Bachnick & Michael Simon

deutsche Fassung: Martina Hachen, René Schwendimann & Michael Ketzer

Work-Life-Balance in der Pflege

Für Pflegende ist die Work-Life-Balance, d.h. die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben, aufgrund der Arbeitsbedingungen wie Schichtarbeit, Personalmangel, Zeitdruck und körperliche Belastung eine Herausforderung⁴⁰. Work-Life-Balance wird definiert als "ein hohes Mass an Engagement im Arbeitsleben und im Privatleben mit minimalen Konflikten zwischen sozialen Rollen im Arbeits- und Privatleben" [54]. Rollenkonflikte können aus einer missglückten Koordination von beruflichen und privaten Aktivitäten entstehen [55].

Die Work-Life-Balance steht in engem Zusammenhang mit verschiedenen Verhaltensweisen, wie z. B. dem Auslassen einer Mahlzeit, dem Verzehr einer unausgewogenen Mahlzeit, dem Durcharbeiten einer Schicht ohne Pausen, dem späten Nachhausekommen von der Arbeit, Schlafproblemen, weniger als fünf Stunden Schlaf und der Änderung persönlicher oder familiärer Pläne wegen der Arbeit [56].

⁴⁰ Für Pflegende ist die Work-Life-Balance, d.h. die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben, eine Herausforderung.

Individuelle und betriebliche Einflussfaktoren auf die Work-Life-Balance

Bisherigen Studien zufolge sind sowohl individuelle als auch organisatorische Faktoren mit der Work-Life-Balance verbunden⁴¹. Die Literatur unterteilt die Work-Life-Balance in drei Gruppen: individuelle Faktoren, das psychosoziale Arbeitsumfeld und strukturelle Faktoren (Abbildung 18). Detaillierte Informationen zu den einzelnen Faktoren inklusive wissenschaftlicher Quellen zum Thema sind dem Anhang 4.3 zu entnehmen.

⁴¹ Sowohl individuelle als auch organisatorische Faktoren sind mit der Work-Life-Balance verbunden.

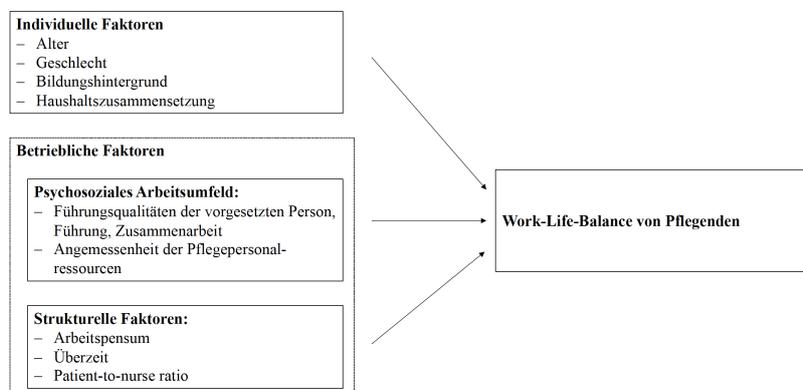


Abbildung 15: Konzeptuelles Modell der Einflussfaktoren auf die Work-Life-Balance von Pflegenden

Bedeutung und Konsequenzen

Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ist sowohl für das Individuum als auch für den Betrieb von grosser Bedeutung⁴². Für das Individuum kann ein unausgewogenes Verhältnis von Arbeit und Privatleben zu gesundheitlichen Problemen wie Stress, Bluthochdruck, Depressionen oder Burnout bzw. Erschöpfung führen [57]. Des Weiteren lassen sich für die Kliniken negative Konsequenzen bezogen auf die Arbeitszufriedenheit und Kündigungsabsichten feststellen [58]. Besonders Burnout und Unzufriedenheit im Beruf führen zu Kündigungsabsichten, wodurch sich der bereits bestehende Fachkräftemangel im Pflegebereich verstärken könnte [59]. Diese Problematiken können in der Psychiatrie besonders ausgeprägt sein, da die Arbeit in der psychiatrischen Versorgung im Vergleich zu anderen Bereichen des Gesundheitswesens häufig mit dem Risiko von physischen und psychischen Gewalthandlungen und Aggressionen verbunden ist [2]. Die Rekrutierung und Bindung von psychiatrischen Pflegenden ist eine grosse Herausforderung. Folglich ist es wichtig, ihre Work-Life-Balance zu untersuchen und deren Einflussfaktoren zu verstehen.

⁴² Die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben hat sowohl für Mitarbeitende als auch für die Betriebe eine grosse Bedeutung.

Work-Life-Balance der Match^{RN} Psychiatrie Pflegenden

Insgesamt ist die Work-Life-Balance bei den Pflegenden in der Psychiatrie relativ hoch, also ausgeglichen, was sich an der durchschnittlichen Bewertung der Work-Life-Balance mit 3,1 zeigt⁴³. Betrachtet man die befragten Pflegenden nach Altersgruppen, Berufsabschlüssen, Berufserfahrung, Anstellungspensum und nach den im Haushalt lebenden Personen (Haushaltszusammensetzung), zeigt sich, dass es nur geringe Unterschiede bei der Work-Life-Balance gibt. Details können der Tabelle 7 entnommen werden.

⁴³ In den Daten der ersten Match^{RN} Psychiatrie Erhebung von 1189 Pflegenden zeigen sich relativ hohe Werte für die Work-Life-Balance.

Im Durchschnitt gaben die Pflegenden an, dass Verhaltensweisen, die mit einer schlechten Work-Life-Balance zusammenhängen, bei ihnen nie oder selten vorkamen. Zwischen den acht Items schwankt der Anteil der Pflegenden, bei denen Verhaltensweisen, die mit einer schlechten Work-Life-Balance zusammenhängen nie oder selten vorkommen zwischen 62% und 84%. Diese Anteile sind höher als in einer vergleichbaren Studie aus den USA, in der dies knapp über 60% der Pflegenden angaben [60]. Dies impliziert im direkten Vergleich eine etwas höhere Work-Life-Balance der Match^{RN} Psychiatrie-Pflegenden. Obwohl ein direkter Vergleich aufgrund der unterschiedlichen Instrumente nicht möglich ist, ist es dennoch erwähnenswert, dass eine Studie aus Irland, die die Work-Life-Balance von Hämatologie-Pflegenden anhand eines Einzelitems erfasste, ergab, dass 58% der Teilnehmenden mit ihrer Work-Life-Balance unzufrieden waren [61].

Die Abbildung 16 zeigt, dass mehr als die Hälfte der Pflegenden angibt ein- bis zweimal pro Woche oder häufiger eine Mahlzeit auszulassen. Mehr als ein Fünftel der Pflegenden gab an, an drei oder mehr Tagen pro Woche eine Schicht ohne Pause durchzuar-

	Work-Life-Balance Mittelwert (\pm SD)	Pflegende (%)
Total	3.10 (0.50)	1189 (100%)
Geschlecht		
männlich	3.11 (0.51)	343 (30%)
weiblich	3.10 (0.49)	813 (70%)
Alter		
16-30 Jahre	3.07 (0.51)	346 (30%)
31-40 Jahre	3.10 (0.49)	271 (24%)
41-50 Jahre	3.08 (0.56)	209 (18%)
51-67 Jahre	3.15 (0.46)	316 (28%)
Berufsabschluss		
Dipl. Pflegefachperson	3.10 (0.50)	998 (89%)
Fachperson Gesundheit	3.11 (0.48)	127 (11%)
Berufserfahrung		
0-3 Jahre	3.08 (0.49)	242 (23%)
>3-7 Jahre	3.09 (0.55)	152 (14%)
>7-15 Jahre	3.11 (0.50)	256 (24%)
>15-20 Jahre	3.11 (0.48)	148 (14%)
>20 Jahre	3.13 (0.50)	266 (25%)
Anstellungspensum		
\leq 60%	3.15 (0.48)	190 (17%)
61-80%	3.12 (0.48)	312 (27%)
81-99%	3.10 (0.48)	189 (17%)
100%	3.06 (0.53)	449 (39%)
Haushaltszusammensetzung		
allein	3.08 (0.52)	235 (21%)
Mit anderem Erwachsenen	3.10 (0.48)	544 (48%)
Mit anderem E. und Kind/-ern	3.12 (0.51)	306 (27%)
Mit Kind/-ern	3.06 (0.52)	56 (5%)

Hinweise:

Skala von 1 (Stimme nicht zu) bis 4 (Stimme zu)

SD = Standardabweichung

Tabelle 7: Ergebnisse der Befragten bezüglich Work-Life-Balance

beiten. Schlafprobleme lagen bei über der Hälfte der Pflegenden an mindestens einem Tag pro Woche vor, und 56% gaben an, mindestens einmal pro Woche weniger als fünf Stunden geschlafen zu haben. Ein weiterer Belastungsfaktor im Arbeitsalltag der Pflegenden scheint der Umgang mit Informatikanwendungen zu sein⁴⁴. Nur 29% gaben an, fast nie oder nie durch IT-Anwendungen frustriert zu sein. Mehr als ein Drittel war an drei oder mehr Tagen pro

⁴⁴ Nur 29% geben an fast nie oder nie durch IT-Anwendungen frustriert zu sein. Mehr als ein Drittel ist an drei oder mehr Tagen pro Woche frustriert durch IT-Anwendungen.

Woche frustriert durch IT-Anwendungen. Ausserdem konnten statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen Führung, Personal- und Ressourcenausstattung, Arbeitspensum, Überzeit und der Personalausstattung (Patient-to-Nurse-Ratio) mit der Work-Life-Balance beobachtet werden⁴⁵. Diese sind in Abbildung 24 im Anhang dargestellt. Im Gegensatz zu anderen Studien konnten wir keinen Zusammenhang zwischen individuellen Faktoren mit der Work-Life-Balance, einschliesslich Alter, Geschlecht, Berufsabschluss und Haushaltszusammensetzung feststellen [62; 63; 56]. Insgesamt unterstreichen diese Ergebnisse die Relevanz der organisatorischen Faktoren für die Work-Life-Balance.

⁴⁵ Es gibt signifikante Zusammenhänge zwischen Führung, Personal- und Ressourcenausstattung, Arbeitspensum, Überzeit und der Personalausstattung mit der Work-Life-Balance.

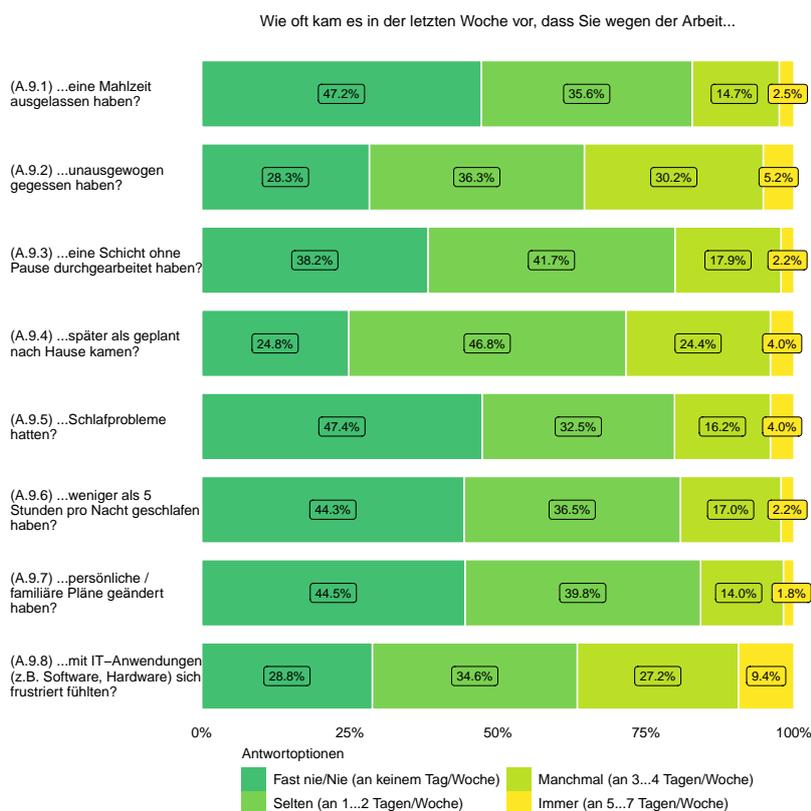
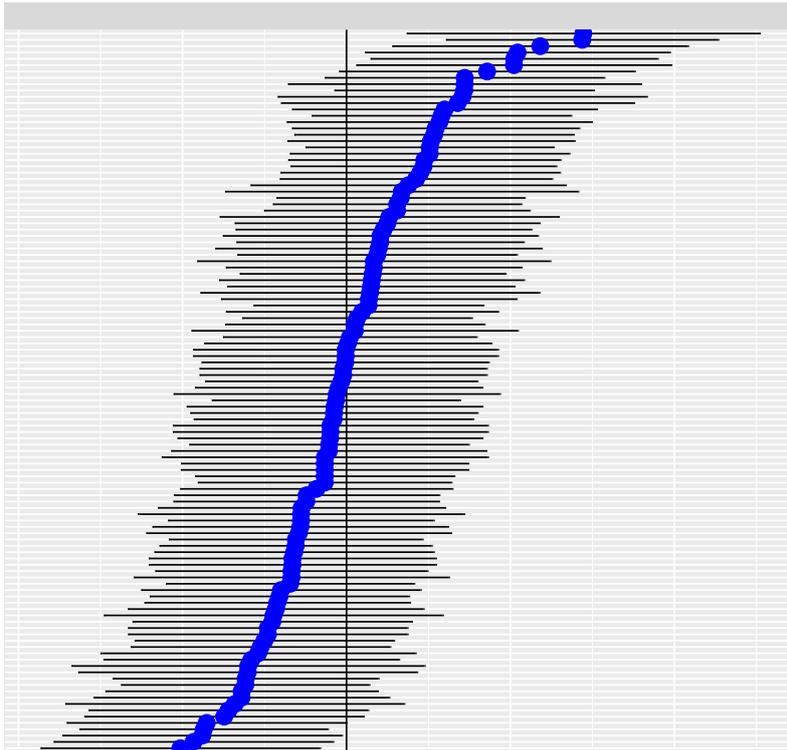


Abbildung 16: Häufigkeit der Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Work-Life-Balance

Neben der Frage, wie sich die Work-Life-Balance für Pflegende in der Psychiatrie darstellt und welche Faktoren eine Rolle spielen ist es wichtig, systematische Unterschiede zwischen Einrichtungen zu erkennen. Abbildung 17 zeigt, dass sich 10 von 116 Abteilungen⁴⁶ signifikant von der durchschnittlichen Work-Life-Balance aller Befragten unterscheiden.

⁴⁶ 10 von 116 Abteilungen unterscheiden sich deutlich bezüglich der Work-Life-Balance.



Weitere Hinweise zur Interpretation: Jede horizontale Linie steht für eine Abteilung, der blaue Punkt in der Mitte entspricht dem Mittelwert der Abteilung und die Linie selbst dem 95% Konfidenzintervall. Horizontale Abteilungslinien, welche sich nicht mit der senkrechten Linie über dem 0 Punkt kreuzen, unterscheiden sich deutlich, d. h. statistisch signifikant von dem Mittelwert aller Abteilungen. Die Abteilungen unten links schneiden unterdurchschnittlich, die Abteilungen oben rechts überdurchschnittlich ab.

Abbildung 17: Work-Life-Balance Unterscheidung nach Abteilungen

Betriebliche Faktoren

Als weiteres Ergebnis zeigt sich, dass die Work-Life-Balance mit dem psychosozialen Arbeitsumfeld und strukturellen Faktoren der Kliniken zusammenhängt⁴⁷. Was das psychosoziale Arbeitsumfeld betrifft, so spielt die wahrgenommene Führungsqualität der Vorgesetzten eine wesentliche Rolle für die Work-Life-Balance der Pflegenden. Von den befragten Pflegenden wurde die Arbeitsumgebung in Bezug auf die Führung mit einer durchschnittlichen Bewertung von 3,1 hoch bewertet. Dieses Resultat schneidet damit knapp etwas besser ab als die Antwortmöglichkeit «stimme eher zu» (Details siehe Tabelle 8).

Vorangegangene Studien [18] haben gezeigt, dass Führung und Betriebskultur miteinander verbunden sind⁴⁸. Daher ist es wahrscheinlicher, dass Pflegende bestimmte positive Verhaltensweisen in die Praxis umsetzen, wenn ihre Vorgesetzten sich ebenfalls für eine ausgewogene Work-Life-Balance einsetzen. Obwohl in dieser Studie die Wahrnehmung der Führungsqualität und nicht die tatsächliche Führungsqualität gemessen wurde, ist es naheliegend anzunehmen, dass Vorgesetzte, die eine positive Arbeitskultur fördern, auch als unterstützender wahrgenommen werden.

Der positive Zusammenhang zwischen Führung und Work-Life-Balance stimmt mit den Ergebnissen aus einer anderen Studie [60] überein und könnte durch die Unterstützung der Vorgesetzten und die Betriebskultur erklärt werden. Ausserdem haben frühere Untersuchungen [18] gezeigt, dass die positive Wahrnehmung der Führung durch die Pflegenden mit einer geringeren Stressbelastung der Mitarbeitenden verbunden ist⁴⁹. Folglich ist es wahrscheinlich, dass die Fähigkeit der Abteilungsleitung, die verfügbaren Ressourcen zu verwalten und sich um die Bedürfnisse des Personals und der Patient:innen zu kümmern, das Stressniveau senkt und somit die Work-Life-Balance positiv beeinflusst. Weiter decken sich die vorliegenden Ergebnisse mit einer amerikanischen Studie in der Psychiatrie, die zeigt, dass die Work-Life-Balance mit der Kultur am Arbeitsplatz zusammenhängt [56]. Verhaltensweisen, die mit der Work-Life-Balance zusammenhängen, wie z. B. Pausen zu machen, sich ausgewogen zu ernähren und pünktlich nach Hause zu gehen, werden wahrscheinlich in einem Team mit einer positiven Arbeitsplatzkultur gefördert. Folglich sollten Führungspersonen ein kollaboratives Arbeitsumfeld fördern, das auf einer Organisationskultur der Unterstützung basiert, und Verhaltensweisen unterstützen, die die Work-Life-Balance im Arbeitsalltag fördern⁵⁰. Weiter sollten sich die Führungspersonen ihrer Vorbildfunktion bewusst sein und daher auch Verhaltensweisen zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben in die Praxis umsetzen. Darüber hinaus können Betriebe zu einer besseren Kultur am Arbeitsplatz beitragen, indem sie Schulungsprogramme für Stationsleitungen anbieten, um Führungskompetenzen in Bezug auf authentische, unterstützende und transformationale Führungsstile zu erwerben, die sich als

⁴⁷ Work-Life-Balance hängt eindeutig mit dem psychosozialen Arbeitsumfeld und strukturellen Faktoren der Kliniken zusammen.

⁴⁸ Führung und Betriebskultur sind miteinander verbunden.

⁴⁹ Eine positive Wahrnehmung der Führung ist mit einer geringeren Stressbelastung der Pflegenden verbunden.

⁵⁰ Führungspersonen sollten sich ihrer Vorbildfunktion bewusst sein und Verhaltensweisen zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben in die Praxis umsetzen.

	Führung Mittelwert (\pm SD)	Pflegende (%)
Total	3.08 (0.67)	1189 (100%)
Geschlecht		
männlich	3.11 (0.66)	343 (30%)
weiblich	3.08 (0.65)	813 (70%)
Alter		
16-30 Jahre	3.09 (0.66)	346 (30%)
31-40 Jahre	3.00 (0.67)	271 (24%)
41-50 Jahre	3.12 (0.66)	209 (18%)
51-67 Jahre	3.14 (0.63)	316 (28%)
Berufsabschluss		
Dipl. Pflegefachperson	3.07 (0.66)	998 (89%)
Fachperson Gesundheit	3.12 (0.64)	127 (11%)
Berufserfahrung		
0-3 Jahre	3.12 (0.65)	242 (23%)
>3-7 Jahre	2.95 (0.71)	152 (14%)
>7-15 Jahre	3.08 (0.65)	256 (24%)
>15-20 Jahre	3.10 (0.64)	148 (14%)
>20 Jahre	3.11 (0.66)	266 (25%)
Anstellungspensum		
\leq 60%	3.01 (0.65)	190 (17%)
61-80%	3.08 (0.62)	312 (27%)
81-99%	3.12 (0.68)	189 (17%)
100%	3.12 (0.67)	449 (39%)
Haushaltszusammensetzung		
allein	3.09 (0.62)	235 (21%)
Mit anderem Erwachsenen	3.08 (0.67)	544 (48%)
Mit anderem E. und Kind/-ern	3.11 (0.67)	306 (27%)
Mit Kind/-ern	3.15 (0.62)	56 (5%)

Hinweise:

Skala von 1 (Stimme nicht zu) bis 4 (Stimme zu)

SD = Standardabweichung

Tabelle 8: Ergebnisse der Befragten bezüglich Führung

vorteilhaft für verschiedene Pflegeergebnisse erwiesen haben [18]. Eine Investition in die Führungsqualität könnte daher erheblich zur Verbesserung der Work-Life-Balance der Pflegenden beitragen.

Die Studie untersuchte zudem Zusammenhänge zwischen der Work-Life-Balance und weiteren strukturellen Faktoren des Arbeitsplatzes. Die Angemessenheit der Personal- und Ressourcenausstattung⁵¹ wurde mit einer durchschnittlichen Bewertung von 2,8

⁵¹ Die Angemessenheit der Personal- und Ressourcenausstattung wurde eher tief bewertet.

knapp unter «stimme eher zu» bewertet (Details siehe Tabelle 15 im Anhang). Eine ähnliche Untersuchung ergab für die spitalexterne Pflege und Betreuung (Spitex) in der Schweiz einen Wert von 2,4, also eine schlechtere Einschätzung der Angemessenheit der Personal- und Ressourcenausstattung im Vergleich mit den an Match^{RN} Psychiatrie teilnehmenden Kliniken [64].

Verbesserungspotential⁵² für Kliniken und Führungspersonen liegt darin, Überzeit transparent zu regeln, einen entsprechenden Ausgleich bzw. Kompensation zu schaffen, die Delegationsfähigkeit zu fördern sowie Überzeit nach Möglichkeit zu vermeiden.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine Interaktion zwischen der Personalausstattung (Patient-to-Nurse-Ratio) und Führung Relevanz für die Praxis haben⁵³. Kliniken sind in der Lage, Personalengpässe im Verhältnis zum Pflegebedarf durch gezielte Investitionen und Förderung von Führungsqualitäten auszugleichen oder umgekehrt. Beispielsweise können Kliniken vorteilhafte und leicht umzusetzende Führungspraktiken wie Pausen oder Teambesprechungen fördern, um Personalengpässe anzugehen.

