



Arbeit in der Pflege bis ins Pensionsalter

Master-Arbeit 2011

Andrea Leibold

Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie

Praxispartner

Luzerner Kantonsspital, Fabienne Bachmann

Betreuende Person

Prof. Dr. Simone Grebner
Fachhochschule Nordwestschweiz

Zusammenfassung Die vorliegende Master-Arbeit befasst sich mit der Frage, wie Pflegepersonal im Akutspital bis zur Pensionierung im Beruf gehalten werden kann. Mittels Interviews und Fragebogen wurden die Stressoren und Ressourcen von Schweizerischem Pflegepersonal (N=882) am Luzerner Kantonsspital untersucht. Die Ergebnisse der Untersuchung wurden in einem Workshop an die Pflegenden (n=9) rückgemeldet und gemeinsam wurden Ansätze für Veränderungsmöglichkeiten erarbeitet. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die jüngeren Pflegenden stärker belastet sind als die älteren. Auch gibt es unterschiedliche Stressoren an den unterschiedlichen Standorten Luzern, Sursee, Wolhusen und Nidwalden und in den ambulanten und stationären Arbeitsbereichen. Folgen sind erhöhte Arbeitsunzufriedenheit, tiefes Commitment mit der Organisation und das Nachdenken über einen Berufsausstieg bei den jüngeren Pflegenden. Gestaltungsvorschläge wie z.B. die Optimierung von Arbeitsabläufen oder die Dienstplangestaltung werden von den Ergebnissen abgeleitet. Die vorgeschlagenen Massnahmen haben das Ziel, die Situation Pflegenden jeden Alters zu verbessern.

Schlüsselwörter: Demografischer Wandel – Gesundheitswesen - Stressoren und Ressourcen am Arbeitsplatz - Pflegenden im Beruf halten – Organisationsentwicklung

Abstract This master's thesis deals with the question how nurses can be kept in their profession until retirement. Using interviews and questionnaires stressors and resources of Swiss nurses (N=882) at the hospital of Luzern were analysed. In a workshop with nine nurses results were reported and options for interventions were developed. Results indicate that younger nurses feel more stressed than older nurses. There are also different stressors at the differing locations in Luzern, Sursee, Wolhusen and Nidwalden and the ambulatory and stationary work places. Consequences are less job satisfaction and organizational commitment and more turnover intentions of younger nurses. Recommendations as optimization of work processes and work scheduling are derived from these results. Measures are aimed at taking into account the situation of all generations of nurses.

Key words: demographic change – health care - workplace stress and resources - nursing retention - organizational change

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
1. Abgrenzung	7
1.1 Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf das Gesundheitswesen der Schweiz	8
1.2 Untersuchungspartner: Luzerner Kantonsspital	9
1.3 Ziele der Arbeit	9
1.4 Fragestellungen	10
2. Theoretische Grundlagen	11
2.1 Stressoren und Ressourcen der Arbeit	11
2.1.1 Stressoren der Arbeit	12
2.1.2 Ressourcen der Arbeit	15
2.2 Stressauswirkungen	18
2.2.1 Arbeitsfähigkeit – Work Ability	18
2.2.2 Burnout	18
2.2.3 Arbeitszufriedenheit	19
2.2.4 Commitment	20
2.2.5 Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung	21
3. Methoden der Datenerhebung und der Datenanalyse	23
3.1 Untersuchungsablauf	23
3.2 Dokumentenanalyse	23
3.3 Interviews	24
3.3.1 Zielgruppen und Auswahl der Interviewpartner	25
3.3.2 Aufbau der Interviewleitfäden	25
3.3.3 Durchführung und Auswertung der Interviews	26
3.4 Fragebogenerhebung	26
3.4.1 Stichprobe	26
3.4.2 Instrumentenentwicklung und Aufbau	27
3.4.3 Durchführung der Fragebogenerhebung	33
3.4.4 Datenauswertung des Fragebogens	33
3.5 Workshop	34
3.5.1 Stichprobe	34

3.5.2 Drehbuch	35
3.5.3 Auswertung.....	35
4. Ergebnisse und Interpretation	36
4.1 Dokumentenanalyse	36
4.1.1 Altersverteilung	36
4.1.2 Absenzen	38
4.2 Interviews	39
4.2.1 Stressoren des Pflegepersonals	39
4.2.2 Ressourcen des Pflegepersonals	45
4.3 Fragebogenbefragung.....	48
4.3.1 Stichprobe.....	48
4.3.2 Reliabilität der Skalen	50
4.3.3 Bivariate Korrelationen nach Pearson	51
4.3.4 Vergleich der Mittelwerte der Untersuchungsgruppe mit denen der Referenzgruppen.....	54
4.3.5 Stressoren, Ressourcen und Stressfolgen	56
4.3.6 Gründe dafür, dass ältere Arbeitskolleginnen den Beruf verlassen haben	68
4.4 Workshop	70
4.4.1 Thema „Zeitdruck“	70
4.4.2 Thema „Führungsqualität“	70
4.4.3 Thema „Alter in der Pflege“	71
5. Integrierende Interpretation.....	72
5.1 Stressoren und Ressourcen, die (ältere) Pflegende erleben.....	72
5.1.1 Stressoren der Arbeit	72
5.1.2 Ressourcen der Arbeit	78
5.2 Auswirkungen von Stressoren und ungenügenden Ressourcen.....	83
6. Ableitung von Gestaltungsvorschläge	86
6.1 Vermindern von Stressoren	86
6.1.1 Zeitdruck.....	86
6.1.2 Pflegequalität	87
6.1.3 Kognitive Anforderungen.....	87
6.1.4 Schichtarbeit	87

6.1.5 Rollenkonflikt.....	88
6.1.6 Organisatorische Probleme.....	88
6.2. Stärken von Ressourcen	89
6.2.1 Entscheidungsspielraum	89
6.2.2 Entwicklungsmöglichkeiten/Qualifizierung/Lernen	89
6.2.3 Führungsqualität	90
6.2.4 Teamzusammenarbeit.....	91
6.2.5 Wertschätzung	91
6.2.6 Gesundheitsförderung.....	93
7. Reflexion	95
7.1 Zusammenfassung.....	95
7.2 Kritische Reflexion zu Untersuchungsdesign und Ergebnis	96
7.3 Ausblick	97
Abbildungsverzeichnis.....	98
Tabellenverzeichnis.....	98
Literaturverzeichnis	99
Anhang	

Einleitung

Aufgrund des demografischen Wandels zeichnet sich ein Pflegenotstand ab. Im Jahr 2020 wird der Anteil der Mitarbeitenden in den Spitälern, die das Rentenalter erreichen, bei 15% liegen und im Jahr 2030 bei 39% (Jaccard Ruedin & Weaver, 2009). Zudem sind im Gesundheitsbereich vorzeitige Pensionierungen sehr häufig. Dies erklärt den sehr geringen Anteil der über 54-Jährigen im Spitalbereich. In dieser Masterarbeit wird der Frage nachgegangen, wie Pflegepersonal bis zur Pensionierung im Beruf gehalten werden kann. Ausgehend von den Stressoren und den Ressourcen der Pflegenden¹ und den sich daraus ableitenden Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Pflegenden sowie deren Verbleib im Beruf soll nach Möglichkeiten zur Veränderung der Arbeitsbedingungen gesucht werden. Trotz schwierigen Arbeitsbedingungen wie wachsendem Zeitdruck und Schichtarbeit soll es möglich sein, im Pflegeberuf zu bleiben.

Das erste Kapitel hat das Ziel, das Forschungsfeld und den Forschungsgegenstand einzugrenzen. Der theoretische Hintergrund der Arbeit wird in Kapitel zwei erläutert. Die Methoden der Datengewinnung und der Datenanalyse werden im dritten Kapitel dargestellt. Den inhaltlichen Schwerpunkt bildet das vierte Kapitel, das die Ergebnisse und ihre Interpretation zeigt. Im fünften Kapitel wird auf dieser Grundlage eine integrierende Interpretation beschrieben. Darauf aufbauend werden im Kapitel sechs die entwickelten Gestaltungsempfehlungen vorgestellt. Im abschliessenden siebten Kapitel finden sich die Zusammenfassung, Reflexion und ein Ausblick.

1. Abgrenzung

Im ersten Kapitel wird der Gegenstand der Arbeit erläutert und dabei das Feld eingegrenzt. Es werden die Situation im Gesundheitswesen und der Praxispartner Luzerner Kantonsspital beschrieben. Abgeleitet von den Zielen der Arbeit werden die Fragestellungen formuliert.

¹ Wenn möglich wird in der vorliegenden Arbeit eine geschlechtsneutrale Sprache verwendet. In Fällen, in denen es keine geschlechtsneutrale Form gibt, wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die weibliche Form verwendet. Darin ist jeweils das männliche Geschlecht mit einbezogen.

1.1 Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf das Gesundheitswesen der Schweiz

Die Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz zeigt, dass der Anteil der jungen Menschen zurückgeht und der Anteil der Älteren zunimmt (Bundesamt für Statistik, Genauerer dazu s. Anhang I). Das hat zur Folge, dass weniger jüngere Mitarbeitende im Gesundheitswesen arbeiten werden und ältere Mitarbeitende, die aus dem Arbeitsprozess austreten, nicht alle von jüngeren ersetzt werden können (OdASanté, 2009). Gleichzeitig gibt es eine Zunahme bei den Patientenzahlen und dem Pflegeaufwand, denn die Patienten werden nicht nur zunehmend älter, sondern aufgrund altersbedingter Begleiterkrankungen wie Spätfolgen von Stoffwechselstörungen, Herz-, Kreislauferkrankungen, Demenz, etc. multimorbider und damit pflegeaufwändiger (Künzi & Schär Moser, 2002). Parallel zum steigenden Pflegeaufwand nimmt die physische und psychische Belastung des Pflegepersonals zu. Auch die Folgen des Kostendrucks im Krankenhaus, sowie die weiter steigende Aufnahmezahlen bei gleichzeitiger Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer auf ein Minimum, erhöhen die Stressoren des Pflegepersonals im Akutbereich. Die Arbeit verdichtet sich also und es muss mehr Arbeit durch weniger Personal geleistet werden.

Der effektivste Weg, die Pflege der Zukunft zu sichern, scheint darin zu bestehen, den Verbleib der Pflegekräfte in ihrem Beruf zu unterstützen (OdASanté, 2009). Allerdings liegen Hinweise vor, dass die Arbeitsfähigkeit von Pflegenden unter den gegenwärtigen Arbeitsbedingungen ab dem 50. Altersjahr stark abnimmt (Müller & Hasselhorn, 2004). Eine beeinträchtigte Gesundheit steht in deutlichem Zusammenhang mit der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen. So geht aus der Nurses Early Exit Study (NEXT) mit mehr als 30'000 Pflegenden hervor, dass mehr als die Hälfte derjenigen Pflegenden, die von täglicher körperlicher Erschöpfung berichten, mehrmals im Jahr oder öfter daran denken, den Beruf zu verlassen (Hasselhorn et al., 2005). Ein weiterer Grund für den Ausstieg aus dem Pflegeberuf liegt darin, dass mehrheitlich Frauen im Gesundheitswesen arbeiten (Jaccard Ruedin & Widmer, 2010; OdASanté, 2009), die neben der Erwerbsarbeit auch Familienarbeit leisten. Unregelmässige Arbeitszeiten und Nacht- und Wochenenddienste erschweren die Verbindung von Familien- und Berufsleben. Während der Familienphase scheint deshalb ein temporärer Berufsausstieg die Regel zu sein. Für einen Teil der Pausierenden wird diese Berufspause sogar zum definitiven Ausstieg aus den Gesundheitsberufen. Ein Wiedereinstieg wird oft durch das rasch wechselnde Wissen in Medizin und Technik erschwert. Auch übernehmen Frauen häufig Betreuungs- und Pflegeaufgaben für

ihre betagten Angehörigen und verzichten aus diesem Grund auf einen beruflichen Wiedereinstieg. Nach einem Wiedereinstieg arbeiten die Frauen in den meisten Fällen in einem Teilzeitpensum. Nur sehr wenige arbeiten 100%. Den Pensionierungszeitpunkt passen viele Frauen demjenigen ihres Partners an und gehen deshalb früher in Pension (OdASanté, 2009).

Pflege soll in Zukunft so sichergestellt werden, dass beschäftigte Pflegekräfte bis ins hohe Erwerbsalter gesund und leistungsfähig im Beruf verbleiben. Deshalb ist es essentiell, eine altersgerechte und altersgerechte Gestaltung von Pfllegetätigkeiten in den Mittelpunkt zu stellen. Dies ist der Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit.

1.2 Untersuchungspartner: Luzerner Kantonsspital

Das Luzerner Kantonsspital (LUKS) ist das Zentrumsspital der Zentralschweiz. Die Akutspitäler an den Standorten Luzern, Sursee und Wolhusen stellen die medizinische Versorgung rund um die Uhr für alle Bevölkerungsgruppen sicher. Das LUKS ist mit rund 5'400 Mitarbeitenden der grösste Arbeitgeber der Zentralschweiz (ca. 2368 Mitarbeitende =MA in der Pflege). Ab 2012 ist zudem die Führung des Kantonsspitals Nidwalden durch das Luzerner Kantonsspital geplant (ca. 430 MA; Pflege ca.130). Da im Pflegedienst bereits jetzt sehr eng zusammen gearbeitet wird, nimmt auch das Kantonsspital Nidwalden an der Fragebogenbefragung teil.

Ziel am LUKS ist es, in der Pflege im sogenannten „Tandemsystem“ zusammenzuarbeiten. Dabei betreut eine Pflegefachperson HF² mit einer FaGe³ zusammen eine Patientengruppe. Die beiden Gesundheitsberufe ergänzen sich in der gemeinsamen Zusammenarbeit. Die Pflegefachperson HF übernimmt dabei die Verantwortung über die Patientengruppe und die Arbeitsplanung und die FaGe übernimmt einen grossen Teil der grundpflegerischen Arbeit der Patienten.

1.3 Ziele der Arbeit

Mit der vorliegenden Arbeit sollen auf der einen Seite spezifische Stressoren ermittelt werden, welche die Pflegenden erleben. Auf der anderen Seite sollen auch vorhandene Ressourcen ermittelt werden, die im Umgang mit Stressoren hilfreich sein können. Dabei wird der Schwerpunkt auf die älteren Pflegenden und die von ihnen wahrgenommenen

² Pflegefachfrau Höhere Fachschule (Tertiärstufe)

³ Fachfrau Gesundheit FaGe (Sekundarstufe)

Stressoren und Ressourcen gelegt. Aus den Ergebnissen sollen konkrete Handlungsempfehlungen für das Spital abgeleitet werden. Diese Handlungsempfehlungen sollen darauf ausgerichtet sein, die Stressoren Pflegender so zu reduzieren und die Ressourcen so zu fördern, dass ein Verbleib in der Pflege bis zum Pensionsalter wahrscheinlicher wird. Auf diese Weise sollen die Folgen der demografischen Entwicklung gemindert und die pflegerische Versorgung der Bevölkerung gewährleistet werden. Gleichzeitig kann durch einen verantwortungsvollen Umgang mit den Mitarbeitenden die langfristige Mitarbeiterbindung verbessert werden.

1.4 Fragestellungen

Aufgrund der oben beschriebenen Problematiken und Ziele soll deshalb folgender Frage und ihren Unterfragen nachgegangen werden:

Welche Möglichkeiten zur Veränderung ihres Berufes sehen Pflegende, damit auch ältere Pflegende bis zur Pensionierung in ihrem Beruf arbeiten können/wollen?

- a. Welche Stressoren und Ressourcen erleben (ältere) Pflegende?
- b. Unterscheiden sich jüngere und ältere Pflegende bezüglich ihrer erlebten Stressoren und Ressourcen und der Stressauswirkungen?
- c. Unterscheiden sich Pflegende aus verschiedenen Arbeitsorten/-bereichen bezüglich ihrer Einschätzungen?