Zusammenhänge individueller und betrieblicher Faktoren

Die Analysen zeigen einen Zusammenhang zwischen der Work-Life-Balance und dem Arbeitspensum, den beiden Faktoren des Arbeitsumfelds (Führung und Angemessenheit der Ressourcen) sowie der Überzeit⁵⁴. Das Arbeitspensum und die Überzeit stehen in einem negativen Zusammenhang mit der Work-Life-Balance, d.h. ein höheres Arbeitspensum und mehr Überzeit deuten auf eine geringere Work-Life-Balance hin. Bei den Faktoren des Arbeitsumfelds zeigte sich, dass eine höhere wahrgenommene Führungsqualität sowie eine höhere Personal- und Ressourcenausstattung mit einer besseren Work-Life-Balance verbunden waren. Hingegen standen Geschlecht, Alter, Berufsabschluss, Haushaltszusammensetzung und die Personalausstattung (Patient-to-Nurse-Ratio) nicht in signifikantem Zusammenhang mit der Work-Life-Balance. Detailliertere Ergebnisse der durchgeführten Analysen bezüglich der Zusammenhänge zwischen der Work-Life-Balance und Einflussfaktoren können dem Anhang 4.5 entnommen werden.

Der Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Angemessenheit der Personalressourcen und der Work-Life-Balance lässt sich unter anderem durch die Unterstützung der Vorgesetzten erklären. Aktuelle Untersuchungen zeigen [18], dass die Personalausstattung bei unterstützender oder authentischer Führung als besser oder höher wahrgenommen wird⁵⁵. Folglich führt eine als angemessen wahrgenommene Personalausstattung zu einer besseren Pflegequalität, zu weniger Stress und einer höheren Arbeitszufriedenheit auf Seiten der Pflegenden, was sich wiederum positiv auf die Work-Life-Balance auswirkt. Der negative Zusammenhang zwischen Beschäftigungsgrad und Überzeit mit der Work-Life-Balance könnte durch Konflikte zwischen Privat- und Berufsleben aufgrund be-

⁵² Verbesserungspotential: Überzeit transparent regeln, entsprechende Kompensationen schaffen und Delegationsfähigkeit fördern.

⁵³ Interaktion zwischen der Personalausstattung und Führung haben Relevanz für die Praxis.

⁵⁴ Signifikanter negativer Zusammenhang von Work-Life-Balance mit Arbeitspensum und Überzeit, positiver Zusammenhang mit Führung und wahrgenommener Angemessenheit der Personalressourcen.

⁵⁵ Angemessenheit der Personalausstattung wird bei unterstützender Führung als höher wahrgenommen.

grenzter Zeitressourcen für private Verpflichtungen erklärt werden. Pflegende mit einem höheren Beschäftigungsanteil sind häufiger Arbeitsbelastung⁵⁶ ausgesetzt.

Die Arbeit im Gesundheitswesen zeichnet sich durch hohe Belastungen aus [65]. Daher sind Pflegende mit einem höheren Beschäftigungsgrad erschöpfter und haben weniger Zeit sich zu regenerieren. Andererseits haben Pflegende mit einem höheren Beschäftigungsgrad weniger Zeit zur Verfügung, um sich um private Angelegenheiten zu kümmern⁵⁷. Teilzeitbeschäftigte hingegen erleben weniger Konflikte mit dem Privatleben und haben somit bessere Möglichkeiten, die konkurrierenden Rollenanforderungen von Arbeits- und Privatleben zu bewältigen, was zu einer höheren Work-Life-Balance führt. Diese Erklärung steht im Einklang mit den Ergebnissen einer anderen schweizerischen Studie [66], die deutlich zeigt, dass das Beschäftigungsniveau und regelmässige Überzeit mit einem höheren Mass an Work-Life-Konflikten verbunden sind [67]. Diese Ergebnisse stimmen auch mit den Erkenntnissen anderer Studien [68] überein, die festgestellt haben, dass unfreiwillige Überzeit einen starken negativen Einfluss auf die Work-Life-Balance hat. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung wäre die Reduzierung der Wochenarbeitszeit eine mögliche Strategie im Hinblick auf eine Verbesserung der Work-Life-Balance.

Bei einer guten bzw. hohen wahrgenommenen Führungsqualität konnte kein Zusammenhang zwischen der Personalausstattung (Patient-to-Nurse-Ratio) und der Work-Life-Balance beobachtet werden. Jedoch zeigt sich ein negativer Zusammenhang, wenn die Führungsqualität tief bzw. als schlecht wahrgenommen wird⁵⁸. Mit anderen Worten, je mehr Patient:innen Pflegende betreuen müssen, desto geringer ist die Work-Life-Balance, wenn die Führungsqualität als gering wahrgenommen wird. Umgekehrt lässt sich sagen, dass je besser die Führungsqualitäten wahrgenommen wurden, desto schwächer der Zusammenhang zwischen der Personalausstattung (Patient-to-Nurse-Ratio) und der Work-Life-Balance war⁵⁹. Eine Erklärung für dieses Ergebnis ist, dass Führungsqualitäten einen Puffereffekt auf eine schlechte Personalausstattung haben⁶⁰. Eine positiv wahrgenommene Führung könnte einen Mangel an Personalressourcen kompensieren, da Führungskräfte mit guten Fähigkeiten diese Ressourcen besser verwalten können oder das Personal trotz schlechter Ressourcen motivieren können. Im Gegensatz dazu führt ein Mangel an Personalressourcen bei geringer Führungskompetenz zu einer stärkeren Belastung des Pflegepersonals und damit zu einer geringeren Work-Life-Balance. Es lässt sich also feststellen, dass die in der Literatur beschriebene negative Auswirkung des Personalbestands nur im Falle einer gering wahrgenommenen Führungsqualität gegeben ist.

Zusammenfassend haben die Ergebnisse relevante theoretische und praktische Implikationen. Auf der theoretischen Ebene weisen sie auf die zentrale Bedeutung der Führungsqualität hin, um die Auswirkungen mangelnder organisatorischer Ausstattung auf die

⁵⁶ Pflegende mit einem höheren Beschäftigungsgrad sind häufiger Arbeitsbelastung ausgesetzt.

⁵⁷ Teilzeitbeschäftigte erleben weniger Konflikte mit dem Privatleben und haben somit bessere Möglichkeiten, die konkurrierenden Rollenanforderungen von Arbeit und Privatleben zu bewältigen.

⁵⁸ Negative Auswirkungen des Personalbestands zeigen sich vor allem bei geringer Führungsqualität.

⁵⁹ Je besser die Führungsqualität, desto schwächer der Zusammenhang zwischen Personalausstattung und der Work-Life-Balance.

⁶⁰ Führungsqualität puffert die negativen Auswirkungen einer schlechten Personalausstattung auf die Work-Life-Balance ab.

Work-Life-Balance abzumildern und zeigen somit das komplexe Zusammenspiel zwischen Führungsfähigkeiten und organisatorischen Ressourcen. Für die Praxis könnte dies bedeuten, dass Investitionen in die Ausbildung von Führungskräften⁶¹ die negativen Auswirkungen einer ungenügenden Personalausstattung auf die Work-Life-Balance abschwächen würden.

Detailliertere Informationen zum diesem Abschnitt können der englischen Originalpublikation von Zraychikova et al. entnommen werden [3].

⁶¹ Bedeutung für die Praxis: Investition in die Ausbildung von Führungskräften in der Pflege.

Teil 5: Unterlassene Pflegehandlungen

*Beatrice Gehri, Dietmar Ausserhofer, Franziska Zúñiga, Stefanie Bachnick,
René Schwendimann & Michael Simon*

deutsche Fassung: Michael Ketzer & Martina Hachen

Unterlassene Pflegehandlungen und Personalausstattung

Unterlassene Pflegehandlungen gelten als Bindeglied zwischen der Personalausstattung und Ergebnissen auf der Seite der Patient:innen und als Indikator, der eine unzureichende Pflegepersonalausstattung sichtbar macht [69; 70]. Wenn notwendige Pflegehandlungen nicht ausgeführt, also unterlassen werden, ist dies mit einer Reihe von unerwünschten Ergebnissen verbunden. Auf Seiten der Patient:innen steht unterlassene Pflege in Zusammenhang mit empfundener Unzufriedenheit mit der Versorgung, unerwünschten Ereignissen wie zentralvenösen Infektionen sowie einer erhöhten Sterblichkeit [71; 72; 70]. Für Pflegende sind unterlassene Pflegehandlungen unter anderem mit einer niedrigeren Arbeitszufriedenheit und erhöhter Kündigungsabsicht verbunden [72]. Ausserdem können sich bei Pflegenden wegen unterlassener Pflege Schuldgefühle⁶² einstellen, die die Entstehung eines Burnouts begünstigen können [73].

Die Personalausstattung der Pflegenden wird häufig durch Messgrößen wie Personalstunden pro Patient:innentag oder das Verhältnis von Patient:innen zu Pflegenden (Patient-to-Nurse-Ratio) dargestellt. Die Angemessenheit der Personalausstattung hängt jedoch von weiteren Patient:innen- und Pflegepersonal-bezogenen Faktoren ab, die den Rahmen pflegerischer Handlungsmöglichkeiten für eine bedarfsgerechte Versorgung bilden. Merkmale wie Komorbiditäten, grundsätzlicher Pflegebedarf, Krankheitsverlauf, sowie notwendige diagnostische und therapeutische Massnahmen der Patient:innen und Ein-/oder Austritte führen zu einer höheren Arbeitsbelastung der Pflegenden [22]. Zudem wird die Arbeitsbelastung der Pflegenden nicht nur durch die Anzahl der Patient:innen beeinflusst, sondern auch durch den Skill-Grade-Mix des Pflegeteams, d. h. ob beispielsweise eine diplomierte Pflegefachperson während einer Schicht zusätzliche Unterstützung durch eine Fachfrau Gesundheit (FaGe) oder einen Assistenten Gesundheit und Soziales (AGS) erhält oder nicht. Auch die Arbeitsschicht (Früh-, Spät- und Nachtschicht) beeinflusst das Verhältnis zwischen Patient:innen und Pflegenden, da die Zahl der Pflegenden in der Frühschicht am höchsten ist, gefolgt von der Spätschicht und am niedrigsten in der Nachtschicht [21].

⁶² Schuldgefühle der Pflegenden auf Grund von unterlassener Pflege können ein Burnout begünstigen.

Begriffserklärung

Unterlassene Pflegehandlungen sind ein internationales und multidimensionales Problem für Patient:innen, Angehörige der Gesundheitsberufe und für die Gesundheitssysteme als Ganzes. Sie können

beschrieben werden als «ein Problem der Zeitknappheit, das den Prozess der impliziten Rationierung durch die Festlegung klinischer Prioritäten durch das Pflegepersonal auslöst» [74].⁶³ Für unterlassene Pflegehandlungen werden verschiedene Begriffe verwendet, z. B. «versäumte Versorgung», «Rationierung der Pflege», «unvollendete Pflege» und «unterlassene Pflege» (engl.: «missed care», «rationing of care», «unfinished nursing care», «omitted care»), die sich auf das gleiche Phänomen beziehen [70]. Diese Begriffe haben in verschiedenen Ländern und Pflegesettings nuancierte Unterschiede und Bedeutungen, jedoch besteht das gemeinsame Element darin, dass die Pflegenden entscheiden müssen, ob und welche Pflegetätigkeiten unterlassen werden, wenn die notwendigen Ressourcen (Personal, Skill-Grade-Mix, Zeit) fehlen. Der Entscheidungsprozess, ob und welche Tätigkeiten nicht durchgeführt werden, wird von drei Faktoren beeinflusst. Diese werden in der Abbildung 18 dargestellt [69; 75; 76; 70].

⁶³ Unterlassene Pflegehandlungen sind das Ergebnis einer Priorisierung der Pflegenden als Reaktion auf Ressourcenmangel.

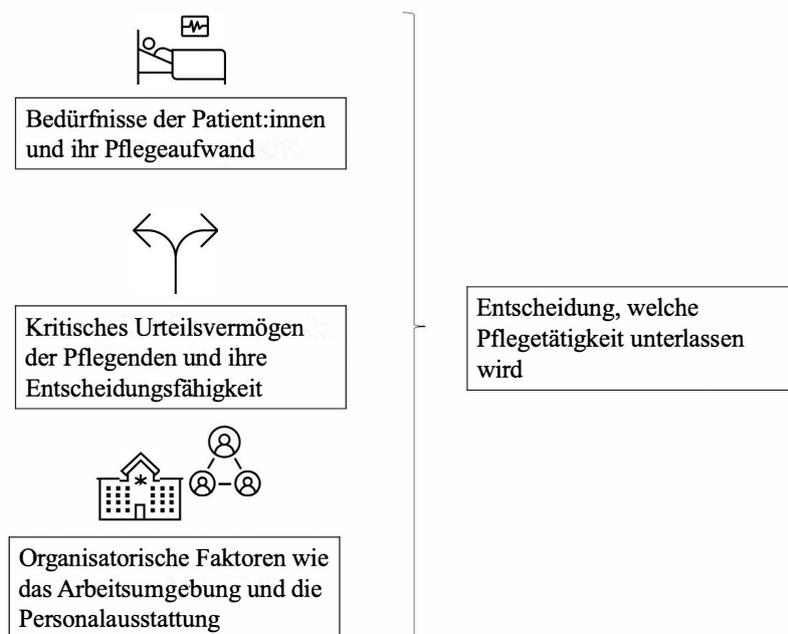


Abbildung 18: Faktoren, die die Entscheidung der Pflegenden beeinflussen, auf welche Tätigkeiten verzichtet wird

Unterlassene Pflegehandlungen in der Psychiatrie

Die pflegerische Versorgung in stationären psychiatrischen Einrichtungen umfasst spezifische Tätigkeiten, die in anderen Gesundheitseinrichtungen nicht zu den zentralen Pflegetätigkeiten gehören. Dazu gehört beispielsweise die Fähigkeit, Gefühle mitzuteilen oder selbstverletzendes Verhalten zu reduzieren [77]. Viele Aktivitäten der pflegerischen Versorgung in der Psychiatrie basieren beispielsweise auf Gesprächen mit den Patient:innen, zusammen mit Angehörigen oder mit mehreren Patient:innen, manchmal nur mit Pflegenden oder im interprofessionellen Behandlungsteam.

Der Schwerpunkt und der Inhalt dieser Gespräche richtet sich nach den Bedürfnissen der Patient:innen und variiert stark in Abhängigkeit von der krankheitsspezifischen Behandlung. Die Messung der unterlassenen Pflegehandlungen muss demnach die spezifischen pflegerischen Aktivitäten im psychiatrischen stationären Setting erfassen, und nicht nur die krankheitsspezifischen Interventionen. Da sich die Bedürfnisse der Patient:innen in verschiedenen Settings unterscheiden, müssen auch die Instrumente⁶⁴ zur Bewertung der unterlassenen Pflegehandlung an das jeweilige Setting angepasst werden.

⁶⁴ Die Messung von unterlassenen Pflegehandlungen in der Psychiatrie bedarf spezifischer Instrumente.

Unterlassene Pflegehandlungen der Match^{RN} Psychiatrie Pflegenden

Um das Phänomen der unterlassenen Pflegehandlungen in der stationären Psychiatrie in der Schweiz zu untersuchen, wurden zwei Instrumente eingesetzt. Einerseits wurden die Pflegefachpersonen gebeten, in einem Einzelitem den Anteil der notwendigen Pflege, den sie in der letzten Schicht weggelassen haben, auf einer Skala von 0% bis 100% einzuschätzen [78].⁶⁵ Daraus lässt sich ein durchschnittlicher Prozentwert für die unterlassene Pflege errechnen, der auf Grund der allgemeinen Formulierung auch mit anderen Ländern und Versorgungssettings vergleichbar ist. Andererseits wurde eine Liste mit 21 Pflegehandlungen vorgelegt, bei denen die Pflegefachpersonen einschätzen sollten, wie oft es vorkommt, dass jede dieser Handlungen auf ihrer Abteilung weggelassen wird. Diese Fragestellung mit den 21 Pflegehandlungen⁶⁶ wurde vom Match^{RN} Psychiatrie Forschungsteam für das Setting der Schweizer Psychiatrien entwickelt. Dafür wurden sowohl die Prüfungsordnung für die *Höhere Fachprüfung Fachexperte/-in in Psychiatriepflege* als auch wissenschaftliche Studien über die Schweizer Psychiatriepflege und etablierte Instrumente aus somatischen Settings herangezogen [79; 80; 81; 75; 82]. Die Antwortmöglichkeiten umfassten fünf Häufigkeitsangaben: *Nie, Selten, Manchmal, Oft* und *Immer*. Zusätzlich hatten die Pflegefachpersonen die Möglichkeit anzugeben, dass die Handlung nicht in ihren Aufgabenbereich fällt, oder dass diese Handlung nicht auf ihrer Abteilung vorkommt.

⁶⁵ Ein Einzelitem lieferte die Einschätzung des Prozentanteils der unterlassenen Pflege in der letzten Arbeitsschicht.

⁶⁶ Ein neues Instrument fragte die Unterlassung von 21 Psychiatriespezifischen Pflegetätigkeiten ab.

Merkmale der Pflegefachpersonen und deren Arbeitsumfeld

Für die Untersuchung von unterlassenen Pflegehandlungen in der Psychiatrie wurden die Angaben von insgesamt 994 Pflegefachpersonen analysiert. Eine tabellarische Darstellung mit deskriptiven Angaben zur Stichprobe können Tabelle 9 entnommen werden. Bei der Arbeitsumgebung schätzten die Pflegefachpersonen die Führung mit einem durchschnittlichen Wert von 3,07 (\pm SD 0,66; Skala von 1 bis 4) grundsätzlich positiv ein. Die Angemessenheit der Personalausstattung wurde mit einem Mittelwert von 2,76 (\pm SD 0,66) etwas niedriger eingeschätzt. 16,4% der Pflegefachpersonen gaben an, dass in ihrer letzten Schicht die Personalausstattung geringer als erwartet war.

Anteil unterlassener Pflege in der letzten Arbeitsschicht

Basierend auf dem Einzelitem gaben die Pflegefachpersonen an, im Durchschnitt 17,6% der notwendigen Pflege in der letzten Arbeitsschicht unterlassen zu haben (siehe auch Tabelle 9). Betrachtet man die Pflegefachpersonen nach Geschlecht, Alter, Berufserfahrung und Anstellungspensum sind Unterschiede⁶⁷ zu erkennen. Jüngere Pflegefachpersonen und solche mit wenig Berufserfahrung geben im Durchschnitt höhere Anteile der unterlassenen Pflege an. Beispielsweise gaben die Pflegefachpersonen im Alter von 16-30 Jahren an, in der letzten Schicht im Durchschnitt 20,7% der notwendigen Pflege unterlassen zu haben, die über 50-Jährigen hingegen nur 13,8%. Wichtig ist hierbei festzustellen, dass daraus nicht direkt gefolgert werden kann, dass die jüngeren Pflegefachpersonen mehr Pflege unterlassen als die älteren. Es ist auch denkbar, dass beide Altersgruppen das gleiche Ausmass an Pflege durchführen und unterlassen, die jüngeren Pflegenden aber mehr Pflege als notwendig erachten, was den prozentualen Anteil der unterlassenen Pflege erhöhen würde. Auch eine Kombination beider Erklärungen ist denkbar. Diese Überlegungen lassen sich auch auf die Unterschiede nach Geschlecht, Berufserfahrung und Anstellungspensum anwenden. Eine Übersichtsarbeit, die die Zusammenhänge zwischen unterlassener Pflege und Berufserfahrung und Anstellungspensum von Pflegenden untersuchte, konnte keine eindeutigen Zusammenhänge feststellen [83].

In einer australischen Studie, die den Anteil der weggelassenen Pflege in verschiedenen Pflegesettings untersuchte, betrug der durchschnittliche Gesamtanteil 30,8%. Auf medizinisch-chirurgischen Abteilungen lag er bei 31,5%, in der Altenpflege bei 34,3%, in der ambulanten Pflege bei 25,8% und in der psychiatrischen Versorgung bei 29,9% [78]. Im Vergleich⁶⁸ zu diesen Ergebnissen ist der in Match^{RN} Psychiatrie gemessene Durchschnittswert deutlich niedriger (17,6%).

⁶⁷ Auf Basis von individuellen Charakteristika der Pflegefachpersonen gibt es Unterschiede im Anteil der unterlassenen Pflege.

⁶⁸ Im Vergleich mit einer australischen Studie wurde ein deutlich geringerer Anteil der Pflege in der letzten Schicht unterlassen.

Häufigkeit von unterlassenen Pflegehandlungen

Die Anteile der Antworten auf die Frage nach der Häufigkeit des Unterlassens der 21 Pflegehandlungen sind in Abbildung 19 und detailliert in Tabelle 16 im Anhang dargestellt. In Abbildung 19 sind die Pflegehandlungen so geordnet, dass die Pflegehandlungen mit den höchsten Anteilen der Antwortmöglichkeiten *Immer* und *Oft* ganz oben stehen. Für diese Darstellung wurden für die Berechnung der prozentualen Anteile die fehlenden Antworten, sowie die Antworten *Massnahme gehört nicht zu meinem Aufgabenbereich* und *Massnahme kommt auf dieser Abteilung nicht vor* nicht berücksichtigt.

	Pflegefachpersonen n (%)	Prozentualer Anteil unterlassener Pflege Mittelwert (SD)
Total	994 (100)	17.6 (15.5)
Geschlecht		
männlich	309 (31.2)	19.1 (17.2)
weiblich	681 (68.8)	16.9 (14.6)
Alter		
16-30 Jahre	263 (26.9)	20.7 (15.3)
31-40 Jahre	239 (24.4)	18.2 (15.1)
41-50 Jahre	187 (19.1)	18.3 (16.2)
51-67 Jahre	290 (29.6)	13.8 (14.7)
Berufserfahrung		
0-3 Jahre	188 (20.4)	20.8 (15.9)
>3-7 Jahre	132 (14.3)	18.1 (13.6)
>7-15 Jahre	222 (24.1)	18.7 (15.4)
>15-20 Jahre	127 (13.8)	16.4 (14.9)
>20 Jahre	252 (27.4)	14.4 (16.0)
Anstellungspensum		
≤ 60%	159 (16.4)	16.4 (15.4)
61-80%	271 (27.9)	16.1 (14.6)
81-99%	167 (17.2)	16.6 (14.8)
100%	375 (38.6)	19.8 (16.2)

Hinweise:

SD = Standardabweichung

Tabelle 9: Charakteristika Pflegefachpersonen und Anteil unterlassener Pflege in der letzten Arbeitsschicht

Häufigste unterlassene Pflegehandlungen

Die sechs Pflegehandlungen, bei denen am häufigsten angegeben wurde, dass sie *Immer* oder *Oft* auf der Abteilung unterlassen werden, sind die *Evaluation des Pflegeprozesses* (Anteil der Antworten *Immer* und *Oft*: 30,5%), das *Erstellen von Pflegediagnosen* (27,4%), die *Festlegung von Pflegezielen und Pflegeplan* (22,7%), die *Reflexion der Pflegepraxis auf der Station* (21,6%), die *Durchführung eines symptomfokussierten Assessments* (21,3%) und die *Weiterentwicklung der Versorgung auf der Abteilung* (20,1%). Unter den sechs am häufigsten unterlassenen Pflegehandlungen können fünf den indirekten bzw. den nicht-Patient:innen-bezogenen Pflegetätigkeiten zugeordnet werden.⁶⁹ Offensichtlich scheinen die Pflegefachpersonen bei Ressourcenknappheit als erstes eher solche Tätigkeiten zu unterlassen, die nicht direkt mit der Pflege der Patient:innen zu tun haben.