2. Theoretische Grundlagen

Das zweite Kapitel dient der Aufarbeitung der theoretischen Grundlagen. Es werden Stressoren und Ressourcen mit ihren möglichen Auswirkungen beschrieben, die für die Arbeit in der Pflege wichtig sein können. Auf diesen Erkenntnissen stützt sich auch der Fragebogen ab.

2.1 Stressoren und Ressourcen der Arbeit

Bakker und Demerouti (2007) beschreiben im Job Demands-Resources Modell, dass die Risikofaktoren, die mit Arbeitsstress im Zusammenhang stehen, in die zwei Kategorien Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen eingeteilt werden können. Arbeitsanforderungen beziehen sich auf die körperlichen, psychologischen, sozialen und organisationalen Aspekte, die Anstrengung und Fähigkeiten erfordern und deshalb mit körperlichen und/oder psychologischen Kosten verbunden sind. Beispiele sind grosser Zeitdruck, eine ungünstige physikalische Arbeitsumgebung und emotional anspruchsvolle Interaktionen mit Kunden. Obwohl Arbeitsanforderungen nicht negativ an sich sind, können sie zu Stressoren werden, wenn die Mitarbeitenden sich zu sehr anstrengen müssen und sich nicht adäquat erholen können. Ein Stressor ist dabei ein Faktor, der mit hoher Wahrscheinlichkeit Stress auslösen kann (Ulich, 2005).

Ressourcen beinhalten nach Bakker und Demerouti (2007) körperliche, psychologische, soziale und organisationale Aspekte der Arbeit, die nötig sind, um Arbeitsziele zu erreichen. Auch sollen Arbeitsanforderungen und die damit verbundenen körperlichen und psychologischen Kosten dadurch reduziert und persönliches Wachstum sowie Lernen und Entwicklung gefördert werden. Ressourcen sind also nicht nur wichtig, um mit Arbeitsanforderungen umgehen zu können, sondern sie sind auch für sich selbst wichtig. Job-Ressourcen können angesiedelt sein auf der Organisationsebene (z.B. Lohn, Karrieremöglichkeiten, der zwischenmenschlichen und sozialen Ebene (z.B. Teamklima, Unterstützung von Vorgesetztem und Mitarbeitenden), der Arbeitsorganisation (z.B. Rollenklarheit, Partizipation bei Entscheidungen) und auf der Aufgabenebene (z.B. Autonomie, Feedback zur Leistung, Aufgabenvielfalt).

Im Folgenden werden mögliche Stressoren und Ressourcen der Arbeit und Stressauswirkungen beschrieben.

2.1.1 Stressoren der Arbeit

Zeitdruck

Zeitdruck ist eine Regulationsüberforderung und beschreibt quantitative Belastungsaspekte (Leitner et al., 1993). Je grösser das Arbeitsvolumen und der Grad der Fremdbestimmung des Arbeitstempos sind, desto grösser ist die Gefahr einer qualitativen Leistungsver schlechterung. Der Zeitdruck hat also direkten Einfluss auf die Qualität der Arbeit, in diesem Fall auf die Pflegequalität. Quantitative Überforderung steht häufig mit psychophysiologischen Stressreaktionen wie z.B. erhöhter Herzfrequenz, Adrenalin-/Cortisolausschüttung oder Cholesterinerhöhung im Zusammenhang. Über diese Mechanismen kann Zeitdruck an der Entstehung von Risikofaktoren für koronare Erkrankungen beteiligt sein (Kuper & Marmot, 2003). Allesøe et al. (2010) konnten z.B. nachweisen, dass es bei Pflegefachpersonen einen Zusammenhang zwischen Zeitdruck und ischämischer Herzerkrankung⁴ gibt. Einem besonderen Risiko zu erkranken sind dabei die jüngeren Pflegenden unterworfen.

Einschränkungen der Pflegequalität

Zeitdruck und Überforderung können zu eingeschränkter Pflegequalität führen. Es kommt deshalb zu einem Konflikt zwischen Rationalisierung und patientenorientierter Pflege (Kirpal, 2004). Dieser Konflikt betrifft auch die berufliche Identität Pflegenden, da dadurch die Kernelemente einer idealisierten Pflege in Frage gestellt werden. Kirpal (2004) stellte fest, dass die jüngeren Pflegenden besser mit einer „professionelleren“ Haltung gegenüber idealisierten Pflegekonzepten umgehen konnten. Allerdings verliessen sie häufig nach wenigen Jahren den Beruf und zeigten nie das Commitment gegenüber der Pflege von Patienten, die von Patienten und Arbeitgebern geschätzt wird.

Gabriel et al. (2011) zeigten, dass die Unzufriedenheit mit der Pflegequalität einen grösseren schädigenden Einfluss auf die Pflegenden hat als die Belastung durch Aufgaben der indirekten Patientenbetreuung (z.B. administrative Arbeiten).

Kognitive Anforderungen

Kognitive Anforderungen oder mentale Beanspruchungen bestehen nach Manzey (1998), wenn verschiedene Leistungsfunktionen des menschlichen Informationsverarbeitungsapparates aktiviert werden. Sie bilden die Grundlage für das subjektive Gefühl der Anstren-

⁴ Mangeldurchblutung der Herzkranzgefässe

gung bei der Bewältigung primär geistiger Leistungsanforderungen (z. B. Aktualisieren von Gedächtnisinhalten, Problemlösen, Überwachen komplexer Systeme). Die Effizienz des Aufgabenmanagements und die Flexibilität bei der Strategieauswahl sind nach Wickens und Hollands (2000) von der Ausprägung der kognitiven Anforderungen entscheidend beeinflusst. Sind die Anforderungen zu gering, so kann es zu einer qualitativen Unterforderung kommen, d.h. nur ein kleiner Teil des menschlichen Leistungsvermögens wird beansprucht. Sind die Anforderungen zu hoch, kann die Folge Überforderung sein. Nach Richter und Hacker (1998) kann es bei einer qualitativen und quantitativen Überforderung der Verarbeitungskapazität, insbesondere bei zusätzlich eingeschränkten Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, zu psychischer Ermüdung⁵ kommen. Auch Überforderungen durch die erforderliche Kombination verschiedener, einzeln für sich unproblematischer Aufgaben können psychische Ermüdung begünstigen, wie auch unterschiedliche Aufgaben, die sich schlecht miteinander vereinbaren lassen.

Schichtarbeit

Die Arbeitszeitgestaltung umfasst Aspekte wie Arbeitszeiten, Dienstplangestaltung, Einfluss auf die Dienstplangestaltung, Erholungsphasen, Flexibilität und Vorhersehbarkeit von Dienstzeiten sowie Überstunden. Sie stellt einen wichtigen Faktor der Arbeitsbelastung im Pflegeberuf dar und beeinflusst die Arbeitszufriedenheit, die Gesundheit und in der Folge davon die Absicht der Pflegenden, in ihrem Beruf zu bleiben oder ihn zu verlassen, wie Oginska et al. (2005) feststellten. Die wichtigsten Probleme der Arbeitszeitgestaltung waren: Arbeitszeiten (Schichtdienst, untypische Arbeitszeiten, Überstunden), Regelmässigkeit oder Vorhersehbarkeit von Dienstzeiten, Flexibilität und der eigene Einfluss auf die Dienstplangestaltung. Weitere Faktoren, die eine Rolle bei der Zufriedenheit mit der Dienstplangestaltung spielen, sind die individuelle Motivation und auch die Vorlieben der Mitarbeitenden. Dabei müssen besonders das geistige und körperliche Wohlbefinden (individuelle Ressourcen, einschliesslich des natürlichen Körperrhythmus), des Privatlebens und andere ausserberufliche Umstände berücksichtigt werden.

Oginska et al. (2005) fanden in ihren Untersuchungen zur Schichtarbeit, dass Nacht- und Schichtdienst für die Gesundheit und das Sozialleben schädlich sein kann. Nur etwa 10% der Schichtarbeitenden halten diese Form der Arbeit über einen längeren Zeitraum aus.

⁵ Psychische Ermüdung: vorübergehende Beeinträchtigung der psychischen und körperlichen Funktionsfähigkeit, die je nach Höhe, Dauer und Verlauf von vorangegangener psychischer Beanspruchung eintreten kann (DIN 33 405).

Ungefähr 20% müssen sie dagegen hauptsächlich aus gesundheitlichen Gründen aufgeben. Die Mehrheit von 70% nimmt die Unannehmlichkeiten des Schichtdiensts hin und zeigt bis zur Pensionierung entsprechende Beschwerden unterschiedlicher Art und Weise. Schichtarbeit begünstigt nach Costa (2003) Erkrankungen oder trägt zu ihrer Verschlechterung bei. Hierzu zählen Schlafstörungen, Verdauungsprobleme, Herz-Kreislauf-erkrankungen, gynäkologische, psychische und auch onkologische Probleme sowie auch Probleme in der Schwangerschaft und Auswirkungen auf das ungeborene Kind.

Rollenkonflikte

Ein Rollenkonflikt entsteht, wenn widersprüchliche (inkompatible) Rollenerwartungen bestehen (Kahn et al., 1964; Rizzo et al., 1970). Das Auftreten von widersprüchlichen Erwartungen innerhalb ein und derselben Rolle wird als Intra-Rollenkonflikt bezeichnet. Gibt es widersprüchliche Erwartungen zwischen verschiedenen Rollen, die ein Individuum übernehmen muss, wird dies als Inter-Rollenkonflikt bezeichnet (Schwab & Iwanicki, 1982). Rollenkonflikte führen zu Verunsicherung gegenüber den Klienten, den Mitarbeitenden der Organisation und sich selbst. Dies führt zu einer Reduzierung der Arbeitszufriedenheit und kann die Entstehung von Burnout fördern (Peiro, 2001). Scalzi (1990) fand Rollenstress bei Pflegenden, die sich über die schlechte Patientenversorgung sorgten und gleichzeitig aufgrund mangelnder Ressourcen keine Möglichkeit hatten, eine gute Pflegequalität zu leisten.

Emotionsarbeit

Unter Emotionsarbeit versteht Zapf (2002) psychologische Prozesse, die nötig sind, um von der Organisation gewünschte Gefühle als Teil der Arbeit zu sehen und zu regulieren. Emotionsarbeit ist ein Teil der Arbeit und hilft dabei, die Aufgabe zu erfüllen und die Effektivität bei der Aufgabenerfüllung zu verbessern, z.B. indem eine Pflegeperson gegenüber den Patienten ein freundliches und einfühlsames Auftreten haben soll, um ihm z.B. die Angst zu nehmen oder weil dies von den Patienten und auch von der Organisation so erwartet wird. Diese Emotionsregulation kann automatisch passieren und nur auf einer oberflächlichen Ebene stattfinden (z.B. ein Lächeln ohne dass dies echt gemeint ist). Es kann aber auch zu einer Beeinflussung der eigenen Gefühle in die Richtung kommen, dass man das Gefühl, das man nach aussen darstellt, auch wirklich fühlt. Dies ist allerdings mit einem Energieaufwand verbunden. Kommt es zu einem Emotionsregulationsproblem spricht man auch von emotionaler Dissonanz (Zapf & Holz, 2006). Es besteht

eine Lücke zwischen in der Realität vorhandenen Gefühlen und dem Zeigen von geforderten Gefühlen. Emotionale Dissonanz wird als Stressor angesehen, der einen positiven Zusammenhang zu emotionaler Erschöpfung und damit zu Burnout hat (Zapf & Holz, 2006). Hülsheger und Schewe (2011) fanden in einer Metaanalyse über 95 Studien, einen positiven Zusammenhang zwischen Emotionsarbeit und emotionaler Erschöpfung, psychologischem Stress und psychosomatischen Beschwerden sowie einen negativen Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit und organisationalem Commitment.

Organisatorische Probleme

Arbeitsorganisatorische Probleme sind Regulationshindernisse, welche den reibungslosen Ablauf von Handlungen stören und deshalb zu einem erhöhten Regulationsaufwand führen (Leitner et al. 1993). Mögliche Regulationshindernisse im Spital sind Unterbrechungen der Arbeit durch andere Personen oder durch Material, das nicht richtig funktioniert. Auch informatorische Erschwerungen wie z.B. ungeklärte Zuständigkeiten oder fehlende Arztverordnungen gehören dazu. Diese Hindernisse können dazu führen, dass der gesamte Bearbeitungsprozess neu begonnen oder bestimmte Arbeitsschritte wiederholt werden müssen. Es kann auch sein, dass ein Umweg gegangen werden muss, um ein Hindernis zu umgehen oder ein Hindernis erfordert bei bestimmten Arbeitsschritten einen erhöhten Handlungsbedarf. Wesentlich für die belastende Wirkung des zusätzlichen Aufwands ist, dass er Zeit kostet, die eigentlich nicht zur Verfügung steht.

2.1.2 Ressourcen der Arbeit

Entscheidungsspielraum

Der Entscheidungsspielraum definiert nach Ulich (2005) das Ausmass der Entscheidungskompetenz in der Festlegung und Abgrenzung von Aufgaben. Er beschreibt somit das mit einer Tätigkeit verbundene Ausmass an Autonomie. Zusammen mit dem Handlungsspielraum (Wahlmöglichkeit der Verfahren, der Mittel und der zeitlichen Organisation von Aufgaben) und dem Gestaltungsspielraum (Ausmass der Möglichkeit zur selbständigen Gestaltung von Vorgehensweisen entsprechend eigenen Zielen) bildet er den Tätigkeitsspielraum (Ulich, 2005). Lund und Borg (1999) konnten in einer Untersuchung zeigen, dass vor allem bei Frauen ein hoher Entscheidungsspielraum bei der Arbeit einen positiven Zusammenhang mit dem Verbleib in der Organisation hatte. Schmidt und Diestel (2011) fanden in einer Untersuchung von Pflegepersonal einen Zusammenhang zwischen Entscheidungsspielraum und Arbeitszufriedenheit, psychosomatischen Beschwer-

den sowie emotionaler Erschöpfung. In einer Untersuchung von Versicherungsangestellten fanden Diestel und Schmidt (2010), dass mit zunehmendem Kontrollspielraum der adverse Effekt von emotionaler Dissonanz auf Burnout abnimmt.

Entwicklungsmöglichkeiten

Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten dienen nach Ulich (2005) dem Erhalt und der Entwicklung beruflicher Qualifikationen und der allgemeinen geistigen Flexibilität. Sie können gefördert werden, indem Mitarbeitende problemhaltige Aufgaben bearbeiten, zu deren Bewältigung bestehende Qualifikationen eingesetzt und erweitert, sowie neue Aufgaben erworben werden müssen. Entwicklungsmöglichkeiten gehören zu den persönlichkeits- und gesundheitsförderlichen Merkmalen einer Aufgabe (Ulich, 2005).

Maurer (2001) stellte in einem Review fest, dass ältere Mitarbeitende weniger Unterstützung und Ermutigung von ihren Vorgesetzten, Mitarbeitenden und anderen Menschen bekommen, wenn es um Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit geht. Auf diese Weise wird der Zugang für ältere Mitarbeitende zu Lernen und Entwicklung reduziert und es wird verhindert, dass sie ihre karriererelevanten Fähigkeiten verbessern. Die Folge ist, dass sie ihr Expertenwissen verlieren. In einer Metaanalyse zeigte sich aber auch, dass ältere Mitarbeitende weniger bereit sind, sich fort- und weiterzubilden (Kooij et al., 2011).