Eine australische Studie zeigte ebenfalls einen hohen Anteil an

⁶⁹ Indirekte Pflegehandlungen werden am häufigsten unterlassen.

unterlassener Pflegehandlungen im Bereich der Pflegeplanung (15,7%) [84]. Obwohl diese Studie auch in der Psychiatrie durchgeführt wurde, unterschieden sich die in der Erhebung verwendeten Aktivitäten deutlich. Dies liegt daran, dass beide Instrumente an die lokalen Gegebenheiten und den Tätigkeitsbereich der Pflegenden im jeweiligen Land angepasst wurden. Wie in der Literatur bekannt, ist der Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit anderen Studien erschwert, da mehrere Instrumente verwendet werden, die sich hinsichtlich der Aktivitäten und des Settings unterscheiden [69]. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass indirekte Pflegeleistungen wie die Pflegeplanung auch im psychiatrischen stationären Setting häufig unterlassen werden, ebenso wie in somatischen und Langzeitpflegesettings [85; 86; 87].

Selten unterlassene Pflegehandlungen

Die Tätigkeiten, die am wenigsten unterlassen werden sind das *geplante Einzelgespräch mit Patienten und Angehörigen/externen Stellen* (Anteil der Antworten *Immer* und *Oft*: 5,5%), das *geplante Gruppengespräch mit Patienten und weiteren Berufsgruppen* (6,5%), das *geplante Gruppengespräch mit Patienten* (7,5%), das *situative Gespräch mit mehreren Patienten* (8,8%) und die *Überwachung* (9,8%). Von den am wenigsten unterlassenen Pflegeleistungen können die meisten als Gespräche mit mehreren Teilnehmenden charakterisiert werden (mehrere Patient:innen und/oder Angehörige, externe Stellen und weitere Berufsgruppen).⁷⁰ Dies legt nahe, dass Pflegenden solchen Gesprächen auch bei Zeitdruck eine hohe Priorität einräumen. Auffällig ist, dass im Gegensatz dazu Einzelgespräche eher unterlassen werden, wie zum Beispiel das *geplante Einzelgespräch mit Patienten* (19,8%) und *situative Gespräche mit einem Patienten* (11,9%). Möglicherweise nutzen Pflegefachpersonen bei Ressourcenknappheit eher Gruppengespräche, um ihre knappe Zeit effizient zu nutzen. Zudem lässt sich feststellen, dass *situativen Gesprächen mit einem Patienten*, die zum Beispiel eine Krisenintervention darstellen können, eine höhere Priorität eingeräumt wird als *geplanten Einzelgesprächen*.

⁷⁰ Gespräche mit mehreren Teilnehmenden gehören zu den am wenigsten unterlassenen Pflegeleistungen.

Wie oft kommt es vor, dass folgende Massnahmen nicht durchgeführt werden konnten?

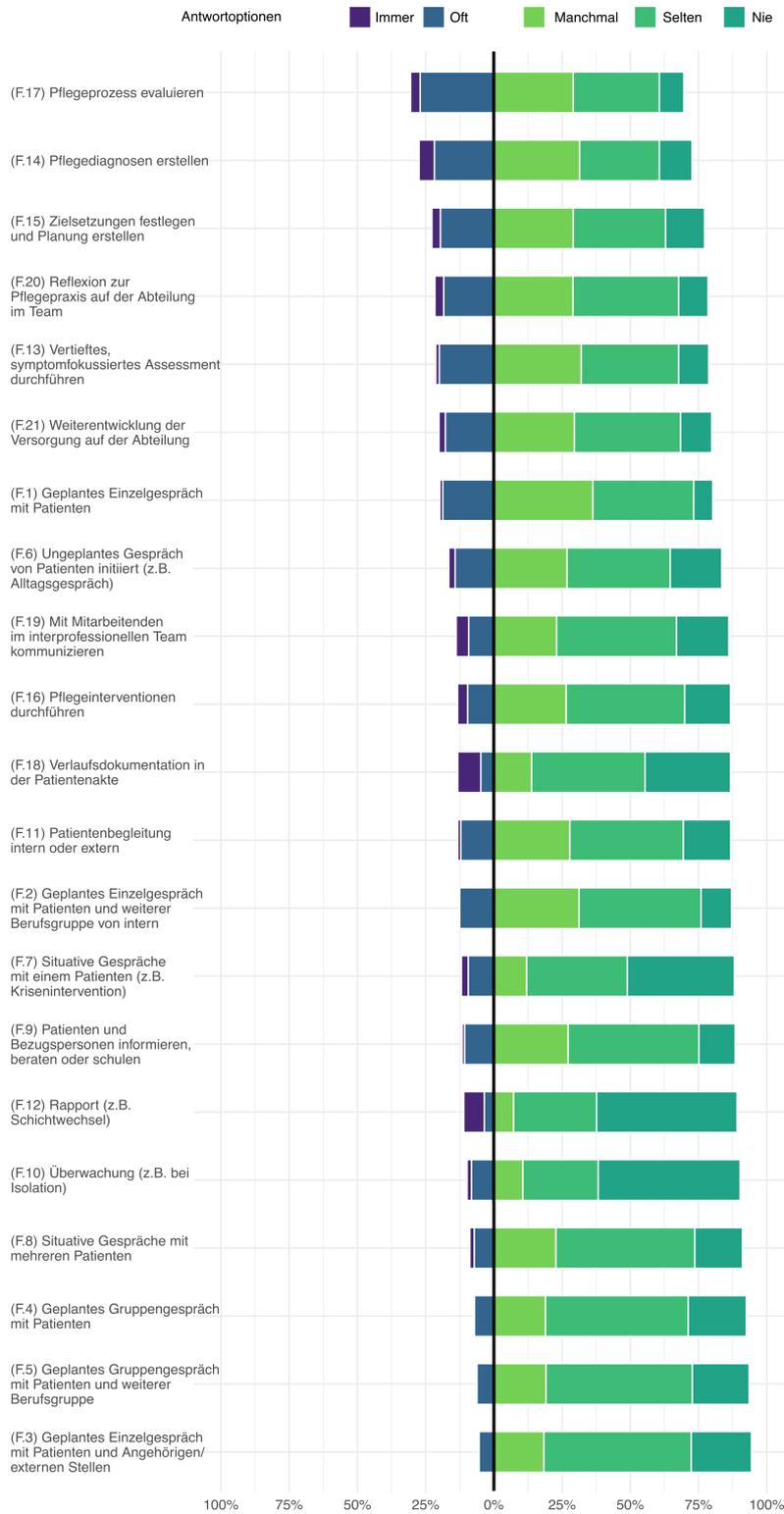


Abbildung 19: Häufigkeit unterlassener Pflegehandlungen

Dokumentation und Rapport

Die Antwortmöglichkeit *Nie* impliziert, dass diese Handlung auch bei Zeit- und Ressourcenknappheit niemals unterlassen wird. Die Pflegetätigkeiten mit dem höchsten Anteil der Antwort *Nie* sind die *Überwachung* (z.B. bei Isolation) (Anteil Antwort *Nie*: 52%), der *Rapport* (51,5%), das *situative Gespräch mit einem Patienten* (39,2%) und die *Verlaufsdokumentation in der Patientenakte* (31,3%). Interessanterweise sind mit dem *Rapport* und der *Verlaufsdokumentation in der Patientenakte* zwei Tätigkeiten aus der indirekten Pflege unter den Handlungen, die am häufigsten niemals unterlassen werden.⁷¹ In durchgeführten Erhebungen für andere Pflegesettings, wie der Somatik, der ambulanten und der Langzeitpflege, wurde der *Rapport* als unterlassene Pflegehandlung nicht untersucht [85; 88; 75; 87]. Die Priorisierung der *Verlaufsdokumentation in der Patientenakte* steht im Widerspruch zu Ergebnissen einer Übersichtsstudie, wo diese als eine eher häufig unterlassene Aktivität beschrieben wird [69]. In Schweizer Psychiatrien ist die Dokumentation nicht nur aus klinischer, sondern auch aus rechtlicher Sicht von grosser Bedeutung. Detaillierte Verlaufseinträge in der Patientenakte spiegeln den klinischen Verlauf der Symptome wider und sind ausschlaggebend für die Entscheidungsfindung über die weitere Behandlung oder das Einleiten von Zwangsmassnahmen [89]. Die Vermutung liegt nahe, dass sich die Pflegenden in der Psychiatrie der Bedeutung der Dokumentation stärker bewusst sind als in anderen Bereichen.

⁷¹ Der *Rapport* und die *Verlaufsdokumentation* gehören zu den Tätigkeiten, die am häufigsten *nie* unterlassen werden.

Praxisentwicklung

Die beiden Pflegehandlungen zur Praxisentwicklung auf der Station (*Reflexion zur Pflegepraxis auf der Abteilung im Team* und *Weiterentwicklung der Versorgung der Abteilung*) gehören zu den am häufigsten nicht durchgeführten Aktivitäten. Für beide Tätigkeiten wurden die Antwortmöglichkeiten *gehört nicht zu meinem Aufgabenbereich* und *kommt auf dieser Abteilung nicht vor* im Vergleich mit anderen Handlungen eher unterdurchschnittlich oft angegeben (siehe Abbildung 25). Das bedeutet, dass Pflegefachpersonen Tätigkeiten, die zur Weiterentwicklung der Abteilung⁷² beitragen, durchaus als ihre Aufgaben ansehen, diese aber häufiger weglassen, obwohl sie mit diesen Handlungen die Pflegequalität auf ihren Abteilungen verbessern könnten [90].

⁷² Pflegefachpersonen sehen die Weiterentwicklung der Abteilung als ihre Aufgabe, unterlassen sie jedoch häufiger.

Zusammenhang mit der erwarteten Personalausstattung

Die erwartete Personalausstattung einer Schicht wurde mit Hilfe eines Regressionsmodells berechnet, in das Angaben der Pflegenden über die Anzahl Patient:innen, für die sie in ihrer letzten Arbeitsschicht zuständig waren, berücksichtigt worden sind. Ausserdem wurden Charakteristika der Schicht (Früh-, Spät- und Nachtschicht), der Skill-Grade-Mix, und Patient:innenmerkmale (z.B.: Anzahl Patient:innen in der letzten Schicht, die aggressives

Verhalten zeigten) einbezogen.

Arbeitsschichten, deren Personalausstattung niedriger als erwartet⁷³ war, zeigten einen signifikanten positiven Zusammenhang mit dem Unterlassen von Pflegehandlungen (Est: 0,12, 95%-CI: 0,01-0,24). Das bedeutet, dass in Schichten mit einer niedrigeren Personalausstattung der Pflegenden mehr Pflegehandlungen unterlassen wurden.

⁷³ Hat eine Schicht weniger Personal als erwartet, geht dies mit mehr unterlassener Pflege einher.

Zusammenhänge mit Arbeitsumgebungsfaktoren

Die von den Pflegenden eingeschätzte Angemessenheit der Personal- und Ressourcenausstattung⁷⁴ stand in einem negativen Zusammenhang mit dem Unterlassen von Pflegehandlungen (Est: -0,32, 95%-CI: -0,40 - -0,24). Das sagt aus, dass weniger Pflegehandlungen unterlassen wurden, wenn die Pflegenden die Personal- und Ressourcenausstattung als ausreichend wahrgenommen haben. Auch die von den Pflegenden eingeschätzte Qualität der Führung steht in einem negativen Zusammenhang mit unterlassenen Pflegehandlungen (Est: -0,08, 95%-CI: 0,16- -0,00). Das bedeutet, dass weniger Pflegehandlungen unterlassen wurden, wenn die Pflegenden eine höhere wahrgenommene Führungsqualität⁷⁵ angaben.

⁷⁴ Eine von den Pflegenden als angemessen eingeschätzte Personal- und Ressourcenausstattung ist mit weniger unterlassener Pflege verbunden.

⁷⁵ Eine als höher eingeschätzte Führungsqualität geht mit weniger unterlassener Pflege einher.

Zusammenhänge mit weiteren Charakteristika

Pflegefachpersonen mit weniger als drei Jahren Berufserfahrung zeigten einen positiven Zusammenhang mit unterlassenen Pflegehandlungen (Est: 0,22, 95%-CI: 0,08-0,35). Für Pflegenden mit mehr Berufserfahrung konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden. Auch das Arbeitspensum war nicht signifikant mit unterlassenen Pflegehandlungen verbunden (Tabelle 3).

Fazit zu unterlassenen Pflegehandlungen

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Pfllegetätigkeiten, die der indirekten Pflege zugeordnet werden können, am häufigsten unterlassen wurden. In grosser Übereinstimmung mit Erkenntnissen aus anderen Ländern und Settings priorisieren Pflegefachpersonen auf psychiatrischen Abteilungen in der Schweiz Tätigkeiten der direkten Pflege, die für die Patient:innen auf den ersten Blick am wichtigsten und drängendsten erscheinen. Jedoch führt dies dazu, dass Tätigkeiten unterlassen werden, die die Pflegequalität⁷⁶ auf der Abteilung insgesamt verbessern könnten, wie zum Beispiel die Reflexion zur Pflegepraxis auf der Abteilung im Team. Es ist wünschenswert, dass neben dem Vorrang der direkten Versorgung den Pflegenden Möglichkeiten eingeräumt werden, um die Aufgaben zur Weiterentwicklung der Pflege auf der Abteilung wahrnehmen zu können, beispielsweise durch regelmässige Teammeetings.

⁷⁶ Tätigkeiten, die auf die Verbesserung der Pflegequalität einer Abteilung gerichtet sind, werden häufiger unterlassen.

Zu den Faktoren, die das Unterlassen von Pfllegetätigkeiten beeinflussen, gehören insbesondere die Personalausstattung und die wahrgenommene Qualität der Führung. Die Verbindung zwischen

der Personalausstattung und den unterlassenen Pfllegetätigkeiten ist zwar erwartbar, aber bestätigt auch, dass das neu entwickelte Instrument grundsätzlich im erwartbaren Rahmen funktioniert. Führungspersonen fällt eine wichtige Rolle dabei zu, den Pfllegenden zu ermöglichen, alle notwendigen Pflleghandlungen auszuführen. Über ihren Einfluss auf die Arbeitsumgebung⁷⁷ der Pfllegenden können sie die Bedingungen für die Reduzierung der Häufigkeit von unterlassener Pfllege positiv gestalten.

Pfllegende treffen Entscheidungen darüber, welche Tätigkeiten sie bei Zeit- und Ressourcenknappheit priorisieren und welche sie unterlassen. Die Häufigkeit von unterlassenen Pflleghandlungen wird jedoch auch von Faktoren ausserhalb ihres individuellen Einflusses bestimmt, da sie auf Abteilungs- oder Klinikebene gesteuert werden (z.B. Personalausstattung). Abteilungen und Kliniken sollten sich mit diesem Problem übergeordnet auseinandersetzen und beispielsweise einen Konsens⁷⁸ darüber entwickeln, welche Tätigkeiten bei Arbeitsspitzen als erstes unterlassen werden sollen. Dadurch könnte das Empfinden von Schuldgefühlen von Pfllegenden beim Unterlassen von Pfllegetätigkeiten gemindert werden, was dazu beitragen kann, das Entstehen von morlischem Distress und Burnout vorzubeugen [73].

Detailliertere Informationen zu diesem Abschnitt können der englischen Originalpublikation von Gehri et al. entnommen werden [4].

⁷⁷ Führungspersonen können Einfluss auf die Arbeitsumgebung und somit auf das Unterlassen von Pflleghandlungen ausüben.

⁷⁸ Kliniken sollen durch einen Konsens über Prioritäten Schuldgefühle von Pfllegenden vorbeugen.

Teil 6: Aggression und Gewalt gegenüber Pflegenden

Nanja Schlup, Beatrice Gehri & Michael Simon

deutsche Fassung: Martina Hachen, Stefanie Bachnick & René Schwendimann

Zusammenfassung

Patient:innengewalt ist ein häufiges Phänomen in der stationären Psychiatrie der Deutschschweiz und hat erhebliche Auswirkungen auf die Qualität des Arbeitsumfelds der Pflegenden.

73% der Pflegenden geben an, mindestens einmal im Monat Patient:innengewalt zu erleben, wobei verbale Gewalt am häufigsten erlebt wird. Dabei haben Pflegende mit weniger als drei Jahren Berufserfahrung das grösste Risiko Patient:innengewalt zu erleben. Wiederum haben Pflegende mit weniger als 60% Arbeitspensum ein deutlich reduziertes Risiko.

Rund 30% haben bereits einen schweren Angriff (körperlich und/oder sexuell) in ihrer Berufskarriere erlebt, der zu schweren Verletzungen führte und ärztlich behandelt werden musste, respektive die Behandlung im Spital notwendig machte. 5% der Pflegenden mit weniger als drei Jahren Berufserfahrung haben bereits einen solchen schweren Angriff erlebt. Je länger die Berufskarriere dauert, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit einen schweren Angriff zu erleben. Dieses Risiko einen schweren Angriff zu erleben, sinkt mit geringerem Arbeitspensum. Einen schweren Angriff in der Berufskarriere erlebt zu haben, erhöht das Risiko, erneut von Patient:innengewalt betroffen zu sein.

Das Erleben von körperlichen Formen der Patient:innengewalt ist für ungefähr die Hälfte der Pflegefachperson sehr stark belastend. Diese Belastung ist für weibliche Pflegende grösser, nimmt mit steigender Berufserfahrung zu und ist geringer, wenn Pflegende in tieferem Pensum arbeiten. Ein Zusammenhang zwischen Belastung durch Patient:innengewalt und dem Risiko Patient:innengewalt zu erleben, konnte nicht gefunden zu werden.

Obwohl Patient:innengewalt im Pflegealltag häufig vorkommt, wird sie kaum als «Teil des Jobs» in der psychiatrischen Pflege wahrgenommen. Je höher die Zustimmung der Pflegenden ist, dass Patient:innengewalt zur Arbeit in der psychiatrischen Pflege dazugehört, desto grösser ist das Risiko, von Patient:innengewalt betroffen zu sein.

Über 90% der Pflegenden haben einen Basis- oder Grundkurs/ eine Weiterbildung zu Aggressionsmanagement und/ oder Deeskalationstechniken sowie einen entsprechenden Refresher/ Wiederho-

lungskurs besucht. Im Umgang mit Patient:innengewalt und in der Anwendung spezifischer Deeskalationsmethoden fühlt sich das Pflegepersonal mehrheitlich sicher bis sehr sicher. Fachfrauen/-männer Gesundheit (FaGe) sowie jüngere und berufsunerfahrene Pflegende geben eher Unsicherheiten an, sie sind aber auch jene Pflegende, die seltener die genannten Weiterbildungsangebote besuchen. Das Tragen von Notsignalsendern/Alarmuhren ist in der stationären Psychiatrie stark etabliert, denn nur 10.6% der Pflegenden tragen nie ein entsprechendes Gerät. Es konnte weder für den Besuch von Weiterbildungsangeboten noch für den Einsatz von Alarmsystemen ein Zusammenhang gefunden werden, dass mit diesen Aggressionsmanagementsystemen das Risiko für Patient:innengewalt gegenüber Pflegenden beeinflusst werden könnte.

In den Psychiatrien der Deutschschweiz haben sich Präventionsstrategien wie Aus- und Weiterbildungsprogramme zu Aggression und Gewalt oder mobile Alarmsysteme gut etabliert. Diese können das Sicherheitsgefühl und auch die Einstellung, inwiefern Patient:innengewalt «zum Job» dazu gehört, beeinflussen. Um das Risiko der Pflegenden für Patient:innengewalt aber massgeblich beeinflussen zu können, benötigt es weiterführende Massnahmen. Im spezifischen müssen junge, unerfahrene Pflegende, Pflegende mit schweren Angriffen in der Berufskarriere und jene, die Patient:innengewalt «als zum Job» in der psychiatrischen Pflege dazugehörend ansehen, geschützt werden.

Dass weder für Leadership noch das Team- und Sicherheitsklima auf Station einen Zusammenhang mit dem Risiko für Patient:innengewalt gegenüber Pflegenden nachgewiesen werden konnte, lenkt die Aufmerksamkeit auf mögliche andere Abteilungsmerkmale, wie z.B. das Verhältnis von Patient:innen-zu-Pflegefachpersonen (Patient-to-Nurse-Ratio), die Auslastung der Bettenbelegung und die Anzahl und Dauer von freiheitsbeschränkenden Massnahmen (inkl. Türstatus). Darüber hinaus würde ein nationales Meldesystem von Gewaltereignissen im Gesundheitswesen eine Vergleichsmöglichkeit bieten (Benchmark) und die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsinstitutionen ermöglichen - wozu eine nationale Strategie zur Prävention von Gewalt in Gesundheitseinrichtungen notwendig wäre.

Aggression und Gewalt in der Pflege

Aggression und Gewalt von Patient:innen gegenüber Pflegenden ist ein häufiges und schwerwiegendes Problem in der Psychiatrie, insbesondere in der stationären psychiatrischen Versorgung [91; 92; 93]. Patient:innengewalt hat sowohl für die Pflegenden als auch für die Patient:innen und Gesundheitseinrichtungen negative Konsequenzen [94; 95]. Neben offensichtlichen körperlichen Verletzungen⁷⁹ kann das Erleben von Patient:innengewalt bei den Pflegenden zu Gefühlen wie Stress, Angst und Wut oder gar zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung führen [96; 97; 98; 99]. Als Konsequenz sinkt die Arbeitszufriedenheit und Krankheitsabsenzen sowie die Personalfuktuation⁸⁰ steigen [100; 94; 101; 102]. Des Weiteren kann Patient:innengewalt auch die Beziehung zwischen Patient:innen und Pflegenden negativ beeinflussen [103].

Eine sichere Arbeitsumgebung ist Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung, doch trotz unterschiedlichster Bemühungen trägt Patient:innengewalt weiterhin dazu bei, dass die psychiatrische Pflege ein herausforderndes Berufsfeld ist [104; 105; 106]. Patient:innengewalt in der Gesundheitsversorgung gegenüber Pflegenden resultiert aus einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Die Entstehung von Patient:innengewalt wird u.a. durch Merkmale der Patient:innen, der Pflegenden, der Abteilung und der Organisation beeinflusst [107; 108].

Die Begriffe Aggression und Gewalt werden in der Literatur häufig diskutiert, wobei sich die verwendeten Definitionen unterscheiden aber nicht vollständig abgrenzen lassen. Gewalt wird als schwerwiegendere Ausprägungsform von Aggression verstanden [109; 110]. Unter Aggression und Gewalt werden hier jegliche Formen von verbalem, nonverbalem oder physischem Verhalten, welche als bedrohlich wahrgenommen wurden oder Schaden verursachten, verstanden [111]. Patient:innengewalt⁸¹ wird als «der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, welche entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt» verstanden [112; 113]. Patient:innengewalt kann verbale sowie physische Formen annehmen und beide können sexuell konnotiert sein [114; 115; 106; 116; 117].