Lernen und Entwicklungsmöglichkeiten/-aktivitäten haben einen Einfluss auf das Commitment zur Organisation, die Arbeitszufriedenheit und den Verbleib von Mitarbeitenden im Betrieb (Joo & Park, 2009). Simon et al. (2005) stellten fest, dass Pflegepersonal, welches geringe Entwicklungsmöglichkeiten wahrnimmt, dreimal häufiger an den Berufsausstieg denkt als Arbeitskolleginnen mit hohen Entwicklungsmöglichkeiten. Entwicklungsmöglichkeiten haben auch Einfluss auf die Gesundheit, indem Stresshormone gesenkt werden und die Kreislaufwerte sich verbessern (Rau, 2007).

Rollenklarheit

Rollenklarheit beschreibt das Gleichgewicht zwischen dem Ausmass an Informationen, die eine Person besitzt, und der Informationsmenge, die sie benötigt, um ihre Rolle adäquat erfüllen zu können. Ungenau definierte, unklare Rollenerwartungen und –anforderungen führen zu Rollenambiguität (Kahn et al., 1964). Rollenklarheit bedeutet also, dass man selbst weiss, was die Ziele der Arbeit sind und wie die eigenen Aufgabengebiete und die Kompetenzen abgesteckt sind.

Führungsqualität

Northouse (2010) definiert Führung als einen Prozess, in dem ein Individuum eine Gruppe von Individuen beeinflusst, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen. Die wichtigsten Herausforderungen für Führungskräfte sind nach Stordeur et al. (2001) Ziele zu erreichen, die Entwicklung langfristiger Visionen, die Stärkung der Bindung und der Aufbau von Teams und Strukturen, um erforderliche organisatorische Veränderungen zu ermöglichen. Damit ihre Ziele erreicht werden können, sollten Führungspersonen einen Schwerpunkt auf die Motivation, Inspiration und Stärkung ihrer Mitarbeitenden legen.

In der Regel ist der direkte Vorgesetzte die dominierende Person eines Arbeitsbereichs und übt einen direkten Einfluss auf das Verhalten der Mitarbeitenden aus. Vorgesetzte, die ihre Mitarbeitenden dazu befähigen, sich an Entscheidungsprozessen zu beteiligen und eine Kommunikation in beide Richtungen unterstützen (transformationale Führung), schaffen hierdurch häufig ein günstiges Klima in ihrem Pflgeteam, das durch weniger interpersonelle Konflikte und mehr kooperative Beziehungen gekennzeichnet ist (Stordeur et al., 2001). Werden Aufgaben übertragen und Abläufe klar festgelegt, kann dies sowohl die Rollenklarheit als auch die Arbeitszufriedenheit erhöhen. Führungspersonen, die glauben, Pflegende eng überwachen zu müssen, damit Fehler vermieden werden, erhöhen die emotionale Erschöpfung der Mitarbeitenden. Diese Kontrolle wird als zusätzlicher Druck und fehlendes Vertrauen in das Pflegepersonal gewertet (Stordeur et al., 2001). Emotionale Unterstützung und adäquates Feedback zu den erbrachten Leistungen könnten eine bessere Strategie sein und zu erhöhtem Selbstwertgefühl der Pflegenden führen. Armstrong-Strassen und Schlosser (2010) fanden, dass der Vorgesetzte vom Pflegepersonal als Repräsentant der Organisation gesehen wird. Je nachdem wie seine Beziehung zu den Mitarbeitenden ist, gestaltet sich die Haltung des Pflegepersonals gegenüber der Organisation.

Wertschätzung

Wertschätzung entsteht durch die Einschätzung anderer Menschen (Semmer & Jakobshagen, 2003). Die meisten Menschen wünschen sich Wertschätzung, um damit ihr Selbstwertgefühl zu schützen (Baumeister, 1996). Wird das Selbstwertgefühl bedroht, so kann dies als Stress erlebt werden. Gemäss dem Konzept „Stress-as-Offense-to-Self“ (SOS; Semmer, Jakobshagen, Meier & Elfering, 2007) ist eine Bedrohung des Selbstwertgefühls das Kernelement vieler Stresserlebnisse. Der Mangel an Wertschätzung kann eine solche Bedrohung sein. Wertschätzung hingegen kann das Selbstwertgefühl stark

steigern und ist so eine wichtige Ursache für Wohlbefinden und eine starke Ressource im Zusammenhang mit Stress (Semmer et al., 2007).

2.2 Stressauswirkungen

Stressoren können kurzfristige, mittelfristige und langfristige Auswirkungen haben. Im Folgenden werden die langfristigen Auswirkungen auf den Menschen in Stresssituationen beschrieben.

2.2.1 Arbeitsfähigkeit – Work Ability

Ilmarinen (2004) beschreibt die Arbeitsfähigkeit als das Potential eines Menschen, eine gegebene Aufgabe zu einem gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen. Dabei muss die Entwicklung der individuellen, funktionalen Kapazität ins Verhältnis gesetzt werden zur Arbeitsanforderung. Beide Grössen können sich verändern und müssen alters- und altersadäquat gestaltet werden.

Die Arbeitsfähigkeit des Individuums beruht also auf einem Wechselwirkungsprozess zwischen den menschlichen Ressourcen und der Arbeit. Sie bezeichnet einen dynamischen Prozess, der sich im Laufe des Arbeitslebens des Einzelnen aus verschiedenen Gründen erheblich verändert. Einer der wichtigsten Faktoren für diese Änderung ist das Alter und seine Auswirkungen auf die Ressourcen des Menschen. Eine weitere wichtige Herausforderung, mit denen älter werdende Arbeitnehmer konfrontiert werden, ist die Änderung ihrer Tätigkeit. Die Organisationsformen, die Arbeitsmethoden und die Werkzeuge sowie die Belastung durch die Arbeit ändern sich heute so schnell, dass sich die Menschen nicht ohne weiteres anpassen können und dabei Unterstützung benötigen.

Das grundlegende Konzept für die Förderung der Arbeitsfähigkeit ist für alle Altersgruppen gleich. Die notwendigen Anpassungen und Einzelmassnahmen sind jedoch altersabhängig. Deshalb ist ein massgeschneidertes Vorgehen nötig, das die Auswirkungen des Alterns auf die Arbeitsfähigkeit berücksichtigt (Ilmarinen & Tempel, 2002).

2.2.2 Burnout

Für Kristensen et al. (2005) ist der Kern von Burnout Müdigkeit und Erschöpfung. Es wird zwischen persönlichem, arbeitsbezogenem und klientenbezogenem Burnout unterschieden. Persönlicher Burnout beschreibt auf einer allgemeinen Ebene den Grad an psychischer und physischer Erschöpfung, den eine Person empfindet. Als arbeitsbezogener Burnout wird der Grad an psychischer und physischer Erschöpfung bezeichnet, den eine Person spezifisch auf die eigene Arbeit zurückführt. Klientenbezogener Burnout beschreibt den Anteil an psychischer und physischer Belastung, den eine Person spezifisch

auf die Zusammenarbeit mit Dritten zurückführt. Als Bild für Burnout wird allgemein oft die „leere Batterie“ benutzt. Anfangsbeschwerden sind z.B. andauernde Müdigkeit, Schlafstörungen, Muskel-Skelett-Beschwerden, Kopfschmerzen, Magen- Darm- Beschwerden oder ein erhöhter Cholesterinspiegel. Ignoriert man diese Symptome, folgt darauf ein reduziertes Engagement am Arbeitsplatz. Auch der Rückzug aus dem sozialen Umfeld und die Abgrenzung von Kollegen am Arbeitsplatz sind nicht selten. Durch die Ausschüttung von Stresshormonen kommt der Körper nicht mehr zur Ruhe und ist in einer ständigen Alarmbereitschaft. Tiefe Depressionen mit Suizidgedanken können eine weitere Folge sein (Kristensen et al., 2005).

Es gibt verschiedene Arten von Arbeitsstressoren, die mit Burnout in Zusammenhang stehen: hohe Arbeitsbelastung und Zeitdruck (Janssen et al., 1999a); Rollenambiguität und Rollenkonflikt (Kilfedder et al., 2001); Konflikte mit Mitarbeitenden (Payne, 2001); und wenig Autonomie oder Kontrollverlust (Schmitz et al., 2000). Nach Schaufeli und Enzmann (1998) scheinen Stressoren, die von Patienten ausgehen, weniger mit Burnout in Verbindung zu stehen als Stressoren wie Arbeitsbelastung und Rollenkonflikt. Auch das Alter scheint eine Rolle zu spielen. So leiden jüngere Pflegende häufiger unter Burnout als ältere Pflegende (Brewer & Shapard, 2004). Persönliche Eigenschaften wie Resilienz (Zunz, 1998), Selbstbewusstsein (Janssen et al., 1999b), Durchsetzungsvermögen (Duquette et al., 1995) und Kohärenz (Soderfeldt et al., 2000) scheinen ebenfalls eine Rolle bei Burnout zu spielen.

In der Pflege konnte gezeigt werden, dass es zu Burnout kommen kann, wenn man seine eigenen Ansprüche an die Pflege senken muss (Maslach et al., 1996). Leiter und Harvie (1996) konnten nachweisen, dass Burnout entsteht, wenn hohe Arbeitsanforderungen das Pflegepersonal daran hindern, sich so um die Patienten zu kümmern, wie sie es eigentlich für richtig halten. Glasberg et al. (2007) beschreiben dies als „schlechtes Gewissen“ und konnten ebenfalls einen Zusammenhang zu Burnout aufzeigen.

2.2.3 Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit beschreibt nach Weiss (2002) die Einstellung eines Mitarbeitenden gegenüber seiner derzeitigen Arbeit, welche aus der Bewertung des Verhältnisses der durch die Arbeit erzielten Bedürfnisbefriedigung zu den ihr gegenüber gebildeten Erwartungen entsteht. Beschäftigte haben unterschiedliche Erwartungen gegenüber ihrer Arbeit (z.B. Lohn, Beförderung, Autonomie), die sie unterschiedlich bewerten. Entsprechen die tatsächlichen Gegebenheiten den eigenen Erwartungen wird von Arbeitszufriedenheit

gesprächen. Sammeln sich zu viele unerfüllte Erwartungen an, wird die Arbeitszufriedenheit geringer und die Gefahr für ein Rückzugsverhalten steigt. Zangaro und Soeken (2007) stellten in einer Metaanalyse fest, dass die Arbeitszufriedenheit einen sehr starken Zusammenhang hat mit Stress bei der Arbeit, der Zusammenarbeit von Pflegenden und Ärzten sowie der Autonomie. Auch die Qualität der Teamzusammenarbeit und genügend Pflegepersonal hat Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit (Kalisch et al., 2010).

Irvine und Evans (1995) beschreiben ausserdem die Bedeutung von Arbeitsmerkmalen (Routine, Autonomie und Rückmeldungen), die Definition der Arbeitsrolle (Rollenkonflikt und -unklarheiten) und der Merkmale des Arbeitsumfeldes (Führungsqualität, Stress, Aufstiegsmöglichkeiten und Partizipation). Die Zufriedenheit Pflegender steht mit der Patientenzufriedenheit (Leiter et al., 1998) und der Pflegequalität (McNeese-Smith, 1995) in positivem Zusammenhang. Unzufriedenheit am Arbeitsplatz führt zu Absentismus, Beschwerden und Fluktuation.

2.2.4 Commitment

Commitment Organisation

Meyer und Allen (1997) unterscheiden drei generelle Bereiche der Bindung an die Organisation: die gefühlsmässige Bindung (affektive Bindung), erwartete „Kosten“, die mit einem Verlassen der Organisation verbunden werden (Kontinuitätsbindung) und Gefühle der Verpflichtung gegenüber der Organisation (normative Bindung). Jeder dieser drei Aspekte beeinflusst die Entscheidung, eine Organisation zu verlassen oder in ihr zu verbleiben. Affektiv gebundene Mitarbeitende glauben an die Ziele und Werte der Organisation und sind zufrieden damit, ein Teil von ihr zu sein. Sie bleiben in einer Organisation, weil sie es so wollen. Kontinuitätsbindung bezieht sich auf das Ausmass, in welchem Mitarbeitende erkennen, dass die Kosten, die mit einem Verlassen der Organisation verbunden wären, sie an die Organisation binden. Solche Mitarbeitende bleiben in einer Organisation, weil sie es müssen. Normativ gebundene Mitarbeitende bleiben in einer Organisation, weil sie das Gefühl haben, dass sie das sollten, und dies als moralisch richtig ansehen.

Commitment Beruf

Die Bindung an den Beruf ist bisher weniger genau untersucht worden als die Bindung an die Organisation. Gardener (1992) betont die Wichtigkeit der beruflichen Bindung in der Pflege, weil sie mit Attraktivität von Pflege als einem Beruf für das ganze Leben und als

wertvolle Karrieremöglichkeit in Verbindung steht. Im ersten Berufsjahr ist die Bindung an den Beruf noch nicht so hoch, sondern entwickelt sich erst im Laufe der Zeit. Ein Mangel an Bindung an den Beruf ist mit der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, assoziiert, wie auch mit der Absicht, die Organisation zu verlassen (Cohen, 1998).

2.2.5 Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung

Gemäss der Theorie der sozialen Gerechtigkeit (Adams, 1965) streben Mitarbeiter danach, ein Gleichgewicht im Austausch mit der Organisation zu erreichen. Sie sind dazu bereit, der Organisation ihr Wissen und Können zur Verfügung zu stellen im Austausch für Lohn, Sozialleistungen und Karrierechancen. Von diesem Gesichtspunkt ausgehend, sind die Erwartungen der Mitarbeitenden im so genannten psychologischen Vertrag (Rousseau & Parks, 1993) verankert. Diese beinhalten als Zeichen der Reziprozität der Beziehung zwischen Mitarbeitenden und Organisation z.B. Lohn und Arbeitsbelastung oder Ansehen, Wertschätzung und Würde. Ungerechtigkeit oder eine Verletzung des psychologischen Vertrags sind gegeben, wenn die eigenen Erwartungen bezüglich Reziprozität unerfüllt bleiben. Das heisst, die Kosten für den Austausch mit der Organisation sind höher als der Nutzen, den man davon hat. Ob das Verhältnis von Aufwand und Ertrag subjektiv als gerecht oder ungerecht beurteilt wird, hängt davon ab, wie die entsprechende Tauschbeziehung bei anderen – seien dies Bezugsgruppen oder einzelne Bezugspersonen – wahrgenommen wird.

Eine mögliche Reaktion auf erlebtes Ungleichgewicht ist erhöhter Absentismus (Geurts, Buunk & Schaufeli, 1994a, 1994b) oder aber die vermehrte Absicht, die Organisation zu verlassen (Van Yperen, Hagedoorn & Geurts, 1996). Gemäss der Theorie der sozialen Gerechtigkeit (Adams, 1965) ist dieses Rückzugsverhalten eine Möglichkeit, um das Beschäftigungsverhältnis wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Die eigenen Anstrengungen werden also reduziert, um den Input dem erlebten Output anzugleichen. Andere Auswirkungen eines erlebten Ungleichgewichts in der Arbeitsbeziehung sind ein Mangel an organisationalem Commitment (Schaufeli et al., 1996) und Burnout (Smets et al, 2004; Van Dierendonck et al, 2001; Van Yperen, 1998). Siegrist (2001) konnte nachweisen, dass ein erlebtes Ungleichgewicht zu hohen Stresswerten führen kann und als Konsequenz daraus zu Gesundheitseinschränkungen, wie z.B. Koronarer Herzerkrankung⁶. Jolivet et al. (2010) fanden bei Pflegepersonal einen Zusammenhang zwischen erlebtem Ungleichge-

⁶ Veränderung der Herzkranzgefässe mit der Gefahr einer Minderdurchblutung und eines Herzinfarkts

wicht in der Arbeitsbeziehung und depressiven Erkrankungen. Als Ungleichgewicht wurden dabei Faktoren erlebt wie personelle Unterbesetzung, bei der Arbeit einspringen müssen und mangelnde Kommunikation mit Arbeitskolleginnen (über Patienten- oder Organisationsbelange).