Häufigkeit von Patient:innengewalt gegenüber Pflegenden

Eine Mehrheit des befragten Pflegepersonals gab an, mindestens einmal pro Monat verbale Gewalt durch Patient:innen erfahren zu haben (72.2%)⁸². Weitere 62.9% gaben an, sich durch Gewalt gegenüber Gegenständen, respektive 38.1% durch verbale sexuelle

⁷⁹ Erleben von Patient:innengewalt kann bei Pflegenden zu Gefühlen wie Stress, Angst und Wut oder zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung führen.

⁸⁰ Im Vergleich haben Pflegende, die Gewalterfahrungen machen, eine niedrigere Arbeitszufriedenheit, höhere Krankheitsabsenzen und höhere Personalfuktuation.

⁸¹ Patient:innengewalt kann verbale sowie physische Formen annehmen und beide Formen können sexuell konnotiert sein.

⁸² 73% der Pflegenden sind mindestens einmal pro Monat verbaler Gewalt ausgesetzt.

Gewalt bedroht gefühlt zu haben. 27.8% erlebte physische und 13.5% physisch sexuelle Gewalt im vergangenen Monat.

Tabelle 10 stellt die Häufigkeit des Gewalterlebens nach Berufsgruppe dar. Weitere Ausführungen der soziodemografischen Merkmale und Gewalterleben der Pflegenden sind in Anhang 6.3 zu finden.

	Total	FaGe	Pflegende HF	Pflegende Bachelor	Pflegende Master
n	1,201	127	909	85	18
Verbale Gewalt n (%)					
≥ 1 <i>pro Monat</i>	840 (72.7)	105 (84.0)	645 (71.2)	59 (69.4)	13 (76.5)
Nie	316 (27.3)	20 (16.0)	261 (28.8)	26 (30.6)	4 (23.5)
Verbale sexuelle Gewalt n (%)					
≥ 1 <i>pro Monat</i>	440 (38.1)	58 (47.2)	333 (36.7)	38 (44.7)	5 (29.4)
Nie	716 (61.9)	65 (52.8)	575 (63.3)	47 (55.3)	12 (70.6)
Gewalt gegenüber Gegenständen n (%)					
≥ 1 <i>pro Monat</i>	731 (63.5)	77 (61.1)	569 (63.2)	59 (69.4)	11 (64.7)
Nie	421 (36.5)	49 (38.9)	332 (36.8)	26 (30.6)	6 (35.3)
Physisch sexuelle Gewalt n (%)					
≥ 1 <i>pro Monat</i>	158 (13.7)	24 (19.0)	110 (12.2)	17 (20.0)	3 (17.6)
Nie	998 (86.3)	102 (81.0)	795 (87.8)	68 (80.0)	14 (82.4)
Physische Gewalt n (%)					
≥ 1 <i>pro Monat</i>	324 (28.1)	41 (32.8)	239 (26.5)	32 (37.6)	5 (29.4)
Nie	829 (71.9)	84 (67.2)	664 (73.5)	53 (62.4)	12 (70.6)

Tabelle 10: Gewalterleben im letzten Monat nach Berufsgruppe des Pflegepersonals

Schwere Angriffe in der Berufskarriere

Die befragten Pflegenden sind im Laufe ihrer Berufskarriere mit Angriffen durch eine Patient:in konfrontiert worden. Insgesamt gaben 280 der befragten Pflegenden an, in ihrer beruflichen Karriere einen körperlichen Übergriff durch eine:n Patient:in erlebt zu haben, welcher zu schweren Verletzungen führte und ärztlich behandelt werden mussten, respektive die Einweisung in ein Spital notwendig⁸³ machte. Weitere 61 Pflegende erlebten einen schweren sexuellen Übergriff, also einen Versuch ohne ihre Zustimmung Geschlechtsverkehr, oralen oder gewalttätigen Sex zu haben. Für die beiden schweren Formen von Gewalt sind das rund 30% der befragten Pflegenden, welche bereits einen schweren Angriff in ihrer Berufskarriere erlebt haben.

⁸⁴ Sieben von 18 Pflegenden mit Master geben an, einen schweren Angriff erlebt zu haben (38.8%). Bei den dipl. Pflegefachpersonen mit Bachelor sind 41.2% und unter den dipl. Pflegefachpersonen HF 28.8% betroffen. In der Berufsgruppe der Fachangestellten Gesundheit (FaGe) geben 24.4% an, einen schweren Übergriff in ihrer Berufskarriere erlebt zu haben. Je länger die Berufskarriere dauert, desto höher die Wahrscheinlichkeit, einen schweren Angriff zu erleben, wobei bereits 20.3% der Pflegenden mit drei oder weniger Jahren Berufserfahrung einen schweren Übergriff erlebt haben⁸⁵.

Von den Pflegenden, welche mit einem Arbeitspensum von 100% angestellt sind, gaben 35.5% an, einen schweren Übergriff in ihrer Karriere erlebt zu haben. Bei den 60-99% Angestellten sind es 30.4% und bei jenen, die weniger als 60% arbeiten 23.9%. Männliche Pflegende sind mit 45.9% deutlich häufiger von schweren Gewaltformen durch Patient:innen konfrontiert als ihre weiblichen Kolleginnen (22.8%). Weitere Ausführungen zu soziodemografischen Merkmalen des befragten Pflegepersonals in Bezug auf schwere Angriffe in der Berufskarriere sind Tabelle 11 sowie dem Anhang 6.4 zu entnehmen.

⁸³ 5% der Pflegenden erlebten in ihrer Berufskarriere einen schweren Versuch ohne ihre Zustimmung Geschlechtsverkehr, oralen oder gewalttätigen Sex zu haben (Vergewaltigung).

⁸⁴ Je länger die Berufskarriere dauert, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, einen schweren Angriff erlebt zu haben.

⁸⁵ Jede:r fünfte Pflegende mit weniger als drei Jahren Berufserfahrung hat schon schwere Gewalt erlebt.

	Total	Physischer Übergriff	Sexueller Übergriff
n	1,201	280	61
Berufsbildung n (%)			
FaGe	127 (11.2)	22 (8.0)	9 (15.3)
Pflegende HF	909 (79.8)	222 (80.4)	40 (67.8)
Pflegende Bachelor	85 (7.5)	27 (9.8)	8 (13.6)
Pflegende Master	18 (1.6)	5 (1.8)	2 (3.4)
Alter n (%)			
16-24 Jahre	109 (9.6)	16 (5.8)	6 (10.0)
25-34 Jahre	366 (32.2)	72 (25.9)	22 (36.7)
35-44 Jahre	212 (18.6)	66 (23.7)	8 (13.3)
45-54 Jahre	228 (20.1)	63 (22.7)	17 (28.3)
55-67 Jahre	222 (19.5)	61 (21.9)	7 (11.7)
Berufserfahrung n (%)			
0 - 3 Jahre	197 (18.6)	30 (11.3)	10 (17.5)
>3 - 7 Jahre	184 (17.4)	42 (15.8)	11 (19.3)
>7 - 15 Jahre	253 (23.9)	58 (21.9)	13 (22.8)
>15 - 20 Jahre	151 (14.3)	53 (20.0)	9 (15.8)
>20 Jahre	273 (25.8)	82 (30.9)	14 (24.6)
Arbeitspensum n (%)			
10-60%	188 (16.6)	36 (13.1)	9 (15.8)
61-99%	484 (42.7)	101 (36.9)	22 (38.6)
100%	462 (40.7)	137 (50.0)	26 (45.6)
Geschlecht n (%)			
Männlich	342 (29.7)	135 (48.2)	22 (36.1)
Weiblich	809 (70.3)	145 (51.8)	39 (63.9)

Tabelle 11: Soziodemografische Merkmale der Pflegenden, die schweren Angriff in Berufskarriere erlebt haben

Umgang des Pflegepersonals mit Patient:innengewalt

Der Umgang des Pflegepersonals mit Aggression und Gewalt durch Patient:innen wurde in drei Themenbereiche gegliedert: Sicherheit im Umgang mit Patient:innengewalt, Belastung durch das Erleben von Gewalt und die Zustimmung, inwiefern Gewalt durch Patient:innen zur Arbeit in der psychiatrischen Pflege dazu gehört. Die jeweiligen Variablen wurden mittels Skalen von 0 (tiefster Wert) bis 10 (höchster Wert) erfasst. Im Anhang 6.3 sind ergänzende tabellarische Ausführungen zum Umgang des Pflegepersonals mit Patient:innengewalt in Bezug auf soziodemografische Merkmale zu finden.

Sicherheitsgefühl im Umgang mit Patient:innengewalt

Im Durchschnitt fühlte sich das Pflegepersonal⁸⁶ eher sicher 6.26 (± 2.18) im Umgang mit Patient:innengewalt. Dabei ist die Sicherheit im Umgang mit verbalen Gewaltformen grösser als bei physischen Formen von Gewalt. Jüngere und berufsunerfahrene Pflegende gaben generell ein tieferes Sicherheitsgefühl im Umgang mit Patient:innengewalt an, als ihre älteren, berufserfahrenen Kolleg:innen (5.53 vs. 6.98 (SMD 0.360); 5.96 vs. 6.64 (SMD 0.180)). Ebenfalls sind Pflegende mit tieferem Arbeitspensum unsicherer im Umgang mit Patient:innengewalt als jene mit 100% Pensum (5.91 vs. 6.43 (SMD 0.161)). Männliche Pflegende fühlen sich sicherer im Umgang mit Patient:innengewalt als ihre weiblichen Berufskolleg:innen (7.11 vs. 5.9 (SMD 0.584)). SMD beschreibt die standardisierte Mittelwertdifferenz, d.h. wie gross der Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen ist.

Das Sicherheitsgefühl der Pflegenden in der Anwendung spezifischer Deeskalationsmethoden ist mit durchschnittlichen 7.32 (± 1.59) ebenfalls auf der «sicheren» Seite. FaGe⁸⁷ fühlten sich im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen am unsichersten in der Anwendung spezifischer Deeskalationsmethoden (SMD 0.416). Auch hier fühlen sich jüngere und berufsunerfahrene Pflegende unsicherer als ihre älteren, berufserfahrenen Kolleg:innen (6.62 vs. 7.76 /SMD 0.321); 7.00 vs. 7.63 (SMD 0.191)). Ebenso fühlen sich männliche Pflegende sicherer in der Anwendung spezifischer Deeskalationsmethoden als ihre weiblichen Berufskolleg:innen (7.75 vs. 7.13 (SMD 0.401)).

⁸⁶ Auf einer Skala von 0-10 fühlt sich das Pflegepersonal mit 6.26 (± 2.18) eher sicher im Umgang mit Patient:innengewalt.

⁸⁷ FaGe fühlten sich im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen am unsichersten in der Anwendung spezifischer Deeskalationsmethoden.

Die Abbildung 20 stellt das Sicherheitsgefühl der Pflegenden im Umgang mit Patient:innengewalt und in der Anwendung spezifischer Deeskalationsmethoden grafisch dar. Im Umgang mit sexueller verbaler Gewalt fühlten sich die Pflegenden am sichersten. Hingegen im Umgang mit physischer Gewalt am unsichersten.

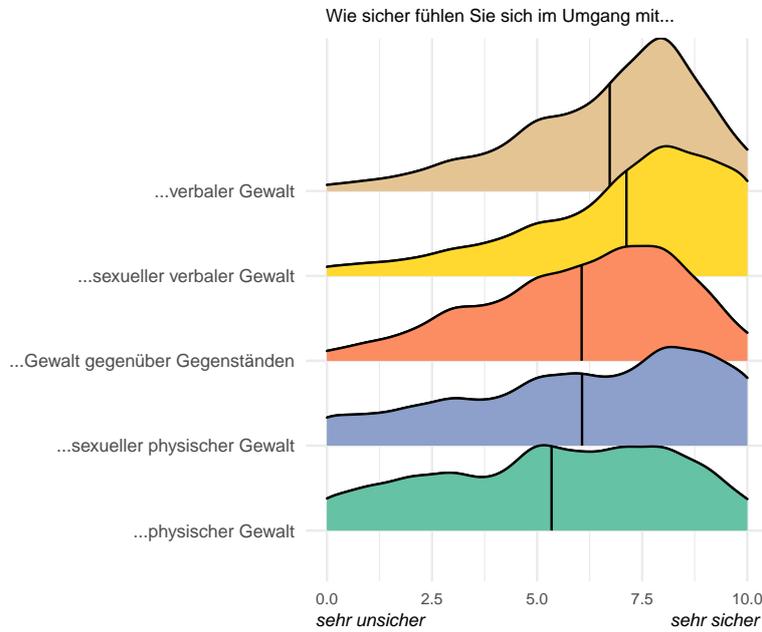


Abbildung 20: Sicherheitsgefühl der Pflegenden im Umgang mit den fünf erfassten Formen von Patient:innengewalt

Die Belastung der Pflegenden im Umgang mit Patient:innengewalt wird in der Abbildung 21 grafisch dargestellt.

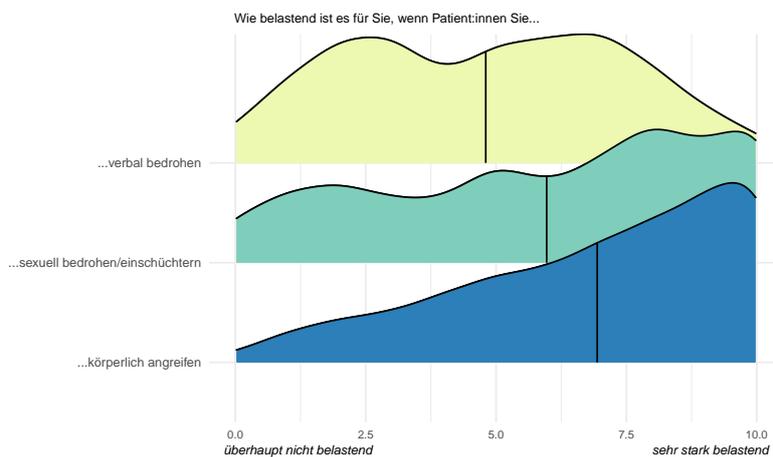


Abbildung 21: Belastung der Pflegenden im Umgang mit Patient:innengewalt

Auffallend scheint, dass sich Pflegende am unsichersten im Umgang mit physischer Gewalt fühlen und diese zugleich auch als am belastendsten erleben.

Abbildung 22 visualisiert die Einstellung der Pflegenden gegenüber Patient:innengewalt. Pflegende haben am meisten die Einstellung, dass verbale Bedrohung zu ihrer Arbeit dazugehört. Die Einstellung, dass sexuelle Bedrohung/Einschüchterung zu ihrer Arbeit gehört ist am wenigsten bei den Pflegenden vorhanden.

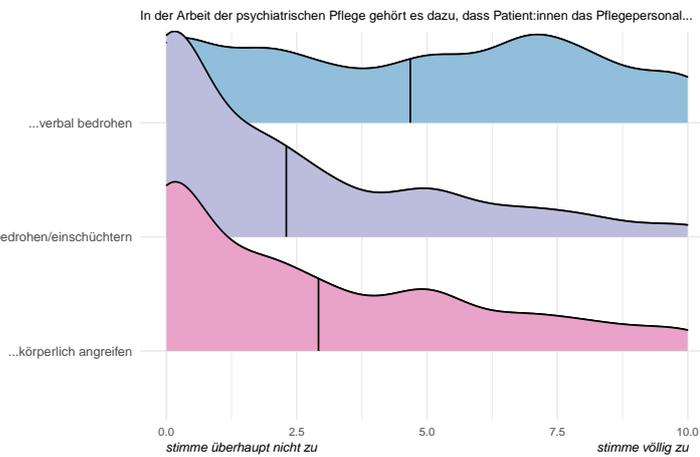


Abbildung 22: Einstellung der Pflegenden gegenüber Patient:innengewalt

Wie sicher sich die Pflegenden im Deeskalationsmanagement fühlen zeigt die Abbildung 23. Am sichersten äussern sich die Pflegenden darin, Warnzeichen von Aggression zu erkennen. Wobei die Pflegenden sich in der Deeskalation von Aggression/Gewalt weniger sicher fühlen.

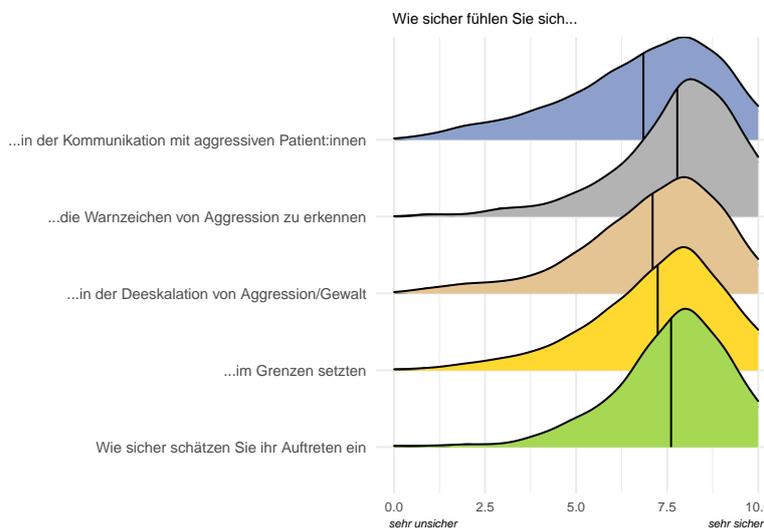


Abbildung 23: Deeskalationsmanagement der Pflegenden im Umgang mit Patient:innengewalt

Belastung des Pflegepersonals durch Patient:innengewalt

Die Belastung des Pflegepersonals liegt im Durchschnitt mit $5.89(\pm 2.45)$ im Mittelfeld. Am wenigsten belastend ist verbale Gewalt. Für mehr als die Hälfte der Pflegenden ist ein körperlicher Angriff

sehr stark belastend und auch sexuelle Belästigungen belasten im Schnitt jede zweite Pflegeperson sehr stark. Pflegende mit Master gaben im Durchschnitt die höchsten Belastungswerte durch Patient:innengewalt und FaGe die tiefsten an (6.49 vs. 5.0 (SMD 0.353)). Mit steigender Berufserfahrung nimmt die Belastung durch Patient:innengewalt zu (SMD 0.168). Mit höherem Arbeitspensum sinkt die Belastung durch Patient:innengewalt (SMD 0.158). Für weibliche Pflegende⁸⁸ ist das Erleben von Gewalt durch Patient:innen belastender als für ihre männlichen Berufskollegen (6.14 vs. 5.34 (SMD 0.320)).

⁸⁸ Weibliche Pflegende erleben Gewalt durch Patient:innen belastender als männlichen Berufskollegen.

Zustimmung zur Patient:innengewalt als Teil des Jobs

Die durchschnittliche Zustimmung der Pflegenden zur Aussage, dass Patient:innengewalt zum Arbeitsalltag in der psychiatrischen Pflege dazugehört liegt bei tiefen 3.30(±2.66). Verbale Gewalt scheint als häufigste vorkommende Form von Patient:innengewalt auch am häufigsten als zum Job dazugehörend wahrgenommen zu werden. Die Zustimmung, dass Patient:innengewalt zur Arbeit in der psychiatrischen Pflege dazugehört, ist über alle soziodemografischen Merkmale niedrig.

Aggressionsmanagementsysteme

Im Durchschnitt haben 95.3% der befragten Pflegenden einen Basis- oder Grundkurs/eine Weiterbildung zu Aggressionsmanagement und/oder Deeskalationstechniken besucht⁸⁹. Nur FaGe und 16-24-jährige Pflegende besuchen diese Kurse seltener (ca. 75% aus der jeweiligen Gruppe).

⁸⁹ 95.3% der befragten Pflegenden haben einen Basis- oder Grundkurs/eine Weiterbildung zu Aggressionsmanagement und/oder Deeskalationstechniken besucht.

Rund 91.2% der Pflegenden besuchten im Schnitt einen Refresher/Wiederholungskurs zu Aggressionsmanagement und/oder Deeskalationstechniken. Auch hier haben FaGe und 16-24-jährige Pflegende den grössten Anteil jener, die keinen solchen Kurs absolvierten (29-30%).

Knapp 45% der Pflegenden tragen während ihrer pflegerischen Tätigkeit immer einen mobilen Notsignalsender/eine Alarmuhr, 45.0% manchmal und nur 10.6% tragen nie ein entsprechendes Gerät. Bei den FaGe gibt es, gefolgt von der Gruppe von 16-24-jährigen Pflegenden, den grössten Anteil derjenigen Personen, die «nie» einen Notsignalsystem tragen (15-16%). Umgekehrt sind es aber auch die 16-34-jährigen Pflegenden und jene mit 0-3 Jahren Berufserfahrung, die am häufigsten «immer» einen Notsignalsender/eine Alarmuhr tragen. In Tabelle 12 sind die erwähnten Managementsysteme nach soziodemografischen Merkmalen der Pflegenden ausführlich dargestellt.

	Total	Basiskurs	Refresher	Alarmuhr
n	1,201	1,062	998	998
Berufsbildung n (%)				
FaGe	127 (11.2)	95 (9.1)	89 (9.1)	89 (9.1)
Pflegende HF	909 (79.8)	854 (81.7)	800 (81.5)	800 (81.5)
Pflegende Bachelor	85 (7.5)	80 (7.7)	77 (7.8)	77 (7.8)
Pflegende Master	18 (1.6)	16 (1.5)	16 (1.6)	16 (1.6)
Alter n (%)				
16-24 Jahre	109 (9.6)	83 (8.0)	77 (7.8)	77 (7.8)
25-34 Jahre	366 (32.2)	345 (33.0)	327 (33.3)	327 (33.3)
35-44 Jahre	212 (18.6)	201 (19.3)	194 (19.8)	194 (19.8)
45-54 Jahre	228 (20.1)	208 (19.9)	185 (18.9)	185 (18.9)
55-67 Jahre	222 (19.5)	207 (19.8)	198 (20.2)	198 (20.2)
Berufserfahrung n (%)				
0 - 3 Jahre	197 (18.6)	177 (18.0)	161 (17.4)	161 (17.4)
>3 - 7 Jahre	184 (17.4)	170 (17.3)	162 (17.5)	162 (17.5)
>7 - 15 Jahre	253 (23.9)	239 (24.3)	227 (24.5)	227 (24.5)
>15 - 20 Jahre	151 (14.3)	143 (14.5)	136 (14.7)	136 (14.7)
>20 Jahre	273 (25.8)	254 (25.8)	239 (25.8)	239 (25.8)
Arbeitspensum n (%)				
10-60%	188 (16.6)	167 (16.1)	160 (16.4)	160 (16.4)
61-99%	484 (42.7)	458 (44.1)	428 (43.8)	428 (43.8)
100%	462 (40.7)	414 (39.8)	389 (39.8)	389 (39.8)
Geschlecht n (%)				
Männlich	342 (29.7)	327 (30.9)	311 (31.3)	311 (31.3)
Weiblich	809 (70.3)	730 (69.1)	683 (68.7)	683 (68.7)

Tabelle 12: Soziodemografische Merkmale der Pflegenden, die Managementsysteme nutzen

Umgang des Pflegepersonals mit Gewalt und Managementsystemen

Pflegende die einen Basis- oder Grundkurs/eine Weiterbildung und/oder einen Refresher/Wiederholungskurs zu Aggressionsmanagement und/oder Deeskalationstechniken besucht haben, schätzen ihre Sicherheit⁹⁰ in der Anwendung spezifischer Deeskalationsmethoden höher ein, als jene ohne Besuch eines entsprechenden Kurses (7.38 vs. 6.43 (SMD 0.562); 7.39 vs. 6.66 (SMD 0.451)).