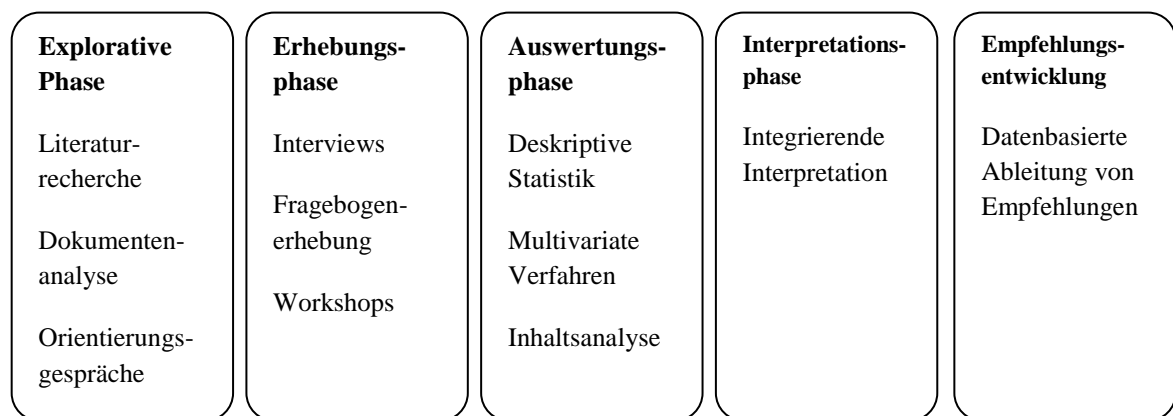
3. Methoden der Datenerhebung und der Datenanalyse

Ziel des dritten Kapitels ist es, die Erhebung und die Auswertung der für die Fragestellung relevanten Indikatoren sowie den Untersuchungsablauf aufzuzeigen. Im ersten Abschnitt wird der Untersuchungsablauf beschrieben, dann folgen die einzelnen Erhebungs- und Auswertungsmethoden.

3.1 Untersuchungsablauf

Die vorliegende Untersuchung lässt sich in die drei Phasen „Explorative Phase“, „Erhebungsphase“, und „Auswertungsphase“ unterteilen. Nach der Untersuchung folgte eine „Interpretationsphase“ sowie die darauf basierende Ableitung von Empfehlungen in der Phase der „Empfehlungsentwicklung“ (Abbildung 1). Während die Phasen der Untersuchung nachfolgend erläutert werden, finden sich die Resultate der Interpretationsphase und der Phase der Empfehlungsentwicklung in den darauf folgenden Kapiteln.

Abbildung 1 *Untersuchungsablauf*



Um möglichst viele unterschiedliche Daten zu gewinnen, werden die Methoden Dokumentenanalyse, Interview, Fragebogenerhebung und Workshop eingesetzt. Diese Methoden werden im Folgenden beschrieben.

3.2 Dokumentenanalyse

Das Ziel dieser Dokumentenanalyse ist es, sich in das Themenfeld einzuarbeiten und Hintergrundinformationen aus dem LUKS bezüglich Stressoren und Ressourcen zu erhalten. Es sollen die bestehenden Vorgaben und Rahmenbedingungen herausgefiltert werden, die im weiteren Prozess mit einbezogen werden müssen. In dieser Dokumentenanalyse wird die Form der qualitativen Inhaltsanalyse gewählt (Mayring, 2008). Dabei werden die

Daten inhaltlich so strukturiert, dass die in Tabelle 1 aufgestellten Fragen beantwortet werden können. Um diese Leitfragen zu klären, werden die entsprechend aufgelisteten Dokumente untersucht.

Tabelle 1 *Leitfragen für die Dokumentenanalyse*

Leitfragen	Dokumente
<p>Wie ist die Altersverteilung allgemein im Pflegebereich an den verschiedenen Standorten?</p> <p>Wie ist die Altersverteilung in den verschiedenen Bereichen der Pflege?</p> <p>Wie ist die Altersstruktur von austretendem Pflegepersonal? Ist ein Trend erkennbar, in welchem Alter die Pflegenden austreten?</p> <p>Wie hoch ist die Fluktuation?</p> <p>Wie viele Wiedereinsteigerinnen gibt es? In welchem Alter kommen sie wieder zurück?</p> <p>Wie ist die Altersverteilung bei Weiterbildungen?</p> <p>Sind ältere Mitarbeiterinnen häufiger krank?</p>	<p>Personalstatistik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Altersverteilung Pflege LUKS, Dezember 2010 • Fluktuationsrate LUKS, Dezember 2010 • Abwesenheitsstatistik 2010 LUKS: Alter • Anzahl Mitarbeitende Pflege nach Funktionen • Anzahl Mitarbeitende in den drei Standorten
<p>Was wird für älteres Pflegepersonal getan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interview Pflegedirektor: teilweise wird bei der Arbeitsplanung auf ältere Mitarbeitende Rücksicht genommen (weniger Nachtdienst) • Externe Weiterbildung: „Flexible Pensionierung“ und „Vorbereitung auf die Pensionierung und die Zeit danach“
<p>Was wird allgemein für die Gesundheitsförderung getan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interview Pflegedirektor: Schwerpunkt Ergonomie • Bildungsprogramm 2011

Die Ergebnisse dieser Dokumentenanalyse werden unter Punkt 4.1 und in Anhang C beschrieben.

3.3 Interviews

Vertiefend werden in leitfadengestützten Interviews Informationen zu Stressoren und Ressourcen in der Pflege und Interventionsmöglichkeiten für den Verbleib des älteren Pflegepersonals eruiert. Das leitfadengestützte bzw. halbstandardisierte Interview ist dadurch gekennzeichnet, dass es innerhalb des Gesprächs Freiraum für individuelle Variationen lässt. Durch den im Vorfeld entwickelten Interviewleitfaden wird sichergestellt, dass eine verbindliche Struktur vorliegt und alle wichtigen Aspekte angesprochen werden. Es kann flexibel auf die Auskunftsbereitschaft der Befragten sowie den Gesprächsverlauf eingegangen werden. Vorteil hierbei ist, dass neue Informationen noch während des Gesprächs vertieft und verfolgt werden können.

3.3.1 Zielgruppen und Auswahl der Interviewpartner

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte nach dem Zufallsprinzip aus allen Pflegenden des LUKS. Auswahlkriterien waren das Alter, die Funktion, das Geschlecht, der Arbeitsort und der Arbeitsbereich. Es gab ein Gespräch mit dem Pflegedirektor, 4 Gespräche mit Pflegedienstleitungen (zwischen 38 und 56 Jahre alt) verschiedener Kliniken und weitere 4 Interviews mit Stationsleitungen (zwischen 38 und 60 Jahr alt). Die Stationsleitungen befinden sich in der speziellen Situation, dass sie sowohl als Pflegefachperson als auch als Führungsperson arbeiten. Sie haben also eine Art Doppelfunktion. Bei den Pflegefachpersonen wurden vier jüngere (zwischen 24 und 30 Jahre alt) und zwei ältere Personen (zwischen 5 und 53 Jahre alt) interviewt. Die interviewten Personen arbeiteten in den Bereichen Chirurgie, Medizin, Gynäkologie / Geburtshilfe, Intensivpflege, Augenklinik und im Ambulatorium. In einem ersten Schritt wurde das gesamte Personal durch ein Informationsschreiben über die geplante Untersuchung informiert. Dann wurden die ausgewählten Personen telefonisch angefragt, ob sie zu einem Interview bereit wären. Alle angefragten Pflegenden waren mit einem Interview einverstanden.

3.3.2 Aufbau der Interviewleitfäden

Es wurden zwei Interviewleitfäden entwickelt, deren Inhalt sich, angepasst an die Zielgruppe der Führungspersonen bzw. der Mitarbeitenden aus der Pflege, leicht unterscheiden. Die Interviewleitfäden sind im Anhang D zusammengestellt.

Der Interviewleitfaden für die Führungspersonen umfasste 13 Leitfragen. Bei den ersten zwei Fragen wurde die Critical Incident Technique (Flanagan, 1954) eingesetzt. Diese Technik sollte dabei helfen, unterschiedliche Fähigkeiten und Fertigkeiten von jüngeren und älterem Pflegepersonal anhand von Arbeitssituationen herauszuarbeiten, anstelle nur subjektiver Wertungen abzuholen. Die halbstandardisierten Interviews liessen den Gesprächspartnern Zeit und Raum für eigene Reflektionen und trugen zur Sensibilisierung für das Thema bei.

Der Interviewleitfaden für die Pflegefachpersonen umfasste 14 Leitfragen. Die dritte und vierte Frage wurden aus denselben Gründen wie oben beschrieben im Sinne der Critical Incident Technique formuliert. Zusätzlich wurde nach dem Werdegang und den eigenen Stärken der interviewten Person gefragt. Ansonsten wurden die gleichen Themen wie bei den Führungspersonen angesprochen.

3.3.3 Durchführung und Auswertung der Interviews

Während eines Monats wurden 15 Interviews geführt. Die Interviews dauerten zwischen 40 und 80 Minuten. Die Auswertung erfolgte in mehreren Schritten. Als erstes wurden die Interviews transskribiert. Dann wurden die Inhalte der verschiedenen Personengruppen zusammengefasst (höheres Kader, unteres Kader, ältere Pflegefachpersonen und jüngere Pflegefachpersonen). Weiter wurden die Aussagen den einzelnen Kategorien zugeordnet. Ähnliche Aussagen wurden dabei zusammengefasst. Ein Grossteil der Kategorien bezüglich der Stressoren und Ressourcen entspricht den Themen des Fragebogens. Zusätzliche Kategorien wurden induktiv aus den Daten abgeleitet (nach Mayring, 2008) und beinhalten die Begriffe Personalmangel, Arbeitsaufwand, Konflikt Arbeit/Familie, psychische Belastung, körperliche Belastung, Teamarbeit, Gesundheit, Fähigkeiten von jüngeren und älteren Pflegenden, Zusammenarbeit, mögliche Arbeitsfelder von älterem Pflegepersonal, mögliche Anpassungen des Arbeitsfelds an die Bedürfnisse von älterem Pflegepersonal und Bereitschaft des Umfelds für Anpassungen an die Bedürfnisse von älterem Pflegepersonal. Die ganze Zuteilung in das Kategoriensystem ist in Anhang E zu finden. Die durch den Reduktionsprozess erhaltenen Kategorien wurden unter Miteinbezug aller gewonnenen Daten und der Theorie interpretiert. Im Hinblick auf die Gütekriterien wurden die Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring (2008) berücksichtigt. Dabei handelt es sich um die Kriterien „Dokumentation des methodischen Vorgehens“, „Argumentative Interpretationsabsicherung“, „Regelgeleitetheit“, „Nähe zum Forschungsgegenstand“, „Kommunikative Validierung“ und „Triangulation“.

Die Ergebnisse der Interviews werden unter Punkt 4.2 beschrieben.

3.4 Fragebogenerhebung

Ziel der Fragebogenbefragung ist es, Informationen über die Stressoren und Ressourcen der Pflegenden des LUKS zu bekommen. Ausserdem sollen mögliche negative Auswirkungen dieser Stressoren auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Pflegenden erfasst werden.

3.4.1 Stichprobe

Befragt wurden alle Pflegefachpersonen HF und Fachangestellten Gesundheit des Luzerner Kantonsspitals und des Kantonsspitals Nidwalden.

3.4.2 Instrumentenentwicklung und Aufbau

Aus Gründen der Auswertungsökonomie wurde auf offene Antwortformate verzichtet. Informationen sollten über Einfach- bzw. Mehrfachwahloptionen und absolute bzw. relative Zahlenangaben erhoben werden.

Das Gerüst zur Auswahl der Fragebogeninhalte bildeten die in Kapitel 2 beschriebenen theoretischen Konzepte. Der Aufbau des Fragebogens ist in Tabelle 2 zusammengefasst. Der vollständige Fragebogen ist in Anhang G einsehbar. Den inhaltlichen Schwerpunkt bildet die Erfassung von Stressoren und Ressourcen.

Nach einem Pretest mit fünf Personen wurde der Fragebogen leicht überarbeitet (Abänderung des Begriffs „Kundinnen“ in „Patientinnen“ in der Skala „Wertschätzung“) und unklare Fragen oder Doppelspurigkeiten (Entfernen eines Items aus der Skala „organisatorische Probleme“) wurden abgeändert.

Tabelle 2 *Aufbau und Inhalt des Fragebogens*

Aufbau und Inhalt des Fragebogens	
Soziodemografische Angaben	Alter, Geschlecht, Familienstand, Anzahl Kinder, Funktion, Arbeitspensum, Arbeitserfahrung, Anstellungsdauer, Schichtarbeit
Fragen zur Einrichtung	Arbeitsbereich, Arbeitsort
Stressoren der Arbeit	Zeitdruck, Schichtarbeit, emotionale Dissonanz, kognitive Anforderungen, Rollenkonflikt, organisationale Probleme, Einschränkungen der Pflegequalität
Ressourcen der Arbeit	Entwicklungsmöglichkeiten, Rollenklarheit, Führungsqualität, Entscheidungsspielraum, Wertschätzung
Stressauswirkungen	Commitment zu Institution, Commitment zu Beruf, Arbeitszufriedenheit, Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung, Burnout, Arbeitsfähigkeit, Gesundheit, Verlassen der Organisation, Gründe für Verlassen der Organisation

Stressoren der Arbeit

Emotionale Dissonanz

Die Einschätzung der emotionalen Dissonanz erfolgt mit Hilfe von fünf Items aus dem Frankfurt Emotion Work Scale FEWS von Zapf et al. (1999) auf einer fünf-stufigen Skala (Beispiel: „Wie oft kommt es an Ihrem Arbeitsplatz vor, dass Sie nach aussen hin Gefühle zeigen müssen, die mit Ihren eigentlichen Gefühlen nicht übereinstimmen?“). Bei vier Fragen reichen die Antwortmöglichkeiten von „sehr selten/nie“ (1) bis zu „sehr oft

(mehrmals pro Stunde)“ (5). Bei der fünften Frage wird ein Vergleich zwischen zwei Arbeitsplätzen A und B angestellt. Die Antwortvorgaben lauten hier „genau wie der von A“ (1), „ähnlich wie der von A“ (2), „zwischen A und B“ (3), „ähnlich wie der von B“ (4) und „genau wie der von B“ (5).

Kognitive Anforderungen

Die aus sieben Items bestehende Skala Kognitive Anforderungen basiert auf dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire COPSPQ (Kristensen, 2000) (Beispiel: „Müssen Sie bei Ihrer Arbeit auf viele Dinge gleichzeitig achten?“). Antworten können auf einer Skala von „nie/fast nie“ (1) bis „immer“ (5) angegeben werden.

Organisatorische Probleme

In der Skala „organisatorische Probleme“ (Baillod & Schär Moser, 2003) sind fünf potentielle Stressoren (bürokratische Regelungen, berufsfremde Aufgaben, administrative Aufgaben, Arbeitsabläufe und Arbeitsunterbrechungen) zusammengefasst (Beispiel: „Bitte beurteilen Sie, in wie weit Sie durch die folgenden Aspekte belastet sind: Bürokratische Regelungen, die einem die Arbeit erschweren.“). Ein Item der Ursprungsskala (Frage nach Überzeit) wurde entfernt, da es zu einer Überschneidung mit der Skala zum Zeitdruck gekommen wäre. Die Antwortmöglichkeiten gehen von „sehr stark“ (1) bis zu „gering“ (5).

Für den Vergleich mit den anderen Variablen des Fragebogens wurden die Werte umgepolt.