Pflegende mit einem entsprechenden Basiskurs sind dafür stärker durch Patient:innengewalt belastet, als jene die keinen Basis- oder Grundkurs/eine Weiterbildung zu Aggressionsmanagement und/oder Deeskalationstechniken besucht haben (5.91 vs. 5.01 (SMD 0.370)). Pflegende mit einem Refresherkursbesuch sehen Pa-

⁹⁰ Pflegende die einen Kurs und/oder einen Wiederholungskurs zu Aggressionsmanagement und/oder Deeskalationstechniken besucht haben, schätzen ihre Sicherheit in dessen Anwendung höher ein als jene ohne Besuch eines entsprechenden Kurses.

tient:innengewalt weniger stark als zur Arbeit in der psychiatrischen Pflege dazugehörend, als jene Pflegenden ohne Refresher (3.23 vs. 3.86 (SMD 0.229)).

Das Tragen der Alarmuhr steht im Zusammenhang mit der Zustimmung, inwiefern Patient:innengewalt zum Job dazu gehört. Pflegende die «immer» einen Notsignalsender/eine Alarmuhr tragen, sehen Patient:innengewalt eher als zur Arbeit dazugehörend als jene, die sie «selten» tragen (3.54 vs. 3.03 (SMD 0.127)). Weitere Ausführungen sind im Anhang 6.5 zu entnehmen.

Zusammenhang zwischen Gewalterleben und Merkmalen der Pflegenden

Soziodemografische Daten (Geschlecht, Ausbildung, Arbeitspensum, Berufserfahrung), ein schweres Gewaltereignis in der Vergangenheit und die Einstellung gegenüber Patient:innengewalt stehen im Zusammenhang mit dem Risiko der Pflegenden, Patient:innengewalt in der stationären psychiatrischen Versorgung zu erleben. Pflegende, die bereits in der Vergangenheit von einem schweren Gewaltereignis durch Patient:innen betroffen waren, haben ein stark erhöhtes Risiko, erneut von Patient:innengewalt betroffen zu sein. Dabei erhöht sich das Risiko besonders für physische und sexuelle Formen von Gewalt.

Die Berufserfahrung in der Pflege ist das soziodemografische Merkmal, welches am stärksten mit dem Risiko, von Patient:innengewalt in der stationären Psychiatrie betroffen zu sein, assoziiert ist. Dabei haben Pflegende mit weniger als 3 Jahren Berufserfahrung⁹¹ das höchste und umgekehrt, diejenigen mit mehr als 20 Jahren Berufserfahrung das tiefste Risiko, von Patient:innengewalt betroffen zu sein. Des Weiteren haben Pflegende, die weniger als 60% arbeiten ein geringeres Risiko Patient:innengewalt zu erleben als jene, die 100% arbeiten.

⁹¹ Pflegende mit weniger als 3 Jahren Berufserfahrung haben das höchste Risiko von Patient:innengewalt betroffen zu sein.

Schliesslich steht die Einstellung der Pflegenden, dass Patient:innengewalt zum Job in der psychiatrischen Pflgetätigkeit gehört, im Zusammenhang mit dem Risiko, von Patient:innengewalt betroffen zu sein. Je höher die Zustimmung der Pflegenden zur Aussage, dass Patient:innengewalt zum Job gehört, desto höher ist das Risiko, von Patient:innengewalt betroffen zu sein. Ausführliche Ergebnisse der Zusammenhangsanalyse sind der Studie von Schlup et al. zu entnehmen [2].

Für keine der untersuchten Merkmale der Arbeitsumgebung (Leadership, Team- und Sicherheitsklima) wurden Zusammenhänge mit dem Risiko für Patient:innengewalt gefunden. Das Alter wie auch die Berufserfahrung in der psychiatrischen Pflege zeigten ähnliche Muster wie die Variable der Berufserfahrung in der Pflege generell. In Bezug auf die Einstellung gegenüber Patient:innengewalt konnten zwischen der «Belastung» und dem «Sicherheitsgefühl» keine Zusammenhänge mit dem Risiko des Erlebens von Patient:innengewalt gefunden werden.

Detailliertere Informationen zu diesem Abschnitt können der englischen Originalpublikation von Schlup et al. entnommen werden [2].

Literatur

- [1] B. Gehri, S. Bachnick, R. Schwendimann, and M. Simon, "Matching registered nurse services with changing care demands in psychiatric hospitals: Protocol for a multicenter observational study (MatchRN Psychiatry Study)," *JMIR Research Protocols*, vol. 10, no. 8, e26700.
- [2] N. Schlup, B. Gehri, and M. Simon, "Prevalence and severity of verbal, physical, and sexual inpatient violence against nurses in Swiss psychiatric hospitals and associated nurse-related characteristics: Cross-sectional multicentre study," *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 30, no. 6, pp. 1550–1563.
- [3] E. Zraychikova, B. Gehri, F. Zúñiga, S. Bachnick, and M. Simon, "The interaction between leadership, the patient-to-nurse ratio and nurses' work-life balance in the psychiatric inpatient setting in Switzerland: A secondary data analysis of cross-sectional data," *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, vol. 50, no. 2, pp. 317–326.
- [4] B. Gehri, D. Ausserhofer, F. Zúñiga, S. Bachnick, R. Schwendimann, and M. Simon, "Nursing care left undone in psychiatric hospitals and its association with nurse staffing: A cross-sectional multicentre study in Switzerland," *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2023, pp. 1365-2850.
- [5] B. Gehri, S. Bachnick, R. Schwendimann, and M. Simon, "Work-schedule management in psychiatric hospitals and its associations with nurses' emotional exhaustion and intention to leave: A cross-sectional multicenter study," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 146, p. 104583.
- [6] L. Oliveira, B. Gehri, and M. Simon, "The deployment of temporary nurses and its association with permanently-employed nurses' outcomes in psychiatric hospitals: A secondary analysis," *PeerJ*, vol. 11, e15300.
- [7] B. Gehri, M. Hachen, S. Bachnick, R. Schwendimann, and M. Simon, "MatchRN Psychiatrie: Die Arbeitsumgebung von Pflegenden in der Psychiatrie in der Deutschschweiz - Erster Teilbericht," Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, 2022.
- [8] N. Schlup, B. Gehri, M. Hachen, S. Bachnick, R. Schwendimann, and M. Simon, "MatchRN Psychiatrie: Aggression und Gewalt von Patient:innen gegenüber Pflegenden in der Psychiatrie der Deutschschweiz - Zweiter Teilbericht," Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, 2022.
- [9] E. Zraychikova, M. Hachen, B. Gehri, M. Ketzer, S. Bachnick, R. Schwendimann, and M. Simon, "MatchRN Psychiatrie: Work-Life-Balance von Pflegenden in der Psychiatrie der Deutschschweiz - Dritter Teilbericht," Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, 2023.
- [10] B. Gehri, M. Ketzer, D. Ausserhofer, F. Zúñiga, S. Bachnick, M. Hachen, R. Schwendimann, and M. Simon, "MatchRN Psychiatrie: Unterlassene Pflegehandlungen in der Psychiatrie der Deutschschweiz - Vierter Teilbericht," Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, 2023.
- [11] S. R. Dhaini, K. Denhaerynck, S. Bachnick, R. Schwendimann, M. Schubert, S. De Geest, M. Simon, and MatchRN study group, "Work schedule flexibility is associated with emotional exhaustion among registered nurses in Swiss hospitals: A cross-sectional study," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 82, pp. 99–105.
- [12] E. T. Lake, "Development of the practice environment scale of the nursing work index," *Research in Nursing & Health*, vol. 25, no. 3, pp. 176–188.
- [13] F. Zúñiga, L. Favez, S. Baumann, D. Ausserhofer, C. Mabire, C. Serdaly, M. Simon, C. Blatter, M. Damas, A. Kindlimann, A. Oeri, L. Oliveira, A. Renner, J. Ribaut, and S. Baumgartner-Violand, "SHURP 2018 – Schlussbericht. Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der

- Deutschschweiz und Romandie," Universität Basel, 2021, <https://shurp.unibas.ch/shurp-2018-publikationen/>.
- [14] C. Merçay, A. Grünig, and P. Dolder, "Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung," , Obsan Bericht 03/2021, Neuchâtel, 2021.
- [15] "Krankenhausstatistik: Standardtabellen 2018," Bundesamt für Statistik, 2019.
- [16] R. Redknap, D. Twigg, and A. Towell, "What interventions can improve the mental health nursing practice environment?," *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 25, no. 1, pp. 42–50.
- [17] N. P. Hanrahan, A. Kumar, and L. H. Aiken, "Adverse events associated with organizational factors of general hospital inpatient psychiatric care environments," *Psychiatric Services*, vol. 61, no. 6, pp. 569–574.
- [18] G. G. Cummings, K. Tate, S. Lee, C. A. Wong, T. Paananen, S. P. M. Micaroni, and G. E. Chatterjee, "Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 85, pp. 19–60.
- [19] P. Van Bogaert, S. Clarke, R. Willems, and M. Mondelaers, "Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: A structural equation model approach.," *Journal of Advanced Nursing*, vol. 69, no. 7, pp. 1515–1524.
- [20] N. Moyo, M. Jones, D. Kushemererwa, S. Pantha, S. Gilbert, L. Romero, and R. Gray, "The association between the mental health nurse-to-registered nurse ratio and patient outcomes in psychiatric inpatient wards: A systematic review," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, no. 18, p. 6890.
- [21] S. N. Musy, O. Endrich, A. B. Leichtle, P. Griffiths, C. T. Nakas, and M. Simon, "Longitudinal study of the variation in patient turnover and patient-to-nurse ratio: Descriptive analysis of a Swiss university hospital," *Journal of Medical Internet Research*, vol. 22, no. 4, e15554.
- [22] S. N. Musy, O. Endrich, A. B. Leichtle, P. Griffiths, C. T. Nakas, and M. Simon, "The association between nurse staffing and inpatient mortality: A shift-level retrospective longitudinal study," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 120, p. 103950.
- [23] E. Jafar Jalal, F. Hajibabaei, M. Farahaninia, S. Joolaei, and F. Hosseini, "Relationship between job satisfaction, absence from work and turnover among nurses," *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, vol. 1, no. 1, pp. 12–18.
- [24] U. Pekruhl and C. Vogel, "Zusammenhänge zwischen ausgewählten Arbeitsbedingungen und Zufriedenheit, Engagement und Erschöpfung von Arbeitnehmenden in der Schweiz - Auswertung des European Working Conditions Survey 2015," , Staatssekretariat für Wirtschaft Direktion für Arbeit | Arbeitsbedingungen, 2018.
- [25] K. A. Peter, F. Renggli, X. Schmid, T. Lazarevic, R. Bürgin, S. Kunz, C. Voirol, and S. Hahn, "Arbeitsbedingter Stress bei Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz," Berner Fachhochschule, 2021.
- [26] A. P. Montgomery, A. Azuero, and P. A. Patrician, "Psychometric properties of Copenhagen Burnout Inventory among nurses," *Research in Nursing & Health*, vol. 44, no. 2, pp. 308–318.
- [27] K. O'Connor, D. Muller Neff, and S. Pitman, "Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants.," *European Psychiatry*, vol. 53, pp. 74–99.

- [28] R. Jørgensen, A.-E. Christensen, S. G. Pristed, I. Jepsen, and G. K. Telléus, "Burnout in mental health care professionals working with inpatients in open or closed wards in psychiatric hospitals.," *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 42, no. 11, pp. 1030–1037.
- [29] M. Halter, O. Boiko, F. Pelone, C. Beighton, R. Harris, J. Gale, S. Gourlay, and V. Drennan, "The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: A systematic review of systematic reviews.," *BMC Health Services Research*, vol. 17, no. 1, p. 824.
- [30] F. Jiang, H. Zhou, J. Rakofsky, L. Hu, T. Liu, S. Wu, H. Liu, Y. Liu, and Y. Tang, "Intention to leave and associated factors among psychiatric nurses in China: A nationwide cross-sectional study," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 94, pp. 159–165.
- [31] J. C. Williams, J. L. Berdahl, and J. A. Vandello, "Beyond work-life "Integration",," *Annual Review of Psychology*, vol. 67, pp. 515–539.
- [32] A. Stimpfel, M. Arabadjian, E. Liang, A. Sheikhzadeh, S. Weiner, and V. Dickson, "Organization of work factors associated with work ability among aging nurses," *Western Journal of Nursing Research*, vol. 42, no. 6, pp. 397–404.
- [33] L. Steege and J. Rainbow, "Fatigue in hospital nurses — 'Supernurse' culture is a barrier to addressing problems: A qualitative interview study," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 67, pp. 20–28.
- [34] A. Min and H. Hong, "Work schedule characteristics associated with sleep disturbance among healthcare professionals in Europe and South Korea: A report from two cross-sectional surveys," *BMC Nursing*, vol. 21, no. 1.
- [35] H. Cho, K. Han, E. Ryu, and E. Choi, "Work schedule characteristics, missed nursing care, and organizational commitment among hospital nurses in Korea," *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 53, no. 1, pp. 106–114.
- [36] T. Kristensen, H. Hannerz, A. Høgh, and V. Borg, "The Copenhagen Psychosocial Questionnaire - A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment," *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 31, no. 6, pp. 438–449.
- [37] M. Watanabe and K. Yamauchi, "The effect of quality of overtime work on nurses' mental health and work engagement," *Journal of Nursing Management*, vol. 26, no. 6, pp. 679–688.
- [38] C. Dall'Ora, J. Ball, A. Recio-Saucedo, and P. Griffiths, "Characteristics of shift work and their impact on employee performance and wellbeing: A literature review," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 57, pp. 12–27.
- [39] P. Griffiths, C. Dall'Ora, M. Simon, J. Ball, R. Lindqvist, A.-M. Rafferty, L. Schoonhoven, C. Tishelman, L. Aiken, W. Sermeus, K. Van Den Heede, L. Bruyneel, E. Lesaffre, L. Diya, H. Smith, D. Sloane, S. Jones, J. Kinnunen, A. Ensio, V. Jylhä, R. Busse, B. Zander, M. Blümel, J. Mantas, D. Zikos, M. Diomidous, A. Scott, A. Matthews, A. Staines, I. Holter, I. Sjetne, T. Brzostek, M. Kózka, P. Brzyski, T. Moreno-Casbas, C. Fuentelsaz-Gallego, E. Gonzalez-María, T. Gomez-Garcia, L. Alenius, S. De Geest, M. Schubert, R. Schwendimann, M. Heinen, and T. Van Achterberg, "Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: The association with perceived quality of care and patient safety," *Medical Care*, vol. 52, no. 11, pp. 975–981.
- [40] S. Liebermann, A. Müller, M. Weigl, and J. Wegge, "Antecedents of the expectation of remaining in nursing until retirement age," *Journal of Advanced Nursing*, vol. 71, no. 7, pp. 1624–1638.

- [41] C. Leineweber, H. Chungkham, R. Lindqvist, H. Westerlund, S. Runesdotter, L. Smeds Alenius, C. Tishelman, and RN4CAST consortium, "Nurses' practice environment and satisfaction with schedule flexibility is related to intention to leave due to dissatisfaction: A multi-country, multilevel study," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 58, pp. 47–58.
- [42] O.-Z. Ejebu, C. Dall'Ora, and P. Griffiths, "Nurses' experiences and preferences around shift patterns: A scoping review," *PLoS ONE*, vol. 16.
- [43] L. Vieten, A. M. Wöhrmann, and A. Michel, "Work-time control and exhaustion: Internal work-to-home interference and internal home-to-work interference as mediators," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, no. 6, p. 3487.
- [44] H. Wynendaale, P. Gemmel, E. Pattyn, D. Myny, and J. Trybou, "Systematic review: What is the impact of self-scheduling on the patient, nurse and organization?," *Journal of Advanced Nursing*, vol. 77, no. 1, pp. 47–82.
- [45] L. H. Aiken, Y. Xue, S. P. Clarke, and D. M. Sloane, "Supplemental nurse staffing in hospitals and quality of care," *JONA: The Journal of Nursing Administration*, vol. 37, no. 7/8, p. 335.
- [46] K. Hurst and A. Smith, "Temporary nursing staff – cost and quality issues," *Journal of Advanced Nursing*, vol. 67, no. 2, pp. 287–296.
- [47] S.-H. Bae, C. S. Brewer, M. Kelly, and A. Spencer, "Use of temporary nursing staff and nosocomial infections in intensive care units," *Journal of Clinical Nursing*, vol. 24, no. 7-8, pp. 980–990.
- [48] Y. Xue, A. R. Chappel, D. A. Freund, L. H. Aiken, and K. Noyes, "Cost outcomes of supplemental nurse staffing in a large medical center," *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 30, no. 2, p. 130, April/June 2015.
- [49] S.-H. Bae, B. Mark, and B. Fried, "Use of temporary nurses and nurse and patient safety outcomes in acute care hospital units," *Health Care Management Review*, vol. 35, no. 4, p. 333.
- [50] S. Shin, J.-H. Park, and S.-H. Bae, "Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis," *Nursing Outlook*, vol. 66, no. 3, pp. 273–282.
- [51] I. M. López-López, J. L. Gómez-Urquiza, G. R. Cañadas, E. I. De la Fuente, L. Albendín-García, and G. A. Cañadas-De la Fuente, "Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: A systematic review and meta-analysis," *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 28, no. 5, pp. 1035–1044.
- [52] L. Sasso, A. Bagnasco, G. Catania, M. Zanini, G. Aleo, R. Watson, and t. R. W. Group, "Push and pull factors of nurses' intention to leave," *Journal of Nursing Management*, vol. 27, no. 5, pp. 946–954.
- [53] A. Berg Jansson and A. Engström, "Working together: Critical care nurses experiences of temporary staffing within Swedish health care: A qualitative study," *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 41, pp. 3–10.
- [54] M. J. Sirgy and D.-J. Lee, "Work-life balance: An integrative review," *Applied research in quality of life*, vol. 13, no. 1, pp. 1–26.
- [55] M. R. Frone, "Work-family balance," 2003. American Psychological Association.
- [56] J. B. Sexton, S. P. Schwartz, W. A. Chadwick, K. J. Rehder, J. Bae, J. Bokovoy, K. Doram, W. Sotile, K. C. Adair, and J. Profit, "The associations between work-life balance behaviours, teamwork

- climate and safety climate: Cross-sectional survey introducing the work-life climate scale, psychometric properties, benchmarking data and future directions.," *BMJ Quality & Safety*, vol. 26, no. 8, pp. 632–640.
- [57] O. Hämmig, "Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals - a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland.," *BMC Health Services Research*, vol. 18, no. 1, p. 785.
- [58] T. D. Allen, D. E. Herst, C. S. Bruck, and M. Sutton, "Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research.," *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 5, no. 2, pp. 278–308.
- [59] R. Schwendimann, M. Widmer, S. De Geest, and D. Ausserhofer, "Das Pflegefachpersonal in Schweizer Spitälern im europäischen Vergleich." *Obsan Bulletin 3/2014*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- [60] S. P. Schwartz, K. C. Adair, J. Bae, K. J. Rehder, T. D. Shanafelt, J. Profit, and J. B. Sexton, "Work-life balance behaviours cluster in work settings and relate to burnout and safety culture: A cross-sectional survey analysis.," *BMJ Quality & Safety*, vol. 28, no. 2, pp. 142–150.
- [61] L. Gribben and C. J. Semple, "Prevalence and predictors of burnout and work-life balance within the haematology cancer nursing workforce," *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, vol. 52, p. 101973.
- [62] S. Dex and S. Bond, "Measuring work-life balance and its covariates," *Work, employment and society*, vol. 19, no. 3, pp. 627–637.
- [63] A. J. Starmer, M. P. Frintner, K. Matos, C. Somberg, G. Freed, and B. J. Byrne, "Gender discrepancies related to pediatrician work-life balance and household responsibilities.," *Pediatrics*, vol. 144, no. 4.
- [64] T. Martins, N. Möckli, F. Zúñiga, C. Meyer-Masseti, R. Fischer, S. Pihet, M. Wächter, C. Serdaly, A. Monticelli, C. Blatter, A. Renner, and M. Simon, "SPOTnat – Spitem Koordination und Qualität – Eine nationale Studie. Nationaler Bericht," Universität Basel, 2023, <https://doi.org/10.5281/zenodo.7843008>.
- [65] A. McVicar, "Workplace stress in nursing: A literature review," *Journal of Advanced Nursing*, vol. 44, no. 6, pp. 633–642.
- [66] O. Hämmig, F. Gutzwiller, and G. Bauer, "Work-life conflict and associations with work- and nonwork-related factors and with physical and mental health outcomes: A nationally representative cross-sectional study in Switzerland.," *BMC Public Health*, vol. 9, p. 435.
- [67] B. Beham, P. Präg, and S. Drobnič, "Who's got the balance? A study of satisfaction with the work-family balance among part-time service sector employees in five western European countries," *The International Journal of Human Resource Management*, vol. 23, no. 18, pp. 3725–3741.
- [68] M. Watanabe and K. Yamauchi, "Psychosocial factors of overtime work in relation to work-nonwork balance: A multilevel structural equation modeling analysis of nurses working in hospitals.," *International Journal of Behavioral Medicine*, vol. 23, no. 4, pp. 492–500.
- [69] P. Griffiths, A. Recio-Saucedo, C. Dall'Ora, J. Briggs, A. Maruotti, P. Meredith, G. B. Smith, J. Ball, and M. C. S. Group, "The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review.," *Journal of Advanced Nursing*, vol. 74, no. 7, pp. 1474–1487.