Pflegequalität

Die Skala „Pflegequalität“ von Baillod und Schär Moser (2003) umfasst 10 Items, die sich um die Sicherheit der Patientinnen, die Arbeit gemäss dem eigenen Pflegeverständnis, Arbeit unter Zeitdruck und die Entwicklung der Pflegequalität drehen (Beispiel: „Wir sind genügend Leute, um die uns übertragenen Aufgaben zu erledigen.“). Die Antwortmöglichkeiten reichen von „lehne völlig ab“ (1) bis „stimme völlig zu“ (5). Die Items 3, 4, 6, 7 und 10 wurden umgepolt, so dass es konsequent um Stressoren durch vorgegebene Anforderungen an die Pflegequalität geht.

Rollenkonflikt

Die vier Items des Copenhagen Psychosocial Questionnaire COPSPQ (Kristensen, 2000) können auf einer fünfstufigen Skala beantwortet werden von „in sehr geringem Mass“ (1)

bis zu „in sehr hohem Mass“ (5) (Beispiel: „Machen Sie Dinge bei der Arbeit, die von einigen Leuten akzeptiert werden, aber von anderen nicht?“).

Schichtarbeit

Die sechs Items zur Schichtarbeit sind dem Standard Shiftwork Index (Barton et al., 1995) entnommen und werden auf einer fünfstufigen Skala beantwortet. Sie beschreiben den Einfluss, den auf die Dienstplangestaltung genommen werden kann (Beispiel: „In welchem Mass können Sie Einfluss auf die Dienstplangestaltung nehmen?“; „keinen Einfluss - 1“ bis „viel Einfluss - 5“). Es wird auch die Frage gestellt, wie oft ein Dienst kurzfristig übernommen werden muss („sehr selten/nie - 1“ bis „sehr oft (täglich) - 5“). Auch Einschränkungen, die durch den Schichtdienst entstehen, werden erfasst („überhaupt nicht - 1“ bis „sehr oft - 5“).

Zeitdruck

Die subjektive Einschätzung des Zeitdrucks bei der Arbeit wird anhand von vier Items aus dem Instrument zur stressbezogenen Tätigkeitsanalyse ISTA (Semmer et al., 1999) beurteilt (Beispiel: „Wie häufig stehen Sie unter Zeitdruck?“). Geantwortet werden kann auf einer fünfstufigen Skala, wobei ein Wert von 1 sehr geringem Zeitdruck und ein Wert von 5 grossem Zeitdruck entsprechen. Die Antwortvorgaben lauten von „sehr selten/nie“ bis „sehr oft (fast ununterbrochen)“.

Ressourcen der Arbeit

Entscheidungsspielraum

Die aus vier Items bestehende Skala Entscheidungsspielraum basiert auf der schwedischen Version des Demand-Control-Fragebogens (Theorell et al., 1988), wurde aber inhaltlich von der NEXT-Studiengruppe leicht modifiziert (Beispiel: „Ich kann mitbestimmen, welche Art von Aufgaben mir übertragen werden.“). Antworten können auf einer Skala von 1 bis 5 angegeben werden, wobei 1 einem geringen und 5 einem hohen Entscheidungsspielraum entspricht. Die Antwortmöglichkeiten reichen von „völlig unzutreffend“ bis „völlig zutreffend“.

Entwicklungsmöglichkeiten

Die Entwicklungsmöglichkeiten werden anhand von vier Items aus dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire COPSPQ (Kristensen, 2000) beurteilt (Beispiel: „Haben Sie durch Ihre Arbeit die Möglichkeit, etwas Neues zu lernen?“). Geantwortet werden kann

auf einer fünfstufigen Skala, wobei ein Wert von 1 "geringen Entwicklungsmöglichkeiten" und ein Wert von 5 "grossen Entwicklungsmöglichkeiten" entsprechen. Die Antwortvorgaben lauten "in sehr geringem Mass" bis "in grossem Mass".

Führungsqualität

Für die Einschätzung der Führungsqualität werden vier Items des Copenhagen Psychosocial Questionnaire COPSPQ (Kristensen, 2000) eingesetzt (Beispiel: „Bitte schätzen Sie ein, in welchem Masse Ihr Vorgesetzter Konflikte gut lösen kann.“). Die Antwortmöglichkeiten sind „in sehr geringem Mass“ (1) bis „in sehr hohem Mass“ (5).

Rollenklarheit

Die vier verwendeten Items zur Messung der Rollenklarheit sind dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire COPSPQ (Kristensen, 2000) entnommen (Beispiel: „Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?“). Die Antwortmöglichkeiten sind „in sehr geringem Mass“ (1) bis „in sehr hohem Mass“ (5).

Wertschätzung

Die Wertschätzung (Semmer, n.d.) wird in Bezug auf die Vorgesetzten, die Arbeitskollegen und die Kunden abgefragt (Beispiel: „Meine Vorgesetzte lobt mich, wenn ich meine Aufgaben gut erledige.“). Aus Gründen der Ökonomie wurden zwei Fragen aus der Skala entfernt. Ausserdem wurde der Wortlaut in den Fragen zu den Kunden abgeändert und anstelle von Kundinnen wird nun von Patientinnen gesprochen. Die Skala wurde zudem um drei Items erweitert, in denen es um die Wertschätzung der Ärzte gegenüber den Pflegenden geht. Dies aus dem Grund, dass dieses Verhältnis in den Interviews immer wieder angesprochen wurde und es auch in der Literatur als Stressfaktor beschrieben wird (Chang et al., 2006).

Die Antwortmöglichkeiten der 16 Items liegen auf einer siebenstufigen Skala und gehen von „trifft überhaupt nicht zu“ (1) bis „trifft vollständig zu“ (7).

Stressauswirkungen

Arbeitsfähigkeitsindex (Work ability index WAI)

Mit diesem Instrument (Tuomi et al., 1997) ist es möglich, die Übereinstimmung der Fähigkeiten eines Arbeitnehmers mit den Anforderungen an seinen Arbeitsplatz zu erfassen. Der Arbeitsfähigkeitsindex umfasst sieben Dimensionen mit insgesamt 10 Fragen und

einer Diagnoseliste. Das Resultat des Index wird aus den verschiedenen Resultaten berechnet.

Für die vorliegende Untersuchung wurden nur die Skala zur Arbeitsfähigkeit (Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 0-10 von „sehr schlecht“ bis „sehr gut“), die Skala zu Absenzen („keinen Tag“, „höchstens 9 Tage“, „10-24 Tage“, „25-99 Tage“ und „100-365 Tage“), die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Relation zu den körperlichen und psychischen Arbeitsanforderungen (von „sehr schlecht“ (1) bis „sehr gut“ (5)) und die Diagnoseliste eingesetzt (Beispiel: „Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den körperlichen Arbeitsanforderungen ein?“). Es lässt sich also kein Index berechnen.

Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit wird mit Hilfe einer siebenstufigen Kunin-Gesichterskala gemessen (Kunin, 1955). Die Antwortkategorien gehen von „ausserordentlich zufrieden“ (7) zu „ausserordentlich unzufrieden“ (1). Da der Fragebogen bereits sehr lange ist und den Befragten nicht noch eine längere Zeit zum Ausfüllen zugemutet werden sollte, wurde die Arbeitszufriedenheit mit nur einem Item gemessen. Diese Entscheidung wurde abgestützt auf die Metaanalyse von Wanous et al. (1997). Sie fanden in dieser Metaanalyse, dass die Resultate einer Single-Item-Messung der Arbeitszufriedenheit akzeptable Werte bezüglich der Validität ergaben, auch wenn eine Messung mit mehreren Items immer noch als optimal angesehen wird.

Burnout

Die Messung des persönlichen Burnouts wird mittels sechs Items aus dem Copenhagen Burnout Inventory (CBI, Borritz & Kristensen, 2001) vorgenommen (Beispiel: „Wie häufig fühlen Sie sich müde?“). Die Antwortmöglichkeiten sind „nie/fast nie“ (5) bis „immer - (fast) jeden Tag“ (1).

Commitment mit dem Beruf

Mit vier Items wird das Commitment mit dem Beruf erfasst (Allen & Meyer, 1996). Auch hier hat die NEXT-Studiengruppe den Wortlaut angepasst (Beispiel: „Ich fühle mich dem Pflegeberuf sehr verbunden.“). Die Antwortvorgaben gehen von „in sehr geringem Mass“ bis zu „in grossem Mass“. Antworten können auf einer Skala von 1 bis 5 angegeben werden, wobei 1 geringem und 5 hohem Commitment entspricht.

Commitment mit der Organisation

Die Skala umfasst vier Items (Allen & Meyer, 1996). Der Wortlaut wurde von der NEXT-Studiengruppe angepasst, so dass er auf Pflegeberufe zutreffend ist (Beispiel: „Ich fühle mich dieser Einrichtung sehr zugehörig.“). Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sind die gleichen wie unter dem Punkt Commitment mit dem Beruf.

Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung (perceived inequitable employment relationship)

Das Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung wird mit fünf Items gemessen (Geurts et al., 1994). Es geht dabei um das Ungleichgewicht zwischen den eigenen Leistungen und den Leistungen, die von der Organisation zurückkommen (Beispiel: „Ich investiere mehr in meine Arbeit als ich daraus zurückbekomme.“). Diese Items wurden für die aktuelle Untersuchung aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt. Die Antwortmöglichkeiten befinden sich auf einer fünfstufigen Skala von „stimme völlig zu“ (5) bis „lehne völlig ab“ (1). Item 3 und 5 wurden umgepolt, so dass es konsistent um die Reaktionen auf Stressoren geht.

Für den Vergleich mit den anderen Variablen des Fragebogens wurden alle Items umgepolt.

Gründe für das Verlassen des Berufs

Die Frage „Welche Gründe kennen Sie, die dazu geführt haben, dass Arbeitskolleginnen über 50 Jahre den Pflegeberuf verlassen haben?“ wurde selbst aufgestellt. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten stützen sich auf den Resultaten der Untersuchungen zu Stressoren von Pflegepersonal der NEXT-Studiengruppe (Hasselhoff et al., 2005), Glaser und Höge (2005) und Blum et al. (2004) ab. Auch die Resultate der in dieser Untersuchung geführten Interviews flossen in die Auswahl der Antwortmöglichkeiten ein. Sie beinhalten: körperliche Belastung; emotionale Anforderungen; Schichtarbeit; fehlende Unterstützung durch Vorgesetzte; fehlender Rückhalt im Team; mangelnde Wertschätzung; Rollenkonflikte, hohe Arbeitsbelastung; wenig Entwicklungsmöglichkeiten; gesundheitliche Probleme; geringe Bezahlung; mangelnde Aufstiegsmöglichkeiten; geringer beruflicher Status; familiäre Verpflichtungen; Angst, die geforderte Leistung nicht mehr erbringen zu können; Frustration, weil die eigenen Pflegevorstellungen nicht umgesetzt werden können; zu wenig Einfluss bei der Arbeit und zu viele Neuerungen.

Verlassen des Berufs

Das Item „Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht, Ihren Pflegeberuf aufzugeben und eine andere berufliche Tätigkeit zu beginnen?“ wurde von der NEXT-Studiengruppe (Hasselhorn et al., 2005) aufgestellt. Antwortmöglichkeiten sind „nie“, „mehrmals im Jahr“, „mehrmals monatlich“, „mehrmals wöchentlich“ und „täglich“. Antworten können auf einer Skala von 1 bis 5 angegeben werden, wobei 1 wenig und 5 viel Nachdenken über das Verlassen des Berufs entspricht.

Verbleib im Beruf mit 50 bzw. 60 Jahren

Die Frage „Glauben Sie, dass Sie unter denselben Arbeitsbedingungen, wie sie heute herrschen, Ihre derzeitige Arbeit auch mit 50 bzw. 60 Jahren noch ausüben können?“ wurde in Anlehnung an den Workability-Index (Tuomi et al., 1997) selbst aufgestellt. Die Antwortmöglichkeiten sind „sehr unwahrscheinlich“ (1) bis „sehr wahrscheinlich“ (5).

3.4.3 Durchführung der Fragebogenerhebung

Der Fragebogen wurde von der Personalabteilung an alle Pflegenden des LUKS (ca. 1650) in Papierform nach Hause geschickt. Zuvor waren sie von ihren Vorgesetzten über die Untersuchung informiert worden. Für das Ausfüllen wurde ihnen eine Zeitgutschrift von 30 Minuten gewährt. Die Pflegenden bekamen ein Rückantwortcouvert und schickten den Fragebogen an eine „neutrale“ Stelle im LUKS (=Sekretariat Bildung-Beratung-Entwicklung) zurück. Nach vier Wochen und damit drei Wochen vor Einsendeschluss wurde ihnen ein Reminder geschickt. Der Rücklauf betrug mit 899 Fragebogen 53%. 17 Fragebogen konnten nicht verwendet werden, da sie nicht vollständig ausgefüllt waren. Die endgültige Stichprobe umfasst damit 882 Fragebogen.

3.4.4 Datenauswertung des Fragebogens

Die Auswertung der Befragungsdaten erfolgt mithilfe der Statistiksoftware SPSS 18.0. Schwerpunkt der Auswertung bildete, entsprechend der Fragestellungen, die deskriptive Analyse der Angaben zu Stressoren und Ressourcen des Pflegepersonals. Dabei wurden Zusammenhänge durch bivariate Korrelationen nach Pearson berechnet. Vertiefend wurde geprüft, ob das Alter, der Arbeitsort und der Arbeitsbereich Einfluss auf die erlebten Stressoren und Ressourcen haben. Vergleiche der Mittelwerte der Altersgruppen, der Arbeitsorte und der Arbeitsbereiche erfolgten mittels univariater Varianzanalyse. Diese wurde eingesetzt, obwohl die Daten nicht normalverteilt sind. Wenn die Voraussetzung der Varianzhomogenität gegeben ist, ist die Varianzanalyse relativ robust gegen Verletzungen der Normalverteilungsvoraussetzung. Auch nimmt bei grossen Stichprobenum-

fängen die Bedeutung der Normalverteilung ab (Rudolf & Müller, 2004). Es wurde auf Varianzhomogenität geprüft und wo diese nicht vorhanden war, wurde das Signifikanzniveau auf 0.01 hinaufgesetzt. Nach Rudolf und Müller (2004) ist die einfaktorielle Varianzanalyse bei grossen Stichprobenumfängen robust gegen die Verletzung der Annahme der Varianzhomogenität, so dass sie trotzdem durchgeführt werden kann. Als Post-hoc-Test zur Beschreibung der genauen Unterschiede in den Gruppen wurde der Duncan-Test verwendet. Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung sind unter Punkt 4.3 beschrieben.

3.5 Workshop

Im dreistündigen Workshop sollte es darum gehen, einmal eine kurze Ergebnismeldung zu machen und zu verifizieren, ob diese Ergebnisse die reale Situation widerspiegeln (s. auch Punkt 3.3.3, Gütekriterien: Kommunikative Validierung). Dann sollte zusammen mit den Teilnehmenden Ideen gesucht werden, wie die aktuelle Situation verbessert werden könnte, d.h. wie Stressoren reduziert und Ressourcen gestärkt werden können.