- [70] L. Mandal, A. Seethalakshmi, and A. Rajendrababu, "Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review," *Nursing Philosophy : an International Journal for Healthcare Professionals*, vol. 21, no. 1, p. e12257.
- [71] D. Ausserhofer, M. Schubert, S. Engberg, M. Blegen, G. De, and R. Schwendimann, "Nurse-reported patient safety climate in Swiss hospitals: A descriptive-explorative substudy of the Swiss RN4CAST study," *Swiss Medical Weekly*, vol. 142, p. w13501.
- [72] J. Liu, J. Zheng, K. Liu, and L. You, "Relationship between work environments, nurse outcomes, and quality of care in icus: Mediating role of nursing care left undone," *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 34, no. 3, pp. 250–255.
- [73] Z. Rooddehghan, Z. P. Yekta, and A. N. Nasrabadi, "Ethics of rationing of nursing care," *Nursing ethics*, vol. 25, no. 5, pp. 591–600.
- [74] T. L. Jones, P. Hamilton, and N. Murry, "Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 52, no. 6, pp. 1121–1137.
- [75] M. Schubert, T. R. Glass, S. P. Clarke, B. Schaffert-Witvliet, and S. De Geest, "Validation of the basel extent of rationing of nursing care instrument," *Nursing Research*, vol. 56, no. 6, pp. 416–424.
- [76] R. Suhonen, M. Stolt, M. Habermann, I. Hjaltadottir, S. Vryonides, S. Tonnessen, K. Halvorsen, C. Harvey, L. Toffoli, P. A. Scott, and RAN CARE Consortium COST Action - CA 15208, "Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 88, pp. 25–42.
- [77] P. D. B. Gonçalves, C. A. C. Sequeira, and M. A. T. C. Paiva E Silva, "Nursing interventions in mental health and psychiatry: Content analysis of records from the nursing information systems in use in Portugal," *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 26, no. 7-8, pp. 199–211.
- [78] P. Hamilton, E. Willis, T. Jones, R. McKelvie, I. Blackman, L. Toffoli, and C. Harvey, "Evaluating the performance of a single-item, global, estimate of missed nursing care.," *Journal of Nursing Measurement*, vol. 25, no. 1, pp. 121–141.
- [79] OdASanté, "Wegleitung zur Prüfungsordnung Höhere Fachprüfung Fachexpertin in Psychiatriepflege mit eidgenössischem Diplom /Fachexperte in Psychiatriepflege mit eidgenössischem Diplom," Bern, 2020.
- [80] F. Frauenfelder, T. van Achterberg, and M. Müller-Staub, "Documented nursing interventions in inpatient psychiatry," *International Journal of Nursing Knowledge*, vol. 29, no. 1, pp. 18–28.
- [81] S. Schoppmann and R. Lüthi, "Insights from inside: The duties and activities of nurses at the psychiatric clinic Münsterlingen (CH). A qualitative study," *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 16, no. 7, pp. 606–620.
- [82] F. Zúñiga, M. Schubert, J. P. Hamers, M. Simon, R. Schwendimann, S. Engberg, and D. Ausserhofer, "Evidence on the validity and reliability of the German, French and Italian nursing home version of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument," *Journal of Advanced Nursing*, vol. 72, no. 8, pp. 1948–1963.
- [83] S. Chiappinotto, E. Papastavrou, G. Efstathiou, P. Andreou, R. Stemmer, C. Ströhm, M. Schubert, S. de Wolf-Linder, J. Longhini, and A. Palese, "Antecedents of unfinished nursing care: A systematic review of the literature," *BMC Nursing*, vol. 21, p. 137.

- [84] B. Joseph, V. Plummer, and W. Cross, "Mental health nurses perceptions of missed nursing care in acute inpatient units: A multi-method approach," *International journal of mental health nursing*, vol. 31, no. 3, pp. 697–707.
- [85] D. Ausserhofer, B. Zander, R. Busse, M. Schubert, S. De Geest, A. M. Rafferty, J. Ball, A. Scott, J. Kinnunen, M. Heinen, T. Sjetne, Ingeborg Strand Moreno-Casbas, M. Kózka, R. Lindqvist, M. Diomidous, L. Bruyneel, W. Sermeus, L. H. Aiken, R. Schwendimann, and RN4CAST consortium, "Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study," *BMJ quality & safety*, vol. 23, no. 2, pp. 126–135.
- [86] A. Phelan, S. McCarthy, and E. Adams, "Examining missed care in community nursing: A cross section survey design.," *Journal of Advanced Nursing*, vol. 74, no. 3, pp. 626–636.
- [87] F. Zúñiga, D. Ausserhofer, J. P. H. Hamers, S. Engberg, M. Simon, and R. Schwendimann, "The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes—A cross-sectional study," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 52, no. 9, pp. 1463–1474.
- [88] B. J. Kalisch and R. A. Williams, "Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care," *The Journal of Nursing Administration*, vol. 39, no. 5, pp. 211–219.
- [89] Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), "Zwangsmassnahmen in der Medizin," Bern, 2015.
- [90] E. Cusack, F. Killoury, and L. E. Nugent, "The professional psychiatric/mental health nurse: Skills, competencies and supports required to adopt recovery-orientated policy in practice.," *Journal of psychiatric and mental health nursing*, vol. 24, no. 2-3, pp. 93–104.
- [91] S. M. Duncan, K. Hyndamn, C. A. Estabrooks, K. Hesketh, C. K. Humphrey, J. S. Wong, S. Acron, and P. Giovannetti, "Nurses' experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals," *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, vol. 32, no. 4.
- [92] M. Estryng-Behar, B. Van Der Heijden, D. Camerino, C. Fry, O. Le Nezet, P. M. Conway, and H.-M. Hasselhorn, "Violence risks in nursing—results from the European 'NEXT' Study," *Occupational Medicine*, vol. 58, no. 2, pp. 107–114.
- [93] R. Odes, S. Chapman, R. Harrison, S. Ackerman, and O. Hong, "Frequency of violence towards healthcare workers in the United States' inpatient psychiatric hospitals: A systematic review of literature," *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 30, no. 1, pp. 27–46.
- [94] C. Cooper and N. Swanson, "Workplace violence in the health sector," *State of the art. Geneva: Organización Internacional de Trabajo, Organización Mundial de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras Internacional de Servicios Públicos*, 2002.
- [95] L. Zhang, A. Wang, X. Xie, Y. Zhou, J. Li, L. Yang, and J. Zhang, "Workplace violence against nurses: A cross-sectional study," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 72, pp. 8–14.
- [96] D. M. Gates, G. L. Gillespie, and P. Succop, "Violence against nurses and its impact on stress and productivity," *Nursing Economics*, vol. 29, no. 2, pp. 59–66.
- [97] W. Jacobowitz, "PTSD in psychiatric nurses and other mental health providers: A review of the literature," *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 34, no. 11, pp. 787–795.

- [98] L. B. Moylan, M. McManus, M. Cullinan, and L. Persico, "Need for specialized support services for nurse victims of physical assault by psychiatric patients," *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 37, no. 7, pp. 446–450.
- [99] K. N. Stevenson, S. M. Jack, L. O'Mara, and J. LeGris, "Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: An interpretive descriptive study," *BMC Nursing*, vol. 14, p. 35.
- [100] L. Bowers, T. Allan, A. Simpson, J. Jones, M. Van Der Merwe, and D. Jeffery, "Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards," *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 30, no. 4, pp. 260–271, 2009.
- [101] V. Hamrin, J. Iennaco, and D. Olsen, "A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: Implications for relational and unit cultural improvements," *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 30, no. 4, pp. 214–226.
- [102] S. Verhaeghe, V. Duprez, D. Beeckman, J. Leys, B. Van Meijel, and A. Van Hecke, "Mental health nurses' attitudes and perceived self-efficacy toward inpatient aggression: A cross-sectional study of associations with nurse-related characteristics," *Perspectives in Psychiatric Care*, vol. 52, no. 1, pp. 12–24.
- [103] J. E. Arnetz and B. B. Arnetz, "Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care.," *Social Science & Medicine*, vol. 52, no. 3, pp. 417–427.
- [104] L. B. Moylan and M. Cullinan, "Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain.," *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 18, no. 6, pp. 526–534.
- [105] V. Pekurinen, M. Välimäki, M. Virtanen, M. Kivimäki, and J. Vahtera, "Work stress and satisfaction with leadership among nurses encountering patient aggression in psychiatric care: A cross-sectional survey study.," *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 46, no. 3, pp. 368–379.
- [106] M. Ridenour, M. Lanza, S. Hendricks, D. Hartley, J. Rierdan, R. Zeiss, and H. Amandus, "Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff," *Work (Reading, Mass.)*, vol. 51, no. 1, pp. 19–28.
- [107] V. Di Martino and D. Chappell, "Violence at the workplace: The global challenge," in *International Conference on Work Trauma, Johannesburg*, vol. 8, 2000.
- [108] B. Nowrouzi-Kia, R. Isidro, E. Chai, K. Usuba, and A. Chen, "Antecedent factors in different types of workplace violence against nurses: A systematic review," *Aggression and Violent Behavior*, vol. 44, pp. 1–7.
- [109] R. Ketelsen and G. Walter, "Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie," *Perspektiven der Philosophie: neues Jahrbuch*, vol. 16, no. 02, pp. 101–107.
- [110] J. Nau, G. Walter, and N. E. Oud, *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement: Lehr- und Praxis-handbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. hogrefe, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl., 2019.
- [111] E. F. Morrison, "Violent psychiatric inpatients in a public hospital," *Research and Theory for Nursing Practice*, vol. 4, no. 1, pp. 65–82.
- [112] E. G. Krug, J. A. Mercy, L. L. Dahlberg, and A. B. Zwi, "The world report on violence and health," *The Lancet*, vol. 360, no. 9339, pp. 1083–1088.

- [113] Weltgesundheitsorganisation, "Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector," 2002, <https://www.who.int/publications/i/item/9221134466>.
- [114] H. Bilgin, "An evaluation of nurses' interpersonal styles and their experiences of violence.," *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 30, no. 4, pp. 252–259.
- [115] R. B. Flannery, E. Farley, T. Tierney, and A. P. Walker, "Characteristics of assaultive psychiatric patients: 20-year analysis of the Assaultive Staff Action Program (ASAP)," *The Psychiatric Quarterly*, vol. 82, no. 1, pp. 1–10.
- [116] J. S.-C. Shiao, Y. Tseng, Y.-T. Hsieh, J.-Y. Hou, Y. Cheng, and Y. L. Guo, "Assaults against nurses of general and psychiatric hospitals in Taiwan," *International archives of occupational and environmental health*, vol. 83, no. 7, pp. 823–832.
- [117] G. Zerach and T. B.-I. Shalev, "The relations between violence exposure, posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious post traumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses," *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 29, no. 3, pp. 135–142.
- [118] S. Bachnick, D. Ausserhofer, J.-M. Januel, M. Schubert, R. Schwendimann, S. De Geest, and M. Simon, "Matching Registered Nurse services with changing care demands (MatchRN): Study protocol of a natural experiment multi-centre study.," *Journal of Advanced Nursing*, vol. 73, no. 7, pp. 1735–1746.
- [119] H.-M. Hasselhorn, B. H. Müller, and P. Tackenberg, "NEXT scientific report July 2005," *Wuppertal: University of Wuppertal*, pp. 3–6, 2005.
- [120] W. Sermeus, L. H. Aiken, K. Van den Heede, A. M. Rafferty, P. Griffiths, M. T. Moreno-Casbas, R. Busse, R. Lindqvist, A. P. Scott, L. Bruyneel, T. Brzostek, J. Kinnunen, M. Schubert, L. Schoonhoven, D. Zikos, and RN4CAST consortium, "Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology," *BMC nursing*, vol. 10, p. 6.
- [121] A.-M. van Dishoeck, H. F. Lingsma, J. P. Mackenbach, and E. W. Steyerberg, "Random variation and rankability of hospitals using outcome indicators.," *BMJ Quality & Safety*, vol. 20, no. 10, pp. 869–874.
- [122] R Development Core Team, "R: A language and environment for statistical computing; R foundation for statistical computing."
- [123] M. S. Nurumal, S. Makabe, F. I. Che Jamaludin, H. Fahmi Mohd Yusof, K. T. Aung, and Y. Kowitlawakul, "Work-life balance among teaching hospital nurses in malaysia," *Global Journal of Health Science*, vol. 9, no. 9, p. 81.
- [124] D. Yildirim and Z. Aycan, "Nurses' work demands and work-family conflict: A questionnaire survey.," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 45, no. 9, pp. 1366–1378.
- [125] P. Holland, T. L. Tham, C. Sheehan, and B. Cooper, "The impact of perceived workload on nurse satisfaction with work-life balance and intention to leave the occupation.," *Applied Nursing Research: ANR*, vol. 49, pp. 70–76.
- [126] C. J. E. M. van der Mark, H. Vermeulen, P. H. J. Hendriks, and C. J. van Oostveen, "Measuring perceived adequacy of staffing to incorporate nurses' judgement into hospital capacity management: A scoping review," *BMJ Open*, vol. 11, no. 4, e045245.
- [127] V. M. Lobo, J. Ploeg, A. Fisher, G. Peachey, and N. Akhtar-Danesh, "Critical care nurses' perceptions of the outcomes of working overtime in Canada," *Nursing Outlook*, vol. 65, no. 4, pp. 400–410.

- [128] H. Wynendaele, R. Willems, and J. Trybou, "Systematic review: Association between the patient-nurse ratio and nurse outcomes in acute care hospitals," *Journal of Nursing Management*, vol. 27, no. 5, pp. 896–917.

Anhang: Zur Studie Match^{RN} Psychiatrie

Ziel der Studie Match^{RN} Psychiatrie (Matching Registered Nurse Services With Changing Care Demands in Psychiatric Hospitals) ist die Erfassung und Beschreibung der Arbeitsumgebung des Pflegepersonals, der Personalausstattung sowie der pflegebezogenen Versorgungsqualität in schweizerischen psychiatrischen Kliniken anhand ausgewählter psychiatrierelevanter Struktur-, Prozess- und Ergebnisdimensionen [1].

Dazu wurde von 2019-2021 das Pflegepersonal in 13 psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz auf insgesamt 116 Abteilungen befragt sowie Abteilungsmerkmale erhoben und Kennzahlen von Patient:innen ausgewertet. Weitere Angaben zur Studie sind im Studienprotokoll Match^{RN} Psychiatrie [1] beschrieben.

Die hier verwendeten Daten von Match^{RN} Psychiatrie wurden von September 2019 bis März 2020 mittels schriftlicher Befragung von Pflegenden gesammelt. Die Fragebögen wurden durch eine lokale Ansprechperson pro teilnehmende Klinik auf allen teilnehmenden Abteilungen an die Pflgeteams der Pflege verteilt.

Eingeschlossen wurden Pflegende, die auf einer der teilnehmenden Abteilungen mit direktem Patient:innenkontakt arbeiten und einwilligten den Fragebogen auszufüllen. Ausgeschlossen wurden forensische Abteilungen sowie Abteilungen für Kinder und Jugendliche.

Von den 13 teilnehmenden psychiatrischen Kliniken nahmen insgesamt 116 Abteilungen an der Erhebung teil. Dabei beteiligten sich zwischen 3-17 Abteilungen pro Klinik. Total wurden 956 Papier- und 735 Online-Fragebögen verteilt. Insgesamt füllten 1209 Pflegende den Fragebogen aus, dies entspricht einer Rücklaufquote von 71.5% (58.1%- 88.1% je nach Klinik). Die Mehrheit der Teilnehmenden war weiblich (70,3%), und die Stichprobe bestand überwiegend aus diplomierten Pflegefachpersonen (89,1%).

Auf der Homepage der Studie <https://matchrnpsychiatrie.nursing.unibas.ch/> sind weitere Informationen sowie die bereits erschienen Publikationen aufgeführt.

Match^{RN} Psychiatrie wird durch die Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz (VPPS) und die teilnehmenden Kliniken finanziell unterstützt.

Anhänge zu Teil 1

Anhang 1.1: Verwendete Variablen und Messinstrumente

Thema	Messinstrument	Antwortoptionen
Pflegerischer Beitrag zur Betreuungsqualität	Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) [12] Acht Items zur Bewertung, ob ein Qualitätssicherungsprogramm auf der Station aktiv war, sowie ein Einführungsprogramm für neue Pflegenden bestand; Pflege, auf der Grundlage eines Pflegekonzepts und einer klaren Pflegephilosophie aufbaute; hohe erwartete Pflegestandards, einschliesslich der Arbeit mit kompetenten Pflegenden.	4-Punkte-Likert-Skala <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Stimme nicht zu • 2 = Stimme eher nicht zu • 3 = Stimme eher zu • 4 = Stimme zu
Führung	Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) [12] Vier Items, welche die Unterstützung durch die direkte Vorgesetzte Person, die Führungsqualitäten des Managements und dessen Anerkennung für gut geleistete Arbeit bewertet.	4-Punkte-Likert-Skala <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Stimme nicht zu • 2 = Stimme eher nicht zu • 3 = Stimme eher zu • 4 = Stimme zu
Zusammenarbeit	Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) [12] Neun adaptierte Items des PES-NWI zur Bewertung der interprofessionellen sowie interdisziplinären Zusammenarbeit. Ergänzung der Items bezüglich den Berufsgruppen Soziale Arbeit, Psycholog:innen, medizinisch-therapeutischen Dienste (z.B. Physio- oder Ergotherapie) durch die Forschungsgruppe Match ^{RN} Psychiatrie.	4-Punkte-Likert-Skala <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Stimme nicht zu • 2 = Stimme eher nicht zu • 3 = Stimme eher zu • 4 = Stimme zu

Angemessenheit der Pflegepersonalressourcen	Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) [12] Vier Items, welche die Angemessenheit der Personalausstattung und Ressourcen bewerten.	4-Punkte-Likert-Skala <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Stimme nicht zu • 2 = Stimme eher nicht zu • 3 = Stimme eher zu • 4 = Stimme zu
Dienstplangestaltung	Match ^{RN} Studie [118] Neun Items zur Bewertung des (1) individuellen Einflusses auf die Dienstplangestaltung sowie (2) des Austauschs diesbezüglich mit der vorgesetzten Person.	(1) Individueller Einfluss: 5-Punkte-Likert-Skala <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Sehr wenig(e) • 2 = Wenig(e) • 3 = Gewisse(n) • 4 = Viel(e) • 5 = Sehr viel(e) (2) Austausch mit Vorgesetzten: 5-Punkte-Likert-Skala <ul style="list-style-type: none"> • 1 = Nie • 2 = Manchmal • 3 = Teilweise • 4 = Meistens • 5 = Immer

Kündigungsabsicht	NEXT-Studie [119] Drei Items zur Bewertung von (1) Überlegungen, den Job in den letzten 12 Monaten zu kündigen und die Arbeitsumgebung oder den Beruf zu verlassen sowie (2) der eingeschätzte Aufwand, eine neue Stelle zu finden.	(1) Überlegungen zur Kündigungsabsicht: 5-Punkte-Likert-Skala <ul style="list-style-type: none">• 1 = Nie• 2 = Einige Male im Jahr• 3 = Einige Male im Monat• 4 = Einige Male in der Woche• 5 = Täglich (2) Eingeschätzter Aufwand eine neue Stelle zu finden: 4-Punkte-Likert-Skala <ul style="list-style-type: none">• 1 = Sehr schwierig• 2 = Eher schwierig• 3 = Eher einfach• 4 = Sehr einfach
Empfehlung	RN ₄ CAST-Studie [120] Zwei Items zur Bewertung der Empfehlung einer Klinik als Arbeitgeber oder zur Behandlung.	4-Punkte-Likert-Skala <ul style="list-style-type: none">• 1 = Sicher nicht• 2 = Wahrscheinlich nicht• 3 = Wahrscheinlich ja• 4 = Ja sicher
Zufriedenheit	RN ₄ CAST-Studie [120] Ein Item zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit mit der jetzigen Arbeitsstelle.	4-Punkte-Likert-Skala <ul style="list-style-type: none">• 1 = Sehr unzufrieden• 2 = Etwas unzufrieden• 3 = Etwas zufrieden• 4 = Sehr zufrieden
Burnout	COPSOQe [36] Fünf Items zur Bewertung der körperlichen Erschöpfung, der emotionalen Erschöpfung, des Ausgelaugtseins, des Erscheinens zur Arbeit, obwohl man sich krank fühlt, der Unfähigkeit, die Arbeit in der Freizeit zu vergessen.	5-Punkte-Likert-Skala <ul style="list-style-type: none">• 1 = Immer• 2 = Oft• 3 = Manchmal• 4 = Selten• 5 = Fast nie/ Nie

Demografische Daten	<p>(1) Item zur Erfassung des Bildungsniveaus</p> <p>(2) Item zum Erfassen des Alters, der Berufserfahrung</p> <p>(3) Item zum Erfassen des Arbeitspensums</p>	<p>(1) Bildungsniveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachpersonal mit Hochschulabschluss Master • Pflegefachpersonal mit Hochschulabschluss Bachelor • Pflegefachpersonal mit Abschluss höhere Fachschule (Pflegefachpersonal HF / DNI / DNII / AKP / PsychKP / KWS / IKP / Altenpflegerin mit 3-jähriger Ausbildung (SRK Anerkennung als DNI), u.a.) • Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe) • Sonstige (bitte Berufsbezeichnung aufführen) <p>(2) Alter, Berufserfahrung: in Jahre</p> <p>(3) Arbeitspensum: in Prozent (%)</p>
----------------------------	--	--

Tabelle 13: Verwendete Variablen und Messinstrumente

*Anhang 1.2: Methode***Datenanalyse**

Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Häufigkeiten (absolut und relativ) wurden ermittelt, sowie die Zustimmung in Prozent und Mittelwerte mit Standardabweichungen gemäss den verwendeten Items und Skalen. Den Darstellungen der Caterpillar plots basieren auf Random Effects-Modell mit 95% Konfidenzintervallen [121]. Die Datenanalyse wurde mit R, Version 4.0.4 für Mac OS durchgeführt [122].

*Anhänge zu Teil 4**Anhang 4.1: Datenanalyse*

Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Häufigkeiten (absolut und relativ) wurden ermittelt, sowie die Zustimmung in Prozent und Mittelwerte mit Standardabweichungen gemäss den verwendeten Items und Skalen (siehe Anhang 1). Zur Analyse der Daten wurde eine Multilevelanalyse sowie verschiedene Modelle durchgeführt und berechnet. Detaillierte Informationen zu den Analysen sind der Originalpublikation zu entnehmen [3].

Die Datenanalyse wurde mit dem Statistikprogramm R Version 3.6.1. und dem R-Paket lme4 durchgeführt.

Anhang 4.2: Verwendete Variablen und Messinstrumente

Variable	Messinstrument	Antwortoption/ Methode
Work-Life-Balance	Arbeitsklimaskala [56] Die Skala basiert auf acht Items zur Häufigkeit von Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Work-Life-Balance, die Folgendes umfassen: eine Mahlzeit auslassen, eine unausgewogene Mahlzeit zu sich nehmen, einen Tag/eine Schicht ohne Pausen durcharbeiten, spät von der Arbeit nach Hause kommen, Schlafprobleme, weniger als fünf Stunden Schlaf in einer Nacht, Änderung persönlicher/familiärer Pläne wegen der Arbeit und Frustration durch die Technologie.	4-Punkte-Likert- Skala: <ul style="list-style-type: none"> • Immer (an 5-7 Tagen/Woche) • Manchmal (an 3-4 Tagen/Woche) • Selten (an 1-2 Tagen/Woche) • Fast nie / Nie (an keinem Tag/Woche)
Personalausstattung	Verhältnis von beobachteter und erwarteter Patient-to-Nurse-Ratio für die letzte Schicht Um die erwartete Patient-to-Nurse-Ratio zu berechnen, wurde ein lineares Modell angewendet, mit der beobachteten Patient-to-Nurse-Ratio als Ergebnis, unter Berücksichtigung von Schichttyp, Skill Mix und Schichtcharakteristika.	Elemente des Modells zur Berechnung der erwarteten Patient-to-Nurse-Ratio: <ul style="list-style-type: none"> • Patient-to-Nurse-Ratio: Anzahl Patient:innen pro Pflegefachperson pro Schicht • Schicht: Tagdienst, Nachmittags-/Abenddienst, Nachtdienst • Skill Mix: Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen geteilt durch Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen, FaGe und FaBe • Schichtcharakteristika: Anzahl der Patient:innen, die somatische Eingriffe benötigen, Anzahl der Ein- und Austritte

Tabelle 14: Verwendete Skalen und Items

Anhang 4.3: Einflussfaktoren der Work-Life-Balance

Erste Gruppe: Individuelle Faktoren

Diese Variablen beschreiben die Lebensumstände einer Person und die Anforderungen ihrer Rolle, die sich wiederum auf die Work-Life-Balance auswirken [62]. Alter sollte aufgrund der sich im Laufe des Lebens verändernden Anforderungen an die Person einen Einfluss auf die Work-Life-Balance haben. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen einer englischen Studie, die zeigt, dass die Probleme mit der Work-Life-Balance mit zunehmendem Alter stärker wurden [62]. Ferner wurde die Theorie aufgestellt, dass das *Geschlecht* die Work-Life-Balance aufgrund der ungleichen Verteilung der häuslichen Pflichten beeinflusst [56]. Jüngste Ergebnisse zeigen, dass erwerbstätige Frauen mehr Zeit für Haushaltsaufgaben wie Kinderbetreuung und Haushaltsführung aufwenden als erwerbstätige Männer. Sie stehen daher unter stärkerem Zeitdruck, was zu Problemen bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben führen kann [63]. Ebenso spielt die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen (*Haushaltszusammensetzung*) eine zentrale Rolle. Die Anzahl der Kinder und der Betreuungspersonen beeinflusst die Gesamtanforderungen und Verantwortlichkeiten in einem Haushalt. Je grösser der Haushalt ist, desto schwieriger ist es, die Work-Life-Balance zu erreichen. Schliesslich wird davon ausgegangen, dass auch der *Berufsabschluss* einen Einfluss auf die Work-Life-Balance hat. Diplomierte Pflegefachpersonen verfügen im Vergleich zu Fachangestellten Gesundheit wahrscheinlich über bessere Kompetenzen und Erfahrungen im Umgang mit herausfordernden und komplexen Patient:innensituationen [123].

Zweite Gruppe: psychosoziales Arbeitsumfeld

Führung spielt eine wichtige Rolle dabei, wie Mitarbeitende das Arbeitsumfeld der Kliniken wahrnehmen und erleben. Zudem müssen Führungspersonen zwischen den strukturellen Anforderungen, Ressourcen und den Bedürfnissen der Mitarbeitenden vermitteln. Ausserdem steht die sachliche und emotionale Unterstützung durch die Vorgesetzten in signifikantem Zusammenhang mit einem geringeren Konflikt zwischen Work-Life-Balance und einer höheren Arbeitszufriedenheit [124]. Eine systematische Übersichtsarbeit hat gezeigt, dass bestimmte Führungsstile ein besseres Organisationsklima fördern und emotionale Erschöpfung und Arbeitstress verringern [18]. Daher wird angenommen, dass Führung mit Work-Life-Balance verbunden ist. Gleichzeitig könnte die von den Pflegenden *wahrgenommene angemessene Personal- und Ressourcenausstattung* eine wichtige Rolle für die Work-Life-Balance spielen. Die wahrgenommene Arbeitsbelastung hat sich in früheren Untersuchungen als wichtiger Einflussfaktor für die Work-Life-Balance im Gesundheitswesen erwiesen [125]. Darüber hinaus steht die Wahrnehmung der Personalausstattung und der Angemessenheit der Ressourcen in der Arbeitsumgebung durch das Pflegepersonal in

Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals [126].

Dritte Gruppe: strukturelle Faktoren

Die strukturellen Faktoren beschreiben die Exposition gegenüber Organisationsmerkmalen. *Überzeit* bedeutet, dass mehr Zeit am Arbeitsplatz verbracht wird und weniger Zeit für private Aktivitäten zur Verfügung steht. Es hat sich gezeigt, dass Überzeit mit einer Verschlechterung der Work-Life-Balance einhergeht [127; 68]. Ähnlich wie bei der Überzeit bestimmt der *Beschäftigungsgrad*, wie viel Zeit die Beschäftigten bei der Arbeit verbringen und wie viel Zeit für andere private Verpflichtungen bleibt. Es ist daher wahrscheinlich, dass dadurch die Work-Life-Balance beeinflusst wird [67; 66]. Schliesslich ist die Personalausstattung (Patient-to-Nurse-Ratio) ein weiterer wichtiger Faktor bei der Untersuchung der Work-Life-Balance. Den Ergebnissen einer systematischen Übersichtsarbeit zufolge ist ein Anstieg der Personalausstattung (Patient-to-Nurse-Ratio) mit einem Anstieg der emotionalen Erschöpfung verbunden, die auf eine unausgewogene Work-Life Balance zurückzuführen ist [128; 57].

Anhang 4.4: Ergebnisse der Befragten bezüglich Angemessenheit der Pflegepersonalressourcen

	Angemessenheit Pflegepersonalressourcen Mittelwert (\pm SD)	Pflegende (%)
Total	2.77 (0.66)	1189 (100%)
Geschlecht		
männlich	2.81 (0.67)	343 (30%)
weiblich	2.76 (0.65)	813 (70%)
Alter		
16-30 Jahre	2.76 (0.64)	346 (30%)
31-40 Jahre	2.73 (0.64)	271 (24%)
41-50 Jahre	2.77 (0.67)	209 (18%)
51-67 Jahre	2.83 (0.66)	316 (28%)
Berufsabschluss		
Dipl. Pflegefachperson	2.76 (0.66)	998 (89%)
Fachperson Gesundheit	2.80 (0.62)	127 (11%)
Berufserfahrung		
0-3 Jahre	2.78 (0.69)	242 (23%)
>3-7 Jahre	2.70 (0.59)	152 (14%)
>7-15 Jahre	2.76 (0.66)	256 (24%)
>15-20 Jahre	2.74 (0.60)	148 (14%)
>20 Jahre	2.82 (0.69)	266 (25%)
Anstellungspensum		
\leq 60%	2.76 (0.65)	190 (17%)
61-80%	2.78 (0.66)	312 (27%)
81-99%	2.80 (0.63)	189 (17%)
100%	2.76 (0.66)	449 (39%)
Haushaltszusammensetzung		
allein	2.75 (0.69)	235 (21%)
Mit anderem Erwachsenen	2.77 (0.65)	544 (48%)
Mit anderem E. und Kind/-ern	2.81 (0.64)	306 (27%)
Mit Kind/-ern	2.70 (0.66)	56 (5%)

Hinweise:

Skala von 1 (Stimme nicht zu) bis 4 (Stimme zu)

SD = Standardabweichung

Tabelle 15: Ergebnisse der Befragten bezüglich Angemessenheit der Pflegepersonalressourcen

Anhang 4.5: Zusammenhänge zwischen Work-Life-Balance und Einflussfaktoren

Um die Beziehung zwischen Einflussfaktoren und der Work-Life-Balance zu untersuchen, wurde ein generalisiertes lineares Mixed-Modell auf zwei Ebenen angewendet. Eine Multi-Level-Analyse wurde auf der Grundlage der Intraklassen-Korrelation τ_1 (ICC τ_1) durchgeführt. Detailliertere Angaben zur Datenanalyse können der Originalpublikation sowie der nachfolgenden Abbildung 24 entnommen werden.

	Bivariat	Modell 1	Modell 2
Alter	0.001 (0.663)		
Männlich¹	0.003 (0.104)		
Bildungshintergrund²	0.021 (0.466)		
Arbeitspensum	-0.002 * (-2.166)	-0.002 ** (-2.82)	-0.002 ** (-2.745)
HH mit einem Erwachsenen³	0.041 (1.062)		
HH mit Kind / Kindern	-0.009 (-0.118)		
HH mit einem Erwachsenen und Kind/ Kindern	0.046 (1.085)		
Führung	0.258 *** (12.160)	0.132 *** (5.256)	0.136 *** (5.409)
Wahrgenommene Pflegeressourcen	0.330 *** (16.160)	0.244 *** (9.498)	0.242 *** (9.433)
Personalbestand	-0.024 (-0.647)	-0.036 (-1.376)	-0.220 * (-2.027)
Überzeit	-0.010 *** (-5.43)	-0.005 *** (-3.49)	-0.006 *** (-3.615)
Führung x patient-to-nurse ratio HH mit Kind / Kindern			0.081 ... (1.749)
<i>n</i>		1138	1138
<i>AIC</i>		1414.417	1418.281

Referenz Kategorien: ¹ Weiblich, ² Diplomierte Pflegefachperson, ³ HH alleinstehend

† p<0.1, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

HH=Haushaltszusammensetzung

Abbildung 24: Berechnungen bezüglich Zusammenhängen zwischen der Work-Life-Balance und Einflussfaktoren

*Anhänge zu Teil 5**Anhang 5.1: Datenanalyse*

Für die deskriptive Auswertung der Daten wurden Häufigkeiten (absolut und relativ) ermittelt, sowie die Zustimmung in Prozent und Mittelwerte mit Standardabweichungen gemäss den verwendeten Items und Skalen (siehe Anhang 1) errechnet. Für die Zusammenhangsanalysen wurden hierarchische Regressionsmodelle angepasst. Detaillierte Informationen zu den Analysen sind der Originalpublikation zu entnehmen [4].

Die Datenanalyse wurde mit R Version 4.1.2 für Mac OS durchgeführt [122].

Anhang 5.2: Häufigkeit der unterlassenen Pflegehandlungen im Detail

Pflegehandlung	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer	Nicht meine Aufgabe	Kommt nicht vor
(F.1) Geplantes Einzelgespräch mit Patienten	65 (6.6%)	341 (34.6%)	336 (34.1%)	173 (17.5%)	10 (1%)	48 (4.9%)	13 (1.3%)
(F.2) Geplantes Einzelgespräch mit Patienten und weiterer Berufsgruppe von intern	102 (10.4%)	407 (41.5%)	284 (29%)	114 (11.6%)	3 (0.3%)	54 (5.5%)	17 (1.7%)
(F.3) Geplantes Einzelgespräch mit Patienten und Angehörigen/ externen Stellen	199 (20.3%)	486 (49.5%)	165 (16.8%)	49 (5%)	1 (0.1%)	69 (7%)	13 (1.3%)
(F.4) Geplantes Gruppengespräch mit Patienten	173 (17.7%)	426 (43.5%)	154 (15.7%)	58 (5.9%)	3 (0.3%)	97 (9.9%)	69 (7%)
(F.5) Geplantes Gruppengespräch mit Patienten und weiterer Berufsgruppe	160 (16.4%)	412 (42.2%)	147 (15%)	48 (4.9%)	2 (0.2%)	104 (10.6%)	104 (10.6%)
(F.6) Ungeplantes Gespräch von Patienten initiiert (z.B. Alltagsgespräch)	183 (18.6%)	365 (37.1%)	259 (26.3%)	137 (13.9%)	22 (2.2%)	13 (1.3%)	4 (0.4%)
(F.7) Situative Gespräche mit einem Patienten (z.B. Krisenintervention)	383 (38.9%)	360 (36.6%)	117 (11.9%)	92 (9.3%)	24 (2.4%)	4 (0.4%)	4 (0.4%)
(F.8) Situative Gespräche mit mehreren Patienten	167 (17%)	485 (49.4%)	216 (22%)	69 (7%)	15 (1.5%)	9 (0.9%)	20 (2%)
(F.9) Patienten und Bezugspersonen informieren, beraten oder schulen	122 (12.5%)	439 (45%)	249 (25.5%)	98 (10.1%)	8 (0.8%)	48 (4.9%)	11 (1.1%)
(F.10) Überwachung (z.B. bei Isolation)	448 (45.7%)	238 (24.3%)	91 (9.3%)	71 (7.2%)	14 (1.4%)	28 (2.9%)	91 (9.3%)

Pflegehandlung	Nie	Selten	Manch- mal	Oft	Immer	Nicht meine Aufgabe	Kommt nicht vor
(F.11) Patientenbegleitung intern oder extern	157 (16.1%)	375 (38.4%)	251 (25.7%)	109 (11.2%)	10 (1%)	58 (5.9%)	16 (1.6%)
(F.12) Rapport (z.B. Schichtwechsel)	502 (51.2%)	296 (30.2%)	70 (7.1%)	34 (3.5%)	73 (7.4%)	3 (0.3%)	2 (0.2%)
(F.13) Vertieftes, symptomfokussiertes Assessment durchführen	92 (9.5%)	300 (31.1%)	269 (27.8%)	168 (17.4%)	11 (1.1%)	73 (7.6%)	53 (5.5%)
(F.14) Pflegediagnosen erstellen	99 (10.2%)	240 (24.6%)	258 (26.5%)	179 (18.4%)	46 (4.7%)	75 (7.7%)	77 (7.9%)
(F.15) Zielsetzungen festlegen und Planung erstellen	128 (13.1%)	302 (31%)	260 (26.7%)	175 (18%)	28 (2.9%)	64 (6.6%)	17 (1.7%)
(F.16) Pflegeinterventionen durchführen	161 (16.4%)	415 (42.4%)	254 (25.9%)	92 (9.4%)	35 (3.6%)	20 (2%)	2 (0.2%)
(F.17) Pflegeprozess evaluieren	80 (8.2%)	281 (28.8%)	260 (26.7%)	241 (24.7%)	31 (3.2%)	56 (5.7%)	26 (2.7%)
(F.18) Verlaufsdocumentation in der Patientenakte	305 (31.2%)	405 (41.4%)	134 (13.7%)	47 (4.8%)	82 (8.4%)	4 (0.4%)	1 (0.1%)
(F.19) Mit Mitarbeitenden im interprofessionellen Team kommunizieren	186 (19%)	425 (43.4%)	223 (22.8%)	89 (9.1%)	45 (4.6%)	10 (1%)	2 (0.2%)
(F.20) Reflexion zur Pflegepraxis auf der Abteilung im Team	102 (10.5%)	366 (37.5%)	274 (28.1%)	174 (17.8%)	30 (3.1%)	19 (1.9%)	10 (1%)
(F.21) Weiterentwicklung der Versorgung auf der Abteilung	104 (10.8%)	354 (36.6%)	268 (27.7%)	162 (16.8%)	21 (2.2%)	45 (4.7%)	12 (1.2%)

Hinweise:

Fehlende Antworten werden in der Berechnung
der %-Werte nicht berücksichtigt

Tabelle 16: Häufigkeit der 21
unterlassenen Pflegehandlungen

Die nachfolgende Grafik visualisiert die Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten *Massnahme kommt auf dieser Abteilung nicht vor* und *Massnahme gehört nicht zu meinem Aufgabenbereich*. Fehlende Antworten (sogenannte «missings») wurden nicht in der Berechnung der Prozentwerte berücksichtigt.

Wie oft kommt es vor, dass folgende Massnahmen nicht durchgeführt werden konnten?

Antwortoptionen: Massnahme...

■ ... gehört nicht zu meinem Aufgabenbereich ■ ... kommt auf dieser Abteilung nicht vor

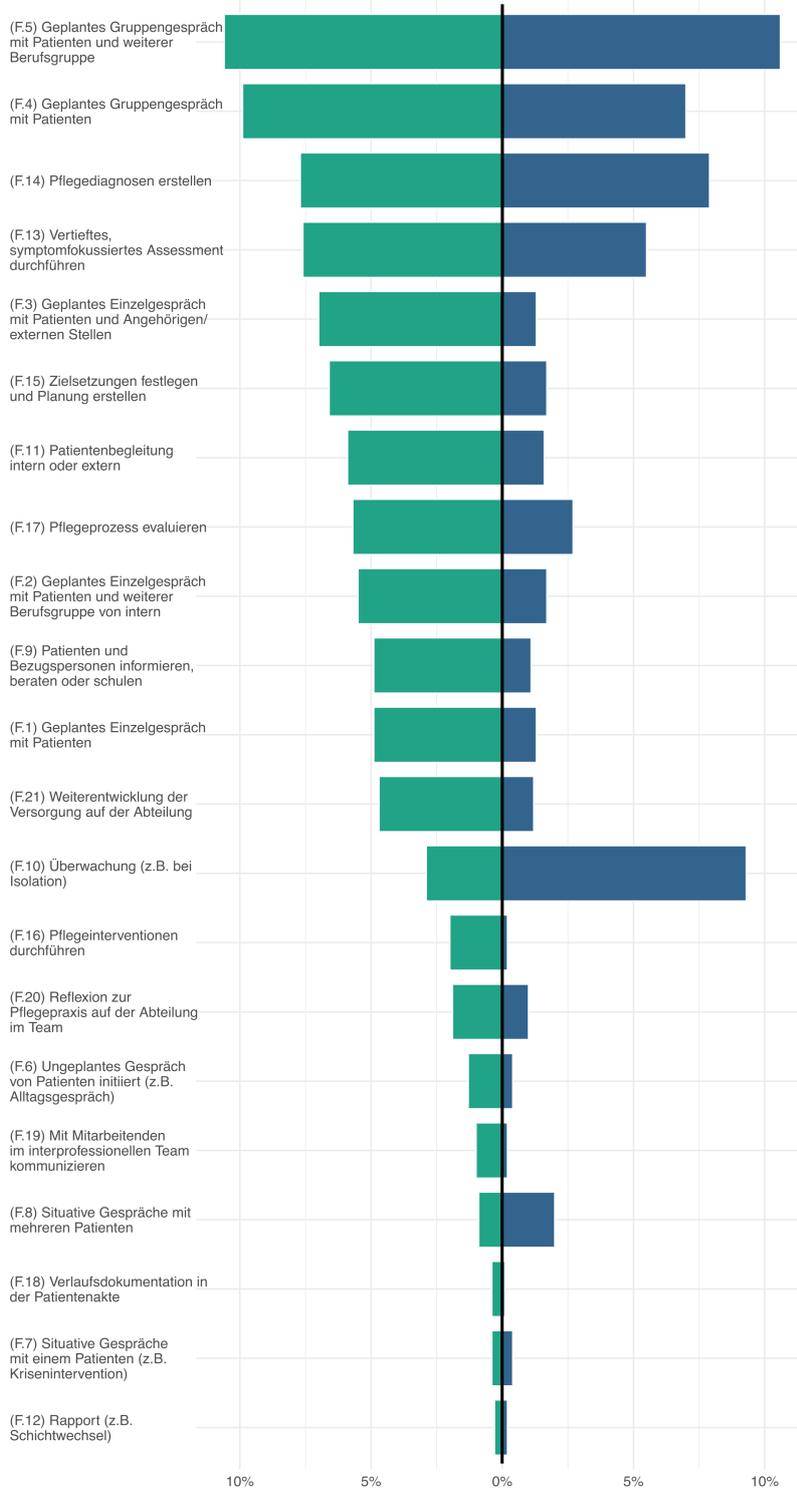


Abbildung 25: Unterlassene Pflege nach Häufigkeit der Antworten *kommt nicht vor* und *nicht meine Aufgabe*

Anhänge zu Teil 6

Anhang 6.1: Vorgehen, Datenanalyse und soziodemografische Merkmale

Im Kapitel „Gewalt durch Patienten gegenüber Pflegepersonal“ wurden die Pflegenden zur Betroffenheit von verbaler und verbal sexueller Gewalt, Gewalt gegenüber Gegenständen sowie leichteren Formen von physischer und physisch sexueller Gewalt im vorgehenden Monat befragt. Die Betroffenheit von einem schwerem Gewaltereignis durch Patient:innen wurde über die gesamte berufliche Karriere erfragt. Zum besseren Verständnis wurde jede dieser Fragen mit konkreten Beispielen ergänzt. Die Variablen zum Thema Patient:innengewalt gegenüber Pflegenden werden im Anhang 6.2 ausführlich beschrieben.

Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Häufigkeiten (absolut und relativ) wurden ermittelt, sowie die Zustimmung in Prozent und Mittelwerte mit Standardabweichungen gemäss den verwendeten Items und Skalen (siehe Tabelle 5). Zur Analyse der Daten wurde eine Multilevelanalyse sowie verschiedene Modelle durchgeführt und berechnet. Detaillierte Informationen zu den Analysen sind der Originalpublikation zu entnehmen [2].

Die Datenanalyse wurde mit R Version 3.6.1. und dem R-Paket lme4 durchgeführt.

Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht die soziodemografischen Merkmale der Pflegenden.