3.5.1 Stichprobe

Die Auswahl der Workshop-Teilnehmenden erfolgte wie die der Interviewpartner nach dem Zufallsprinzip aus allen Pflegenden des LUKS. Bei der Auswahl wurden Erkenntnisse der Fragebogenbefragung und der Interviews mit einbezogen. Es wurden deshalb möglichst Vollzeitarbeitende ausgewählt, da aus den Interviews klar wurde, dass für Teilzeitarbeitende die Stressoren und Frustrationen nicht so gross sind, weil sie sich in der Freizeit besser ausruhen können und weil sie ihre Arbeit so erledigen können wie sie wollen, auch wenn sie deswegen länger bei der Arbeit sind. Das Alter sollte zwischen 30 und 40 Jahren sein, weil die Arbeitszufriedenheit hier tiefer ist und die Pflegenden am wenigsten glauben, dass sie auch noch im Alter in der Pflege arbeiten werden. Ausserdem sollten die Teilnehmenden aus unterschiedlichen Disziplinen kommen und auch aus unterschiedlichen Spitälern, wobei ein Schwerpunkt auf das Spital Luzern gelegt wurde. Dies aus dem Grund, dass die Pflegenden dort am meisten belastet zu sein scheinen. Es wurden auch Stationsleitungen eingeladen, weil aus den Interviews deutlich wurde, dass sie eine Doppelbelastung haben und sowohl die Seite der Pflege als auch die der Führung kennen. Eigentlich sollten auch Pflegende über 45 Jahre eingeladen werden. Allerdings konnte niemand in dieser Altersgruppe für den Workshop gewonnen werden. Da aus der Fragebogenbefragung allerdings deutlich wurde, dass die älteren Pflegenden eher weniger über

Stressoren klagen, sollte dies für die Ausarbeitung von Ideen zur Verbesserung von Stressoren kein Hindernis darstellen.

Es wurden 12 Personen angefragt, von denen drei nicht am Workshop teilnehmen konnten (Geburtsstermin, Teamausflug). Am Workshop nahmen schlussendlich neun Personen teil (ein Pflegedirektor, eine Pflegedienstleitung, drei Stationsleitungen, drei Pflegefachfrauen HF und eine Vertreterin des Human Resource Management). Sie waren zwischen 29 und 56 Jahren alt und hatten 9 bis 35 Jahre Berufserfahrung.

3.5.2 Drehbuch

In einem ersten Teil des Workshops wurden den Teilnehmenden die Resultate aus Interviews und Fragebogen rückgemeldet. Diese sollten zusammen mit den Einschätzungen der Workshopteilnehmer die Ausgangslage für die Ideensammlung zur Veränderung der aktuellen Situation sein. Gleichzeitig sollte damit auch eine Art Validierung der Daten stattfinden. Nach einer Priorisierung der vorgegebenen Themen Zeitdruck, organisatorische Probleme, Pflegequalität, Schichtarbeit, Wertschätzung, Entscheidungsspielraum und Führungsqualität wurde vertieft an den Themen „Zeitdruck“ und „Führungsqualität“ gearbeitet. Zusätzlich wurde das Thema „Alter in der Pflege“ aufgenommen. Das genaue Drehbuch ist in Anhang S einzusehen.

3.5.3 Auswertung

Die Auswertung des Workshops erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2008). Dabei wurden die im Workshop erarbeiteten Daten inhaltlich strukturiert. Es wurden dazu die Leitfragen von Tabelle 3 verwendet.

Tabelle 3 *Leitfragen des Workshops*

Leitfragen Workshop	
Thema „Zeitdruck“	Welche „Zeitfresser“ gibt es bei Ihrer Arbeit? Wie können diese „Zeitfresser“ verhindert und vermindert werden?
Thema „Führungsqualität“	Frage an die Pflegenden allgemein: Welche Wünsche an Ihre direkte Vorgesetzte haben Sie? Frage an die Vorgesetzten: Welche Möglichkeiten haben Sie als Vorgesetzte?
Thema „Alter in der Pflege“	Welche Veränderungen und Anpassungen der Arbeit an ältere Mitarbeitende sind realistisch? Welche Entwicklungsmöglichkeiten gibt es für älter Mitarbeitende?

4. Ergebnisse und Interpretation

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der einzelnen Erhebungen und ihre Interpretation dargestellt. Ziel der ersten Erhebungsphase war es, durch eine Dokumentenanalyse ein vertieftes Verständnis für das Untersuchungsfeld zu erhalten. In der zweiten Erhebungsphase ging es um die Analyse von Stressoren und Ressourcen in der Pflege, sowie auch das Herausarbeiten eines Kompetenzprofils von älteren Pflegenden und darauf abstützend von möglichen weniger belastenden Arbeitsfeldern von Pflegenden. Hier wurden Interviews eingesetzt. In der dritten Erhebungsphase wurde eine Analyse von Stressoren und Ressourcen des Pflegepersonals in Form einer Fragebogenbefragung gemacht. In der letzten Erhebungsphase wurde in einem Workshop nach Interventionsmöglichkeiten gesucht.

4.1 Dokumentenanalyse

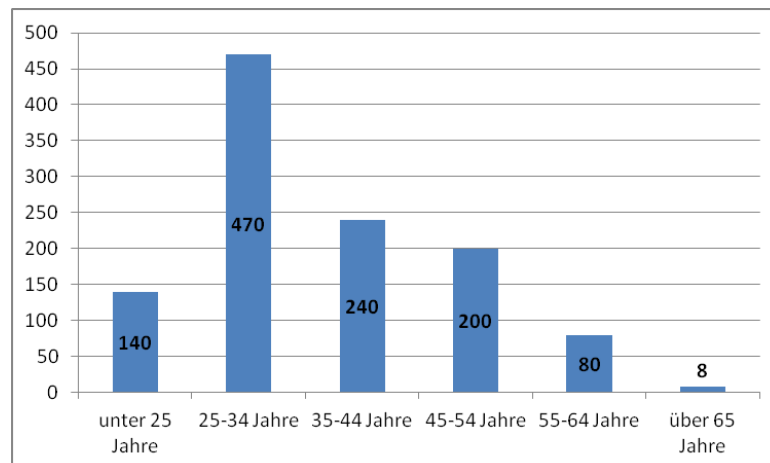
In der Dokumentenanalyse wurde geprüft, inwiefern das LUKS vom demografischen Wandel betroffen ist (in Bezug auf die Altersverteilung) und wie sich die Absenzen der Pflegenden verhalten. Die Fluktuation war unauffällig und es konnten wenige Informationen zu Wiedereinsteigerinnen, Altersverteilung bei der Weiterbildung, Massnahmen für ältere Mitarbeitende und Gesundheitsförderung gefunden werden. Diese Daten sind in Anhang C ersichtlich.

4.1.1 Altersverteilung

Altersverteilung in den verschiedenen Bereichen der Pflege

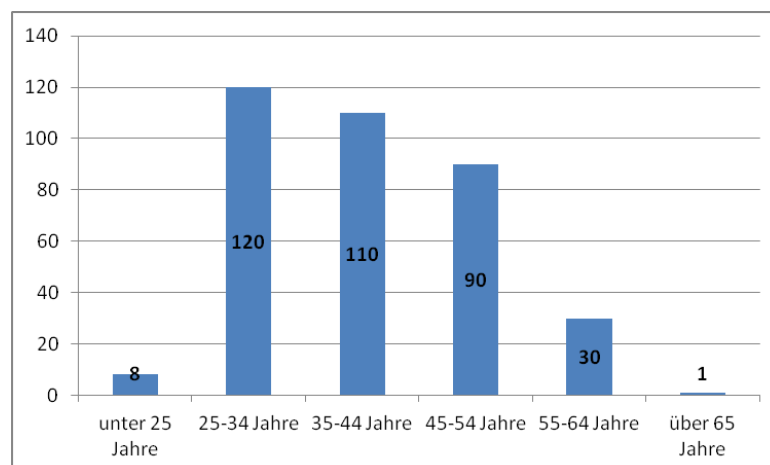
Die Altersverteilung bei den Pflegefachpersonen HF zeigt, dass die grösste Gruppe die der 25-34 Jahre alten Pflegefachpersonen (ca. 470 MA) ist. Dann folgen die Gruppe der 35- bis 44-jährigen (ca. 240 MA) und die der 45- bis 54-jährigen (ca. 200 MA). Unter 25 Jahren sind ungefähr 140 MA. 55-64 Jahre alt sind ungefähr 80 MA und über 65 nur noch ca. 8 MA (s. Abbildung 2).

Abbildung 2 *Altersverteilung der Pflegefachpersonen HF*



Unter spezialisierter Pflege (s. Abbildung 3) werden z.B. die Notfallpflege, die Intensivpflege und die Anästhesiepflege verstanden. Da diese Nachdiplomstudiengänge zwei Jahre berufsbegleitend dauern, gibt es kaum Pflegenden unter 25 Jahren. Die beiden stärksten Gruppen sind die der 25- bis 34-jährigen (ca. 120) und die der 35- bis 44-jährigen (ca. 110 MA) Pflegefachpersonen HF mit Nachdiplomstudium. Zwischen 45 und 54 Jahren sind ca. 90 MA und über 55 Jahre alt sind ca. 30 MA. Mitarbeitende über 65 Jahre gibt es nicht.

Abbildung 3 *Altersverteilung der Pflegefachpersonen HF mit Nachdiplomstudium und Spezialisierung*



Interpretation:

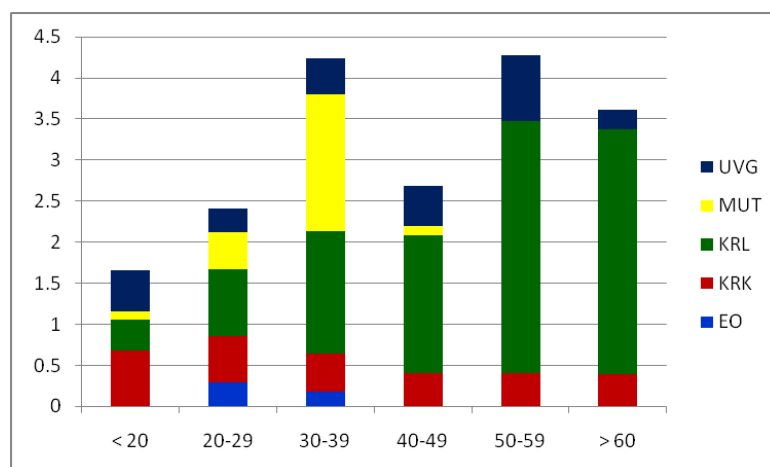
- Die Altersverteilung spiegelt die möglichen Schwierigkeiten des demografischen Wandels in der Pflege wider, denn es gibt sehr viel weniger Pflegepersonal unter 25 Jahren.

- Es gibt zwei Phasen, in denen Pflegepersonal aus dem Beruf ausscheidet. Einmal scheint dies im Alter zwischen 25 und 34 Jahren zu sein, was sich mit der Familienphase bei den Frauen und der Schwierigkeit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie erklären lässt. In der spezialisierten Pflege ist dieser Effekt nicht auffindbar. Eventuell könnte dies bedeuten, dass man sich zu einer Fachkarriere und gegen eine Familie entschieden hat. Zum anderen gibt es im Alter zwischen 45 und 54 Jahren anscheinend nochmals eine Verschiebung. Eine mögliche Erklärung könnte die zunehmend verspürte Belastung und ein Nachlassen der Arbeitsfähigkeit sein.

4.1.2 Absenzen

Bei den Absenzen zeigt sich, dass es eine Spitze bei den 30-39-jährigen Pflegepersonen und bei den 50-59-jährigen Pflegepersonen gibt. Dies allerdings nicht aus denselben Gründen. Die jüngere Gruppe befindet sich voll in der Familienphase und ist wegen Schwangerschaft häufig abwesend, während die ältere Gruppe mehr länger dauernde Krankheiten zu verzeichnen hat. Erklärungen dafür sind das häufigere Auftreten von chronischen Erkrankungen im Alter, wie z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Atemwegserkrankungen und Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparats. In der Pflege liegt besonderes Gewicht auf den Rückenproblemen, wie dies auch von Letvak (2005) und Smedley et al. (2003) beschrieben wird. Auch die Schichtarbeit stellt eine grosse Belastung dar, die gesundheitliche Konsequenzen haben kann (Härma, 2000; Edéll-Gustafsson et al., 2002).

Abbildung 4 *Abwesenheitsquote 2010 Luzerner Kantonsspital in Prozent nach Alter*



Anmerkung: UVG: Unfall, MUT: Mutterschaftsurlaub, KRL: länger dauernde Krankheit, KRK: kurz dauernde Krankheit, EO: Mutterschaftsversicherung

4.2 Interviews

4.2.1 Stressoren des Pflegepersonals

Zeitdruck

Die befragten Personen beschreiben durchgehend einen hohen Zeitdruck. Es bleibt kaum Zeit für Gespräche mit den Patienten oder dafür, einmal tief durchzuatmen. Arbeiten können nur oberflächlich durchgeführt werden. Die Arbeit ist so durchgeplant, dass es kaum noch Puffer gibt. Dabei gibt es in der Medizin und im Umgang mit Menschen eine unbekannte Grösse wie z.B. Notfallsituationen, Kriseninterventionen, etc. die Arbeitsplanung und Leistungsmessung schwierig machen. Auf vielen Abteilungen gibt es keine geplanten Pausen mehr. Dabei wäre es gerade für ältere Pflegende wichtig, mehr Erholungsphasen zu haben.

Personalmangel

Eng verbunden mit dem Zeitdruck ist der Personalmangel aufgrund von Personalabbau oder aufgrund von Fachkräftemangel (Spezialbereiche). Dieser führt dazu, dass das verbleibende Personal eine noch höhere Arbeitslast zu tragen hat. Zudem wird Personal von den Bettenstationen abgezogen und zum Aushelfen in die Spezialbereiche geschickt. Bei Krankheitsfällen sind die Arbeitslast und die Verantwortung fast nicht mehr zu übernehmen: „... die Leute sind überfordert und häufiger krank. Man läuft am Limit und das ist wirklich schlimm“. Es kommt zu Situationen, in denen mehr Patienten auf einer Station aufgenommen werden als „... mit gutem Gefühl betreut werden können“. Auch die Zusammensetzung der Arbeitsteams kann ein Problem darstellen. So fühlen sich vor allem ältere Teilzeit arbeitende Pflegende häufig überlastet, wenn sie mit Studierenden alleine arbeiten müssen, da dann die ganze Verantwortung auf ihnen lastet.

Arbeitsaufwand

Der Arbeitsaufwand ist gestiegen, da die Patienten multimorbider sind und die Verweildauer im Spital immer weiter verkürzt wird. Das heisst, die Patienten sind immer akuter und intensiver krank und brauchen deshalb mehr und aufwändigere Pflege. Diese Intensivierung der Arbeit und die Leistungsverdichtung durch Reduktion der Verweildauer beschreiben auch Büssing und Glaser (2000) in ihrer Untersuchung zu psychischem Stress und Burnout in der Krankenpflege. Da in den Spezialbereichen ein Fachkräftemangel herrscht, kommt es häufig zu Situationen, dass Patienten von der Überwachungsstation

oder der Intensivstation früher auf die Normalabteilung verlegt werden als eigentlich geplant. Auch dies bedeutet einen höheren Arbeitsaufwand, der häufig auch mit einem höheren Aufwand an Gerätemedizin verbunden ist. Zudem sind sowohl Patienten als auch Angehörige besser informiert als früher und stellen höhere Ansprüche an die Pflege.

Die Arbeitsanforderungen und die Möglichkeiten der älteren Pflegenden werden als nicht miteinander vereinbar beschrieben: „Wir müssen ja immer schneller werden (Arbeitsanforderung), aber eigentlich werden wir aufgrund unseres Alters immer langsamer. Das geht nicht wirklich auf“.

Einschränkungen der Pflegequalität

Schwierig ist es, wenn man in eine Art ethisches Dilemma kommt, weil man nicht genug Zeit hat, um alles zum Besten für den Patienten zu tun oder auch nur „sichere Pflege“⁷ durchzuführen: „Man weiss genau, was man sollte, aber die Ressourcen werden immer kleiner, dass ich es umsetzen kann“. Diese Form des ethischen Konflikts, der entsteht, wenn die Werte der Pflegeperson und die der Organisation nicht dieselben sind, wird auch von Olsson und Hallberg (1998) beschrieben. Die Pflegeperson ist dann gezwungen, ihre eigene ethische Haltung den Interessen der Institution unterzuordnen. Dies stellt eine Belastung dar und führt zu Ängsten.

Hier wird auch ein deutlicher Unterschied zwischen jüngeren und älteren Pflegenden sichtbar. Die älteren melden oft, dass sie zu wenig Zeit für die Patienten haben und dass sie eigentlich anderes gelernt haben. Das heisst, sie wünschen sich die alten Zeiten zurück. Das kann auch zu einer ganz klaren Belastung führen, weil man sagt "das ist eigentlich nicht mehr das, was ich einmal wollte und früher hatte ich diese Chance“.

Ein weiteres Problem stellt die Kluft zwischen Pflege-theorien und der Arbeit in der Praxis dar: „... die Pflege-theorien sind nicht auf die Realität abgestimmt“. Das heisst, die Anforderungen, welche die Pflege an sich selbst stellt, sind mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht zu erfüllen. Dies führt zu Unzufriedenheit.

⁷ Sichere Pflege: Pflege, die sicherstellt, dass die Patienten nicht zu Schaden kommen, z.B. das Verhindern von Wundliegen durch regelmässiges Umlagern.

Kognitive Anforderungen

Der kognitive Aufwand wird von den Pflegenden als hoch eingeschätzt. Die dauernden Veränderungen sowohl im medizinischen, im pflegerischen wie auch im organisatorischen Bereich erfordern eine dauernde Auseinandersetzung und Anpassung der eigenen Handlungen daran. Von den Pflegenden HF, die eine Gruppe von Patienten betreuen, wird ausserdem verlangt, dass sie Prioritäten setzen und gut organisieren können. Eine weitere Herausforderung ist die Betreuung der Studierenden in verschiedenen Ausbildungen mit unterschiedlichem Wissensstand. Die Ausbildungen unterliegen dauernden Veränderungen und hier auf dem neuesten Wissensstand zu sein, erfordert einiges an Anstrengungen. Dies stellt insbesondere für ältere Mitarbeitende wie auch für Teilzeitmitarbeitende eine grosse Herausforderung dar.

Schichtarbeit

Schichtarbeit stellt für alle Altersschichten eine Belastung dar. Besonders die älteren Pflegenden klagen über lange Dienstblöcke (sieben Tage hinter einander arbeiten), den Wechsel von Spät- auf Frühdienst und über die Nachtdienste. Für sie sind diese Dienste sehr anstrengend und sie brauchen länger bis sie sich wieder davon erholt haben. Allerdings gibt es hier auch starke individuelle Präferenzen. Dienstpläne müssten folgendermassen gestaltet werden:

... man müsste sehr individuell auf die Mitarbeitenden eingehen können, nicht nur dem Alter entsprechend, z.B. auf die "Lerche" und die "Eule"⁸. Es sollte für alle Mitarbeitenden eine win-win-Situation sein, egal ob jung oder alt.

Umgang mit Leid

Besonders für jüngere Pflegende ist es manchmal schwierig, sich von schwerkranken Patienten mit schlechten Prognosen abzugrenzen. Der Umgang mit Leid ist noch neu für sie und beschäftigt sie besonders: „Es ist manchmal belastend, Patientensituationen auszuhalten, wenn es jemandem nicht gut geht, denn man ist den Patienten sehr nah und ist den ganzen Tag beim Patienten, z.B. wenn jemand Schmerzen hat oder wenn es ihm sonst nicht gut geht“.

⁸ Hinweis auf den circadianen Rhythmus oder die „innere Uhr“ des Menschen

Rollenkonflikt

Unter diesem Punkt wurden sehr verschiedene Aspekte beschrieben. Die Pflegenden berichteten einmal über Rollenkonflikte in der Zusammenarbeit mit Ärzten. Auf der einen Seite arbeiten die Pflegenden in ihrem Bereich sehr selbständig. Auf der anderen Seite sind sie von den Anordnungen des Arztes abhängig. Dieser wiederum ist davon abhängig, von der Pflegeperson die entsprechenden Informationen zu bekommen und muss sich auf ihre Beobachtungen und Einschätzungen verlassen. Besonders von Vorgesetzten wird auch von einer gewissen Hilflosigkeit im Umgang mit Stressoren gesprochen. Es wird beschrieben „... als untere Kaderperson ist man so ein wenig in der Sandwichposition: ich muss das von oben weitergeben und dann die Reaktionen von unten aushalten“. Auf der einen Seite erlebt man die Stressoren hautnah, weil man selbst noch mitten im Pflegealltag steckt, auf der anderen Seite hat man Führungsaufgaben und muss Entscheidungen „von oben“ vertreten. Auch hat sich der Pflegeberuf verändert und gerade bei älteren Pflegenden kommt es immer wieder zu Konflikten zwischen altem und neuem Berufsbild.

Man ist sich ein anderes Pflegebild gewohnt. Da hat man sich anders engagieren können für den Patienten, hatte mehr Zeit für ihn. Das ist heute anders und vielen bereitet es Mühe, nicht mehr so arbeiten zu können wie gewohnt und wie gewünscht. Aber auch jüngere MA kommen aus der Ausbildung mit solchen Vorstellungen, die dann nicht umgesetzt werden können. Dies kommt auch in Mitarbeiterbefragungen zum Ausdruck. Die MA sagen ganz klar "wir haben zu wenig Zeit für die Patienten“.

Und ich sehe auch die Gefahr, dass man die Leute gegeneinander ausspielt. Man setzt den Schwerpunkt in Patientenzentrierter Pflege, Pflegediagnostik, etc. Man will immer näher an den Patienten, aber in Wahrheit entferne ich mich immer mehr von ihm. Ich mache noch die schwierigen Verbände, hänge Infusionen an, verabreiche Medikamente, führe die Patientendokumentation, beschreibe dort, wie die Dekubituswunde⁹ aussieht, die ich nie gesehen habe, die mir aber die FaGe geschildert hat, etc. Das ist ermüdend und unbefriedigend.

Viele Abläufe sind schematisiert worden und lassen wenig Freiraum in der Durchführung. Pflegepersonal mit einem Abschluss auf Stufe Höhere Fachschule hat sehr viele organisa-

⁹ Druckgeschwür

torische Führungs- und Kontrollaufgaben. Die neue Rolle des Patientenmanagers wurde ihnen aufgedrängt und sie mussten sie übernehmen, obwohl sie nicht damit zufrieden sind: „Der Beruf hat sich sehr gewandelt. Wir sind mehr zu Mangerinnen geworden. Durch die Ausbildung der FaGe wird man in diese Rolle gedrängt“.

Noch immer verändert sich die Bildungslandschaft im Pflegebereich sehr stark und so kommt es auch hier zu Rollenkonflikten und -ambiguität, da häufig nicht klar ist, welche Aufgaben und Kompetenzen die einzelnen Berufsgruppen oder Fachvertiefungen haben. Schliesslich kommt es auch zu Rollenkonflikten auf der persönlichen Ebene. So werden z.B. die Veränderungen im Alter angesprochen, mit denen man plötzlich umgehen muss:

Frauen werden nicht auf's Älterwerden vorbereitet: Was es bedeutet, wenn man nicht mehr so taufriisch und jung ist. Wie arbeitet man als ältere Fachperson? Welche Probleme gibt es und wie geht man damit um? Man muss hier auch seine eigene Mitte finden, um andere begleiten zu können.

Von den Führungspersonen wird beschrieben, dass Mitarbeitende selbst zunehmend in schwierigen Lebenssituationen sind (allein erziehende Mütter; Mitarbeitende mit Migrationshintergrund; sehr junge Mitarbeitende, die noch sehr stark mit sich selbst beschäftigt sind; usw.). Für diese Mitarbeitenden stellt es eine Überforderung dar, nicht nur in ihrem privaten Umfeld mit schwierigen Lebenssituationen konfrontiert zu werden, sondern auch noch in ihrem Beruf bei der Arbeit mit Patienten.

Einige sind Minimalisten, andere Interessen stehen im Vordergrund. Es fehlt auch oft die Wertschätzung gegenüber den Patienten oder gegenüber den Arbeitskollegen. FaGe's sind sehr jung und deshalb teilweise überfordert (am Morgen so früh aufstehen und den ganzen Tag auf den Beinen zu sein; der schnelle Ablauf im Spital,...) oder desinteressiert.

Doch auch die Situation am Arbeitsplatz ist häufig nicht einfach (Spardruck, Angst, den Anforderungen nicht mehr zu genügen; Erschöpfung; Anpassungen an die vielen Veränderungen) und führt zu Verunsicherung. Diese Bedingungen erschweren es, den Patienten Unterstützung geben zu können.

Ein weiterer Punkt, der beschrieben wird, ist, dass Pflegende häufig Mühe haben sich abzugrenzen. Sie versuchen oft noch, das Unmögliche möglich zu machen und überfordern sich dann damit.

Emotionale Dissonanz

Schwierige Lebenssituationen, Stressoren am Arbeitsplatz und Gefühle von Müdigkeit und Erschöpfung sollen die Arbeit mit den Patienten nicht beeinflussen und dem Patienten nicht gezeigt werden. Dem Patienten Gefühle vorzuspielen, die nicht wirklich da sind, erfordert allerdings zusätzlich Energie.

Die Mitarbeitenden sind häufig selbst in schwierigen Lebenssituationen. Wir erwarten aber von ihnen, dass sie fähig sind, Patienten zu unterstützen und auf sie einzugehen. Hier ergibt sich natürlich eine Spannung, wenn ich mich als privat belastete Person noch im Beruf zusätzlich mit Stressoren befassen muss. Das stelle ich zunehmend fest.

Angst, Leistungen nicht mehr erbringen zu können

Eine besondere Belastung für ältere Pflegende stellt die Angst vor Arbeitsplatzverlust dar, weil man die erforderlichen und geforderten Leistungen nicht mehr erbringen kann: „... man weiss einfach nie als ältere MA, wie lange man noch arbeiten darf und quält sich z.B. auch mit Schmerzen zur Arbeit“.

„Als ältere Pflegeperson ist man im Spital nicht mehr erwünscht, weil man ja teurer und vielleicht in gewissen Bereichen nicht mehr so belastbar und auf dem neuesten Stand ist“. Ältere Pflegende sind nach einem Arbeitstag häufig sehr erschöpft und haben kaum noch Energie für die täglichen Arbeiten zu Hause.

Administrative Arbeiten

Gerade für die älteren Pflegenden nehmen die Schwierigkeiten im Umgang mit neuen Kommunikationsmitteln viel Raum ein „...mit all den neuen Kommunikationsmitteln umgehen, das hat mit der direkten Arbeit nichts zu tun und trotzdem hat es einen riesigen Einfluss und kann sehr belastend sein“. Erschwerend ist dabei zudem, dass der administrative Aufwand immer grösser wird: „... der administrative Aufwand ist gross (ca. 1/3 des Tagesgeschäfts): hier werden auch viele berufsfremde Arbeiten erledigt, die auch jemand anderer machen könnte. Es gibt aber auch viel pflegeeigene Dokumentation“. Zudem gibt es auch keine adäquaten Arbeitsplätze, an denen die administrativen Arbeiten durchgeführt werden können, sondern nur sehr kleine und enge Räume mit wenigen PC-Anschlüssen.

Spitalstruktur

Weiter wird beschrieben, dass es im Spital ein grosses Hierarchiedenken gibt, das auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit erschwert. Ausserdem gibt es viele Prozessabläufe und Zuständigkeiten, die nicht geklärt sind. Die Spitalstruktur wird als träge beschrieben: „Die Struktur im Spital ist drei Schritte vor und zwei zurück“.

Das Handeln wird als wenig vorausdenkend und proaktiv gesehen:

Das ist so ein wenig in der Spitalkultur verankert. Man wartet erst einmal ab und schaut dann, was passiert. Wir reagieren immer auf Situationen, die wir bereits haben kommen sehen, aber wir haben nicht prophylaktisch etwas gemacht. Das ist sehr ermüdend.

4.2.2 Ressourcen des Pflegepersonals

Entscheidungsspielraum

Das Pflegepersonal beschreibt, dass eine starke Professionalisierung in der Pflege stattgefunden hat, die mehr Raum zu eigenen Entscheidungen gegeben hat. Allerdings ist der Aufbau im Spital sehr hierarchisch und die Partizipationsmöglichkeiten der Pflegenden sind gering.

Entwicklungsmöglichkeiten

Als Ressource wird gesehen, dass man sich nach einem Grundeinstieg in die Pflege nach seinen eigenen Präferenzen spezialisieren kann. Es stehen einem einige Aus- und Weiterbildungen zur Verfügung. Allerdings nehmen ältere Mitarbeitende seltener an Fort- und Weiterbildungen teil. Auch gibt es keine speziell auf sie zugeschnittenen Themen. Es ist deshalb für sie doppelt schwierig mit Veränderungen und Neurungen umzugehen. Dies betrifft nicht nur Veränderungen im Alltagsgeschäft, sondern auch grundlegende Veränderungen des Berufsbilds und des Aufgabenspektrums. Die Gefahr einer Dequalifizierung von älterem Pflegepersonal oder Personal in Teilzeitarbeit ist deshalb gegeben.

Ältere Pflegenden wurden bei der Reorganisation der Pflege nicht mitgenommen; es fehlen z.B. Fortbildungen und es gibt wenig Unterstützung für die Berufsveränderung. Man gibt ihnen keine Zeit, um umzudenken und die Vorteile zu sehen, die möglicherweise kommen werden. Stattdessen sagt man "die alte Schachtel kann sich halt nicht mehr anpassen.

Durch die Arbeit selbst findet auch Entwicklung statt. Man kann aufgrund von Erfahrung besser mit Menschen umgehen und weiss auch, wie man sich in speziellen Situationen verhalten soll.

... das eigene Alter ist eine Ressource, also die Erfahrung. Man weiss viel und weiss, wie man damit umgehen soll; man lässt sich nicht so schnell ins Bockshorn jagen, ist sicherer und gelassener; man kann sich mehr Gelassenheit leisten; man hat Menschenkenntnis und kann die Menschen besser einschätzen und besser auf sie eingehen; man weiss, es gibt ein Auf und Ab im Leben, Probleme kann man lösen oder man lernt damit zu leben.

Bedeutung der Arbeit

Die Arbeit selbst wird als Lebensbildung beschrieben: „... man weiss, was wichtig ist im Leben; es ist eine Konfrontationsebene vorhanden und man setzt sich mit Problemen des Lebens auseinander“. Die Arbeit wird als wichtig angesehen und macht auch sehr oft Freude: „... es kommt zu spannenden Begegnungen mit spannenden Menschen. Das hält die Leute im Beruf. Es ist wertvoll mit Menschen zu arbeiten. Es ist schön helfen zu können; die Arbeit macht Sinn“. Die Interaktion mit den Patienten selbst wird als Ressource beschrieben. Viele der Pflegenden wollen deshalb lieber weiter direkt „am Bett“ mit Patienten arbeiten als eine körperlich leichtere Arbeit zu übernehmen.

Rollenklarheit

Die Pflegenden beschreiben Richtlinien, klare Vorgaben und Anweisungen als hilfreich dabei, ihre Rolle am Arbeitsplatz klar erfüllen zu können.

Um die Arbeit nach Feierabend hinter sich zu lassen und in die Rolle der Privatperson zurückzukehren, werden Rituale beschrieben, wie z.B. „... hinter der Treppe, die ich am Feierabend hoch gehen muss, bleiben die Arbeitssituationen und Stressoren zurück. Daheim will ich nicht mehr darüber nachdenken“.