	Total	FaGe	Pflegende HF	Pflegende Bachelor	Pflegende Master
n	1,201	127	909	85	18
Alter n (%)					
16-24 Jahre	109 (9.6)	50 (40.0)	51 (5.7)	8 (9.4)	0 (0.0)
25-34 Jahre	366 (32.2)	40 (32.0)	271 (30.3)	46 (54.1)	6 (37.5)
35-44 Jahre	212 (18.6)	11 (8.8)	184 (20.6)	11 (12.9)	3 (18.8)
45-54 Jahre	228 (20.1)	16 (12.8)	198 (22.1)	7 (8.2)	4 (25.0)
55-67 Jahre	222 (19.5)	8 (6.4)	190 (21.3)	13 (15.3)	3 (18.8)
Berufserfahrung n (%)					
0 - 3 Jahre	197 (18.6)	43 (41.3)	133 (15.8)	18 (22.2)	0 (0.0)
>3 - 7 Jahre	184 (17.4)	19 (18.3)	134 (16.0)	26 (32.1)	2 (11.8)
>7 - 15 Jahre	253 (23.9)	23 (22.1)	203 (24.2)	18 (22.2)	6 (35.3)
>15 - 20 Jahre	151 (14.3)	14 (13.5)	126 (15.0)	5 (6.2)	3 (17.6)
>20 Jahre	273 (25.8)	5 (4.8)	244 (29.0)	14 (17.3)	6 (35.3)
Arbeitspensum n (%)					
10-60%	188 (16.6)	19 (15.2)	151 (17.0)	8 (9.6)	1 (5.9)
61-99%	484 (42.7)	44 (35.2)	392 (44.1)	35 (42.2)	9 (52.9)
100%	462 (40.7)	62 (49.6)	346 (38.9)	40 (48.2)	7 (41.2)
Geschlecht n (%)					
Männlich	342 (29.7)	23 (18.1)	285 (31.5)	24 (28.2)	7 (41.2)
Weiblich	809 (70.3)	104 (81.9)	620 (68.5)	61 (71.8)	10 (58.8)

Tabelle 17: Soziodemografische Merkmale der teilnehmenden Pflegenden

Anhang 6.2: Darstellung der verwendeten Items aus dem Fragebogen für das Pflegepersonal

Patient:innengewalt gegenüber Pflegenden im vorausgegangenen Monat

Wie oft waren Sie im letzten Monat während ihrer psychiatrischen Pflegetätigkeit mit den folgenden Gewalttypen konfrontiert?		
<p>Verbale Äusserungen eines Patienten gegenüber Ihnen, welche Sie als Bedrohung empfunden haben.</p> <p><i>Beispielsweise: Beleidigungen; Beschimpfungen; drohen Gewalt gegenüber Ihnen oder ihren Angehörigen anzuwenden; damit drohen, Ihnen ausserhalb des Arbeitsplatzes Gewalt anzutun.</i></p>		
<p>Verbale Äusserungen eines Patienten Ihnen gegenüber, welche Sie als sexuell einschüchternd oder belästigend empfunden haben.</p> <p><i>Beispielsweise: Hinterher Pfeifen; Verlangen von privaten Treffen; Äusserung von zweideutigen Bemerkungen; Sie mit pornografischem Material konfrontieren; mit sexuellen Tätlichkeiten drohen.</i></p>		
<p>Gewalt eines Patienten gegenüber Gegenständen, welche Sie als persönlichen Angriff empfunden haben.</p> <p><i>Beispielsweise: Gegenstände zerstören; Gegenstände zerschlagen; Feuer legen; Gegenstände herumwerfen; gegen Gegenstände schlagen; mit der Faust auf Tisch schlagen; gegen die Türe treten.</i></p>	<p>Antwortoptionen</p> <p>1 = Nie 2 = Einmal pro Monat 3 = Mehrmals pro Monat 4 = Einmal pro Woche 5 = Mehrmals pro Woche 6 = Täglich</p>	<p>Nach Umwandlung</p> <p>1 = Nie 2 = Mindestens einmal pro Monat oder mehr</p>
<p>Körperlicher Angriff eines Patienten, welchen Sie als sexuell einschüchternd oder belästigend empfunden haben.</p> <p><i>Beispielsweise: Sie küssen; Sie an sich heranziehen; Berührungen der Geschlechtsorgane (an die Brust, zwischen die Beine fassen).</i></p>		
<p>Körperlicher Angriff eines Patienten, welcher Ihnen entweder keine oder höchstens kleinere Verletzungen zufügte (z.B. blauen Flecken, Zerrungen/Verstauchungen, Striemen).</p> <p><i>Beispielsweise: Sie beißen, bespucken, treten, schlagen, stossen, kratzen; Fausthiebe austeilen; an den Haaren ziehen; Haare ausreissen.</i></p>		

Schwerwiegende Patient:innengewalt in Vergangenheit

Wie oft waren Sie während ihrer gesamten psychiatrischen Pflegetätigkeit mit den folgenden Gewalttypen konfrontiert?		
<p>Körperlicher Angriff eines Patienten, welcher zu schweren Verletzungen führte und Sie ärztlich behandelt werden mussten oder die Einweisung in ein Spital notwendig wurde.</p> <p><i>Beispielsweise: Knochenbrüche, tiefe Fleischwunden, innere Verletzungen, ausgeschlagene Zähne, Bewusstlosigkeit.</i></p>	<p>Antwortoptionen</p> <p>1 = Nie</p> <p>2 = Ein- bis zweimal</p> <p>3 = Dreimal oder mehr</p>	<p>Nach der Umwandlung</p> <p>1 = Nie</p> <p>2 = Einmal oder mehr</p>
<p>Sexueller Übergriff eines Patienten, den Sie als Versuch empfunden haben, mit Ihnen ohne Ihre Zustimmung Geschlechtsverkehr, oralen oder gewalttätigen Sex zu haben.</p> <p><i>Beispielsweise: Vergewaltigung.</i></p>		

Umgang des Pflegepersonals mit Gewalt/Aggression von Patienten

Sicherheit im Umgang mit Patient:innengewalt		
<p>Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Patienten, die Sie verbal bedrohen?</p> <p><i>Beispielsweise: Beleidigungen; Beschimpfungen; drohen Gewalt gegenüber Ihnen oder Ihren Angehörigen anzuwenden; damit drohen, Ihnen ausserhalb des Arbeitsplatzes Gewalt anzutun.</i></p>	<p>Antwortoptionen</p> <p>0 = sehr unsicher</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10 = sehr sicher</p>	<p>Nach Umwandlung, mit arithmetischem Mittel pro Item zusammengefasst zu einem Item</p> <p>1 = eher unsicher (25% Quantile)</p> <p>2 = mittelmässig</p> <p>3 = eher sicher (75% Quantile)</p>
<p>Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Patienten, die Sie verbal sexuell einschüchtern/belästigen?</p> <p><i>Beispielsweise: hinterher Pfeifen; Verlangen von privaten Treffen; Äusserung von zweideutigen Bemerkungen; Sie mit pornografischem Material konfrontieren; mit sexuellen Tätlichkeiten drohen.</i></p>		
<p>Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Patienten, die Gegenstände zerstören, wodurch Sie sich persönlich angegriffen fühlen?</p> <p><i>Beispielsweise: Gegenstände zerstören; Gegenstände zerschlagen; Feuer legen; Gegenstände herumwerfen; gegen Gegenstände schlagen; mit der Faust auf Tisch schlagen; gegen die Türe treten.</i></p>		
<p>Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Patienten, die Sie körperlich angreifen, um Sie sexuell einzuschüchtern/zu belästigen?</p> <p><i>Beispielsweise: Sie küssen; Sie an sich heranziehen; Berührungen der Geschlechtsorgane (an die Brust, zwischen die Beine fassen).</i></p>		

Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Patienten, die Sie körperlich angreifen und Ihnen damit Verletzungen zufügen? <i>Beispielsweise: Sie beißen, bespucken, treten, schlagen, stossen, kratzen; Fausthiebe austeilen; an den Haaren ziehen; Haare ausreissen.</i>		
Sicherheit in der Anwendung von spezifischen Techniken		
Wie sicher fühlen Sie sich in der Kommunikation mit aggressiven Patienten?	Antwortoptionen 0 = sehr unsicher 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = sehr sicher	Nach Umwandlung, mit arithmetischem Mittel pro Item zusammengefasst zu einem Item 1 = eher unsicher (25% Quantile) 2 = mittelmässig 3 = eher sicher (75% Quantile)
Wie sicher fühlen Sie sich, die Warnzeichen von aggressivem Verhalten bei Patienten zu erkennen?		
Wie sicher fühlen Sie sich in der Deeskalation von Aggression/Gewalt?		
Wie sicher fühlen Sie sich im Grenzen setzen, um das Gewaltrisiko zu minimieren?		
Wie sicher schätzen Sie ihr Auftreten ein?		

Belastung durch Patient:innengewalt

Wie belastend ist es für Sie, wenn Patienten Sie verbal bedrohen?	Antwortoptionen 0 = überhaupt nicht belastend 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = sehr stark belastend	Nach Umwandlung, mit arithmetischem Mittel pro Item zusammengefasst zu einem Item 1 = eher nicht belastet (25% Quantile) 2 = mittelmässig 3 = eher belastet (75% Quantile)
Wie belastend ist es für Sie, wenn Patienten Sie körperlich angreifen?		
Wie belastend ist es für Sie, wenn Patienten Sie sexuell bedrohen/einschüchtern?		

Einstellung, dass Patient:innengewalt zum Job gehört

Wie gross ist Ihre Zustimmung zu den folgenden Aussagen:		
In der Arbeit der psychiatrischen Pflege gehört es dazu, dass Patienten das Pflegepersonal verbal bedrohen.	Antwortoptionen 0 = Stimme überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = Stimme völlig zu	Nach Umwandlung, mit arithmetischem Mittel pro Item zusammengefasst zu einem Item 1 = gehört eher nicht zum Job (25% Quantile) 2 = mittelmässig 3 = gehört eher zum Job (75% Quantile)
In der Arbeit der psychiatrischen Pflege gehört es dazu, dass Patienten das Pflegepersonal sexuell belästigen/einschüchtern.		
In der Arbeit der psychiatrischen Pflege gehört es dazu, dass Patienten das Pflegepersonal körperlich angreifen.		

Managementinterventionen

Haben Sie einen Basis- oder Grundkurs/eine Weiterbildung zu Aggressionsmanagement und/oder Deeskalationstechniken absolviert?	1 = Ja 2 = Nein	
Wenn ja, wann haben Sie letztmals einen Refresher/Wiederholungskurs zu Aggressionsmanagement und/oder Deeskalationstechniken absolviert?	1 = Nie 2 = In den letzten 12 Monaten 3 = Vor mehr als 12 Monaten	1 = Keinen Refresher 2 = Einen Refresher
Tragen Sie bei Ihrer pflegerischen Tätigkeit einen mobilen Notsignalsender/eine Alarmuhr?	1 = Nie 2 = Manchmal 3 = Meistens 4 = Immer	1 = Nie 2 = Manchmal, meistens 3 = Immer

Anhang 6.3: Gewalterleben und soziodemografische Merkmale der Pflegenden

	Total	Alter				
		16-24 Jahre	25-34 Jahre	35-44 Jahre	45-54 Jahre	55-67 Jahre
n	1,201	109	366	212	228	222
Verbale Gewalt n (%)						
≥ 1 pro Monat	840 (72.7)	98 (91.6)	281 (77.0)	161 (75.9)	158 (69.6)	127 (57.5)
Nie	316 (27.3)	9 (8.4)	84 (23.0)	51 (24.1)	69 (30.4)	94 (42.5)
Verbale sexuelle Gewalt n (%)						
≥ 1 pro Monat	440 (38.1)	66 (62.9)	185 (50.5)	76 (35.8)	68 (30.0)	39 (17.6)
Nie	716 (61.9)	39 (37.1)	181 (49.5)	136 (64.2)	159 (70.0)	183 (82.4)
Gewalt gegenüber Gegenständen n (%)						
≥ 1 pro Monat	731 (63.5)	84 (78.5)	256 (69.9)	142 (68.3)	138 (61.1)	99 (44.8)
Nie	421 (36.5)	23 (21.5)	110 (30.1)	66 (31.7)	88 (38.9)	122 (55.2)
Physisch sexuelle Gewalt n (%)						
≥ 1 pro Monat	158 (13.7)	17 (15.7)	58 (15.9)	31 (14.6)	34 (15.0)	16 (7.2)
Nie	998 (86.3)	91 (84.3)	306 (84.1)	181 (85.4)	193 (85.0)	205 (92.8)
Physische Gewalt n (%)						
≥ 1 pro Monat	324 (28.1)	31 (28.7)	106 (29.1)	70 (33.2)	71 (31.4)	41 (18.6)
Nie	829 (71.9)	77 (71.3)	258 (70.9)	141 (66.8)	155 (68.6)	179 (81.4)

Tabelle 18: Gewalterleben nach Alter

	Total	Berufserfahrung				
		0 - 3 Jahre	>3 - 7 Jahre	>7 - 15 Jahre	>15 - 20 Jahre	>20 Jahre
n	1,201	197	184	253	151	273
Verbale Gewalt n (%)						
≥	840 (72.7)	171 (86.8)	139 (76.0)	181 (71.5)	117 (77.5)	160 (59.0)
1 pro Monat						
Nie	316 (27.3)	26 (13.2)	44 (24.0)	72 (28.5)	34 (22.5)	111 (41.0)
Verbale sexuelle Gewalt n (%)						
≥	440 (38.1)	99 (50.3)	88 (47.8)	102 (40.3)	52 (34.4)	60 (22.1)
1 pro Monat						
Nie	716 (61.9)	98 (49.7)	96 (52.2)	151 (59.7)	99 (65.6)	212 (77.9)
Gewalt gegenüber Gegenständen n (%)						
≥	731 (63.5)	145 (74.7)	126 (68.9)	164 (64.8)	101 (67.3)	130 (48.0)
1 pro Monat						
Nie	421 (36.5)	49 (25.3)	57 (31.1)	89 (35.2)	49 (32.7)	141 (52.0)
Physisch sexuelle Gewalt n (%)						
≥	158 (13.7)	32 (16.3)	29 (15.8)	36 (14.3)	29 (19.2)	23 (8.5)
1 pro Monat						
Nie	998 (86.3)	164 (83.7)	155 (84.2)	215 (85.7)	122 (80.8)	249 (91.5)
Physische Gewalt n (%)						
≥	324 (28.1)	61 (31.1)	55 (29.9)	72 (28.6)	41 (27.7)	66 (24.4)
1 pro Monat						
Nie	829 (71.9)	135 (68.9)	129 (70.1)	180 (71.4)	107 (72.3)	205 (75.6)

Tabelle 19: Gewalterleben nach Berufserfahrung

	Total	Arbeitspensum		
		10-60%	61-99%	100%
n	1,201	188	484	462
Verbale Gewalt n (%)				
≥ 1 <i>pro Monat</i>	840 (72.7)	122 (64.9)	334 (69.3)	367 (80.0)
Nie	316 (27.3)	66 (35.1)	148 (30.7)	92 (20.0)
Verbale sexuelle Gewalt n (%)				
≥ 1 <i>pro Monat</i>	440 (38.1)	78 (41.5)	161 (33.5)	195 (42.4)
Nie	716 (61.9)	110 (58.5)	320 (66.5)	265 (57.6)
Gewalt gegenüber Gegenständen n (%)				
≥ 1 <i>pro Monat</i>	731 (63.5)	106 (56.4)	288 (59.8)	325 (71.4)
Nie	421 (36.5)	82 (43.6)	194 (40.2)	130 (28.6)
Physisch sexuelle Gewalt n (%)				
≥ 1 <i>pro Monat</i>	158 (13.7)	22 (11.8)	54 (11.2)	79 (17.1)
Nie	998 (86.3)	164 (88.2)	428 (88.8)	382 (82.9)
Physische Gewalt n (%)				
≥ 1 <i>pro Monat</i>	324 (28.1)	42 (22.6)	122 (25.4)	154 (33.6)
Nie	829 (71.9)	144 (77.4)	359 (74.6)	305 (66.4)

Tabelle 20: Gewalterleben nach Arbeitspensum

	Total	Geschlecht	
		Männlich	Weiblich
n	1,201	342	809
Verbale Gewalt n (%)			
≥ 1 <i>pro Monat</i>	840 (72.7)	265 (77.9)	567 (70.4)
Nie	316 (27.3)	75 (22.1)	238 (29.6)
Verbale sexuelle Gewalt n (%)			
≥ 1 <i>pro Monat</i>	440 (38.1)	107 (31.3)	331 (41.2)
Nie	716 (61.9)	235 (68.7)	472 (58.8)
Gewalt gegenüber Gegenständen n (%)			
≥ 1 <i>pro Monat</i>	731 (63.5)	226 (67.3)	500 (62.1)
Nie	421 (36.5)	110 (32.7)	305 (37.9)
Physisch sexuelle Gewalt n (%)			
≥ 1 <i>pro Monat</i>	158 (13.7)	43 (12.6)	114 (14.2)
Nie	998 (86.3)	299 (87.4)	689 (85.8)
Physische Gewalt n (%)			
≥ 1 <i>pro Monat</i>	324 (28.1)	113 (33.1)	208 (26.0)
Nie	829 (71.9)	228 (66.9)	593 (74.0)

Tabelle 21: Gewalterleben nach Geschlecht

Anhang 6.4: Umgang Patient:innengewalt und soziodemografische Merkmale

	Total	FaGe	Pflegende HF	Pflegende Bachelor	Pflegende Master	p [*]	SMD [†]
n	1,201	127	909	85	18		
Sicherheit Umgang (mean (SD))	6.27 (2.19)	5.91 (2.08)	6.30 (2.20)	6.12 (2.01)	6.62 (2.72)	0.235	0.166
Sicherheit Methoden (mean (SD))	7.32 (1.59)	6.56 (1.63)	7.40 (1.55)	7.35 (1.67)	7.87 (1.49)	<0.001	0.416
Belastung (mean (SD))	5.89 (2.45)	5.00 (2.36)	5.97 (2.46)	6.35 (2.20)	6.49 (2.07)	<0.001	0.353
Einstellung (mean (SD))	3.30 (2.66)	3.71 (2.60)	3.24 (2.64)	3.18 (2.91)	2.74 (2.46)	0.226	0.189

* p = p-Wert

† SMD = standardisierte Mittelwertdifferenz

Tabelle 22: Umgang mit Gewalt nach Berufsgruppe

	Total	Alter					p [*]	SMD [†]
		16-24 Jahre	25-34 Jahre	35-44 Jahre	45-54 Jahre	55-67 Jahre		
n	1,201	109	366	212	228	222		
Sicherheit Umgang (mean (SD))	6.27 (2.19)	5.52 (1.99)	5.77 (2.08)	6.30 (2.29)	6.64 (2.22)	6.98 (2.03)	<0.001	0.360
Sicherheit Methoden (mean (SD))	7.32 (1.59)	6.62 (1.59)	7.10 (1.55)	7.46 (1.68)	7.52 (1.50)	7.67 (1.48)	<0.001	0.321
Belastung (mean (SD))	5.89 (2.45)	5.41 (2.26)	5.97 (2.29)	5.80 (2.57)	5.93 (2.66)	6.10 (2.45)	0.168	0.128
Einstellung (mean (SD))	3.30 (2.66)	3.53 (2.68)	3.09 (2.56)	3.46 (2.71)	3.36 (2.73)	3.41 (2.68)	0.381	0.072

* p = p-Wert

† SMD = standardisierte Mittelwertdifferenz

Tabelle 23: Umgang mit Gewalt nach Alter

	Total	Arbeitspensum			p*	SMD†
		10-60%	61-99%	100%		
n	1,201	188	484	462		
Sicherheit Umgang (mean (SD))	6.27 (2.19)	5.91 (2.10)	6.23 (2.20)	6.43 (2.20)	0.021	0.161
Sicherheit Methoden (mean (SD))	7.32 (1.59)	7.23 (1.58)	7.24 (1.62)	7.42 (1.56)	0.154	0.080
Belastung (mean (SD))	5.89 (2.45)	6.21 (2.20)	6.02 (2.38)	5.64 (2.59)	0.009	0.158
Einstellung (mean (SD))	3.30 (2.66)	3.44 (2.29)	3.23 (2.64)	3.35 (2.82)	0.622	0.053

* p = p-Wert

† SMD = standardisierte Mittelwertdifferenz

Tabelle 24: Umgang mit Gewalt nach Arbeitspensum

	Total	Berufserfahrung					p*	SMD†
		0 - 3 Jahre	>3 - 7 Jahre	>7 - 15 Jahre	>15 - 20 Jahre	>20 Jahre		
n	1,201	197	184	253	151	273		
Sicherheit Umgang (mean (SD))	6.27 (2.19)	5.96 (2.20)	6.08 (2.06)	6.13 (2.15)	6.65 (2.25)	6.64 (2.16)	0.001	0.180
Sicherheit Methoden (mean (SD))	7.32 (1.59)	7.00 (1.60)	7.39 (1.53)	7.30 (1.58)	7.63 (1.53)	7.54 (1.58)	0.001	0.191
Belastung (mean (SD))	5.89 (2.45)	5.38 (2.40)	5.82 (2.23)	6.10 (2.41)	5.83 (2.82)	6.27 (2.45)	0.002	0.168
Einstellung (mean (SD))	3.30 (2.66)	3.42 (2.64)	3.08 (2.58)	3.18 (2.60)	3.37 (2.84)	3.49 (2.77)	0.472	0.079

* p = p-Wert

† SMD = standardisierte Mittelwertdifferenz

Tabelle 25: Umgang mit Gewalt nach Berufserfahrung

	Total	Geschlecht		p*	SMD†
		Männlich	Weiblich		
n	1,201	342	809		
Sicherheit Umgang (mean (SD))	6.27 (2.19)	7.11 (1.97)	5.90 (2.17)	<0.001	0.584
Sicherheit Methoden (mean (SD))	7.32 (1.59)	7.75 (1.49)	7.13 (1.59)	<0.001	0.401
Belastung (mean (SD))	5.89 (2.45)	5.34 (2.61)	6.14 (2.34)	<0.001	0.320
Einstellung (mean (SD))	3.30 (2.66)	3.58 (2.87)	3.19 (2.56)	0.021	0.146

* p = p-Wert

† SMD = standardisierte Mittelwertdifferenz

Tabelle 26: Umgang mit Gewalt nach Geschlecht

Anhang 6.5: Umgang mit Patient:innengewalt und Aggressionsmanagementsysteme

	Total	Besuch Basiskurs		p [*]	SMD [†]
		Ja	Nein		
n	1,201	1,062	34		
Sicherheit Umgang (mean (SD))	6.27 (2.19)	6.27 (2.20)	6.10 (2.05)	0.663	0.080
Sicherheit Methoden (mean (SD))	7.32 (1.59)	7.38 (1.56)	6.43 (1.81)	0.001	0.562
Belastung (mean (SD))	5.89 (2.45)	5.91 (2.46)	5.01 (2.42)	0.038	0.370
Einstellung (mean (SD))	3.30 (2.66)	3.29 (2.67)	3.82 (2.92)	0.262	0.190

^{*} p = p-Wert

[†] SMD = standardisierte Mittelwertdifferenz

Tabelle 27: Umgang und Besuch Basiskurs Aggressions- und Deeskalationsmanagement

	Total	Besuch Refresher		p [*]	SMD [†]
		Ja	Nein		
n	1,201	998	79		
Sicherheit Umgang (mean (SD))	6.27 (2.19)	6.28 (2.21)	5.78 (2.01)	0.055	0.235
Sicherheit Methoden (mean (SD))	7.32 (1.59)	7.39 (1.57)	6.66 (1.67)	<0.001	0.451
Belastung (mean (SD))	5.89 (2.45)	5.91 (2.47)	6.00 (2.42)	0.751	0.038
Einstellung (mean (SD))	3.30 (2.66)	3.23 (2.65)	3.86 (2.87)	0.044	0.229

^{*} p = p-Wert

[†] SMD = standardisierte Mittelwertdifferenz

Tabelle 28: Besuch Refresherkurs Aggressions- und Deeskalationsmanagement

	Total	Tragen Alarmuhr			p*	SMD†
		Immer	Manchmal	Nie		
n	1,201	512	519	122		
Sicherheit Umgang (mean (SD))	6.27 (2.19)	6.12 (2.15)	6.40 (2.16)	6.25 (2.40)	0.117	0.085
Sicherheit Methoden (mean (SD))	7.32 (1.59)	7.28 (1.63)	7.41 (1.48)	7.08 (1.84)	0.099	0.130
Belastung (mean (SD))	5.89 (2.45)	5.88 (2.48)	5.97 (2.42)	5.66 (2.46)	0.449	0.083
Einstellung (mean (SD))	3.30 (2.66)	3.54 (2.80)	3.13 (2.52)	3.03 (2.57)	0.024	0.127

* p = p-Wert

† SMD = standardisierte Mittelwertdifferenz

Tabelle 29: Umgang mit und Tragen von Alarmgerät