Teamzusammenarbeit

Als grösste Ressource wird die Unterstützung im Arbeitsteam genannt. Man hilft sich gegenseitig bei Problemen. Allerdings fühlen sich die älteren Pflegenden manchmal belastet durch die jüngeren Kolleginnen, weil sie sehr oft um Rat fragen und in anstrengenden Arbeitszeiten weniger belastbar und häufiger krank sind. Die jüngeren Pflegenden fühlen sich manchmal belastet, weil ältere Pflegende ihre Überforderung nicht eingeste-

hen, obwohl sie nach aussen sichtbar ist. Ziel wäre ein gegenseitiges Geben und Nehmen. Das ist aber nicht immer so, wie die Aussage einer jüngeren Pflegeperson zeigt:

Man schaut schon zueinander, aber die Zusammenarbeit ist manchmal nicht so fair. Die Jüngeren müssen manchmal schon mehr leisten und merken das auch. Das ist manchmal auch so, dass jemand vom Team getragen werden muss. Aber das kann auch jemand Jüngerer sein.

Manchmal herrscht Uneinigkeit über die Stärke des persönlichen Einsatzes zwischen jüngeren und älteren Pflegenden. Probleme werden im Team aber nicht immer angesprochen.

Es ist eines der Probleme in der Pflege, dass man so ein Helfersyndrom hat und deshalb Probleme im Team nicht offen anspricht. Man ist zu allen lieb und gut und reagiert vielleicht eher unterschwellig. Dabei wäre es vielleicht besser, wenn man einmal offen und ehrlich wäre.

Als wichtig für eine gute Teamzusammenarbeit wird die „Znünipause“ gesehen, da dies einer der wenigen Momente ist, in dem man sich als Team treffen und miteinander reden kann.

Führungsqualität

Von den Vorgesetzten wird ihre Sorgfaltspflicht gegenüber den Pflegenden betont. Für sie ist es wichtig: „...die Ressourcen in der Pflege gut einzuteilen, trotz finanziellem Druck. Es müssen Prozesse analysiert und verbessert werden, um die Stressoren zu senken“.

Für die Pflegenden selbst ist es wichtig, dass sie von ihrem direkten Vorgesetzten unterstützt werden: „... er soll Wünsche aufnehmen und nach oben vertreten. Er arbeitet auch oft auf dem Dienst mit und weiss deshalb, wo die Probleme sind“. Es wird geschätzt, dass man sich bei Problemen an den Vorgesetzten wenden kann und dieser ein „offenes Ohr“ für einen hat. Sehr wichtig ist auch die Flexibilität in der Arbeitsplanung.

Familie

Eine weitere wichtige Ressource stellen Bezugspersonen ausserhalb des Arbeitsplatzes dar. In der Familie kann wieder Kraft geschöpft werden. Bei Frauen ist es ausserdem häu-

fig so, dass sie aufgrund der Familie in einem Teilzeitpensum arbeiten. Dies wird sehr geschätzt, da dadurch die Stressoren relativiert und besser verarbeitet werden können.

Wertschätzung

Einen sehr wichtigen Aspekt stellt die Wertschätzung für die Pflegenden dar: „... wenn Wertschätzung und Respekt gelebt wird, dann ist das eine riesige Ressource; wenn man ernst genommen wird und wenn man eine offene Kommunikation erlebt“. Viele Unannehmlichkeiten können besser hingenommen werden, wenn die Wertschätzung da ist und Anstrengungen anerkannt werden. Leider wird diese Wertschätzung aber oft vermisst: „Die Wertschätzung gesamthaft für die Berufsgruppe Pflege, die ist nicht sehr gross. Es ist wohl nicht ganz klar, wie sehr die Berufsgruppe Pflege als Ressource für die Entwicklung einer Klinik benutzt wird und anerkannt ist“.

Es fehlt an Wertschätzung: es gibt keinen Danke oder so. Früher war das schon ein wenig anders. Da hat man etwas zu Weihnachten oder zu Ostern bekommen oder ein Kärtchen zum Geburtstag oder so. Jetzt geht man einfach zur Arbeit und wenn Du gearbeitet hast, dann ist Schluss.

Gesundheitsförderung

Als mögliche Ressource zur Gesundheitsförderung wird die Arbeitsmedizin beschrieben, die z.B. dabei beraten kann, wie man sich am besten verhält, wenn man Nachtdienst hat, oder die die Beleuchtung für die Nacht optimiert. Allerdings wird dieser Dienst als relativ weit entfernt von der Pflege beschrieben mit einer grossen Schwelle der Erreichbarkeit. Auch Programme wie das Kinästhetiktraining bringen Verbesserungen im Bereich der körperlichen Belastung.

Für den Umgang mit belastenden Situationen gibt es die Möglichkeit zu Supervisionen, die solche psychischen Stressoren besser ertragbar machen.

In Bereichen ohne Pausenregelung wird auch davon gesprochen, eine solche Regelung einzuführen, damit wenigstens einmal am Tag Zeit für Erholung da ist oder ein Austausch zwischen den Pflegenden stattfinden kann.

4.3 Fragebogenbefragung

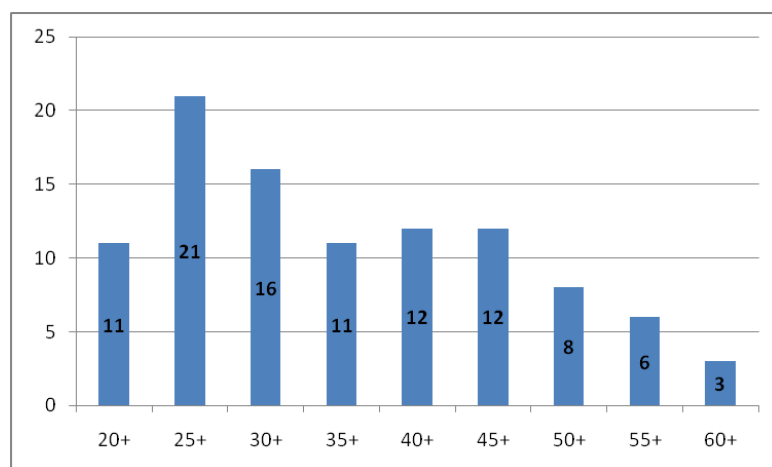
4.3.1 Stichprobe

Die endgültige Stichprobe umfasst 882 Fragebogen. 66% der Befragten arbeiten in Luzern, 14% in Sursee, 12% in Wolhusen und 7% in Nidwalden. Die meisten Befragten

arbeiten im stationären Bereich (66%), gefolgt von Spezialbereichen (20%), Ambulatorien (9%) und anderen Bereichen (5%). Die grösste Gruppe besteht mit 55% aus Pflegefachpersonal HF und Hebammen ohne weitere Vertiefung. 20% der Befragten haben zusätzlich eine Fachvertiefung, 11% eine Führungsvertiefung und 4% eine pädagogische Vertiefung. Eine weitere Gruppe bilden die Pflegeexperten Stufe I und II mit 5%. Die meisten Befragten arbeiten im Schichtdienst mit Nachtdienst (73%). Schichtdienst ohne Nachtarbeit haben 14%. 10% arbeiten nicht im Schichtdienst. Eine kleine Gruppe von 2% arbeitet nur im Nachtdienst. Im Vollzeitpensum arbeiten 40% der Befragten. In einem Pensum zwischen 50-90% arbeiten 39% und in einem Pensum von unter 50% arbeiten 21%. 17% haben bis zu 5 Jahre Berufserfahrung. Mit 23% die grösste Gruppe bilden die Befragten mit 5-10 Jahren Berufserfahrung, gefolgt von der Gruppe von unter 5 Jahren (17%), 10-15 (16%), 15-20 (12%) und 20-25 Jahren (12%). 14% haben noch bis zu 35 Jahre Berufserfahrung. 35 bis 45 Jahre Berufserfahrung haben nur wenige (5%). Ähnlich sieht es mit der Verteilung aus, wenn man sich ansieht, wie lange die Befragten bereits am LUKS tätig sind. Die meisten arbeiten weniger als fünf Jahre dort (32%). Bis zu zehn Jahre sind 24% dort, bis zu 15 Jahren 15% und bis zu 20 Jahren 11%. 8% arbeiten seit 25 Jahren im LUKS. Zwischen 26 und 40 Jahren arbeiten 9% dort.

Nicht erstaunlich für den Pflegebereich ist die Geschlechterverteilung von 96% Frauen und 4% Männern in der Stichprobe. Die Altersverteilung der Befragten ist in Abbildung 5 zu sehen. Am stärksten vertreten sind die 25-39-Jährigen mit insgesamt 47%. Über 45 Jahre alt sind 29% der Befragten. 48% der Befragten sind ledig, 47% sind verheiratet und 5% sind alleinerziehend. Die meisten Befragten haben keine Kinder (55%). Bis zu drei Kinder haben 42%. Vier Kinder und mehr haben nur 3%.

Abbildung 5 Altersverteilung der Befragten in Prozent



4.3.2 Reliabilität der Skalen

Cronbach's Alpha ist bei den Variablen Zeitdruck, Rollenkonflikt, Organisatorische Probleme, Pflegequalität, Vorgesetztenverhalten, Entwicklungsmöglichkeiten, Wertschätzung, Rollenklarheit, Burnout, Commitment mit Institution und Beruf und Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung zufrieden stellend bis exzellent. Bei den Variablen Emotionale Dissonanz, Kognitive Anforderungen, Schichtarbeit, Entscheidungsspielraum und Arbeitsfähigkeit zeigen sich zu tiefe Werte (s. Tabelle 4). Da die Items zur Schichtarbeit und zur Arbeitsfähigkeit jeweils einem Index entnommen wurden, ist es nicht verwunderlich, dass Cronbach's Alpha hier etwas tief ist. Bei der Skala "Emotionale Dissonanz" sind vier Items ähnlich aufgebaut. Die fünfte Frage hingegen fragt nach einem Vergleich und unterscheidet sich deshalb stark von den anderen Fragen. Dieses Item wurde von 7% der Befragten nicht ausgefüllt, da die Frage wahrscheinlich unklar war. Cronbach's Alpha steigt in einen akzeptablen Bereich, wenn das fünfte Item weggelassen wird (.826). Cronbach's Alpha der Skala "Kognitive Anforderungen" würde sich verbessern lassen, wenn Item 6 ("Müssen Sie Entscheidungen von grosser Bedeutung für Ihren Arbeitsbereich treffen?") weggelassen würde (.737). Der Mittelwert dieses Items beträgt 2.74 und ist im Vergleich zu den anderen Items dieser Skala sehr tief. Es ist möglich, dass sich hier die Problematik des Kompetenzbereichs der Pflegenden zeigt. Für pflegerische Tätigkeiten können sie Entscheidungen treffen. Diese sind allerdings meist nicht von so grosser Bedeutung wie die Entscheidungen, welche der Arzt trifft und deren Ausführung meistens an sie delegiert wird. Die Skala "Entscheidungsspielraum" könnte bezüglich des Cronbach's Alpha verbessert werden, wenn das erste Item ("Ich kann mitbestimmen, welche Art von Aufgaben mir übertragen wird") weggelassen werden würde (.774). Der Mittelwert ist hier unauffällig bei 3.16. Gewisse Aufgaben können selbst gewählt werden. Andere hingegen sind durch die Funktion und die Zusammensetzung des Arbeitsteams einfach fix gegeben.

Es gibt vier Bereiche, in denen jeweils nur eine Frage gestellt wurde. Dies betrifft die Arbeitszufriedenheit, Absenzen auf Grund gesundheitlicher Probleme, Nachdenken über einen Berufswechsel und die Absicht, noch im Alter in der Pflege zu arbeiten.

Tabelle 4 *Reliabilität, Mittelwerte und Standardabweichung der Skalen*

	N	M	SD	Alpha	Itemzahl	Skala
Stressoren						
Kognitive Anforderungen	876	3.88	.49	.689	7	1-5
Zeitdruck	877	3.68	.64	.774	4	1-5
Organisatorische Probleme	875	3.30	.66	.773	5	1-5
Schichtarbeit	788	3.05	.54	.391	5	1-5
Pflegequalität	882	2.89	.73	.932	10	1-5
Emotionale Dissonanz	818	2.69	.59	.635	5	1-5
Rollenkonflikt	866	2.68	.68	.722	4	1-5
Ressourcen						
Rollenklarheit	874	4.18	.50	.771	4	1-5
Entwicklungsmöglichkeiten	871	3.93	.51	.704	4	1-5
Führungsqualität	863	3.49	.79	.892	4	1-5
Wertschätzung	813	4.87	.66	.785	16	1-7
Wertschätzung umgerechnet nach Aiken (1987) ⁺		3.19				
Entscheidungsspielraum	877	3.07	.82	.648	4	1-5
Stressfolgen						
Commitment Beruf	877	3.94	.75	.902	4	1-5
Commitment Organisation	879	3.35	.82	.893	4	1-5
Arbeitszufriedenheit ¹⁰	882	4.97	.88		1	1-7
Arbeitszufriedenheit umgerechnet nach Aiken (1987) ⁺		3.26				
Ungleichgewicht Arbeitsbeziehung	864	2.72	.68	.700	5	1-5
Burnout	880	2.58	.59	.859	6	1-5
Absicht, im Alter in Pflege zu arbeiten	876	2.57	1.21		1	1-5
Nachdenken Berufswechsel	878	2.04	.99		1	1-5
Absenzen aufgrund gesundheitlicher Probleme	881	1.68	.72		1	1-5
Arbeitsfähigkeit	874	5.37	.77	.672	3	1-10 1-5

4.3.3 Bivariate Korrelationen nach Pearson

In Tabelle 5 sind die Korrelationen der verschiedenen Variablen aufgezeigt. In den meisten Fällen sind dies kleine bis mittlere Korrelationen. Besonders hervorstechend ist der negative Zusammenhang zwischen Zeitdruck und Pflegequalität ($r=-.56^{**}$). Pflegequalität und Arbeitszufriedenheit beeinflussen sich gegenseitig positiv ($r=.49^{**}$), wie auch die Pflegequalität und der Gedanke daran, im Alter in der Pflege arbeiten zu wollen ($r=.48^{**}$). Zwischen Pflegequalität und Burnout liegt ein negativer Zusammenhang vor

⁺ Umrechnung der Werte von Skala von 1-7 auf Skala von 1-5

¹⁰ „Arbeitszufriedenheit“, „Nachdenken über Berufswechsel“ und „Im Alter in der Pflege arbeiten“ wurden jeweils mit einem einzelnen Item gemessen

($r=-.46^{**}$). Ausserdem gibt es einen negativen Zusammenhang zwischen Burnout und Arbeitsfähigkeit ($r=-.49^{**}$), wie auch zwischen Burnout und Arbeitszufriedenheit ($r=-.45^{**}$). Auch zwischen Arbeitszufriedenheit und erlebtem Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung gibt es einen negativen Zusammenhang ($r=-.46^{**}$). Zudem beeinflussen sich Arbeitszufriedenheit und Commitment mit der Organisation ($r=.45^{**}$).

Tabelle 5 *Bivariate Korrelationen nach Pearson*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1 Alter	-																						
2 Arbeitspensum	-.40**	-																					
3 Zeitdruck	-.02	.07*	(.77)																				
4 Emotionale Dissonanz	-.14**	.14**	.26**	(.63)																			
5 Kognitive Anforderungen	.01	.11**	.35**	.21**	(.69)																		
6 Entwicklungsmöglichkeiten	-.10**	.14**	.21**	-.01	.44**	(.70)																	
7 Rollenklarheit	.12**	-.03	-.04	-.11**	.13**	.26**	(.77)																
8 Rollenkonflikt	-.09**	.11**	.23**	.35**	.26**	.02	-.13**	(.72)															
9 Commitment Institution	.25**	-.12**	-.12**	-.25**	-.00	.16**	.19**	-.22**	(.89)														
10 Commitment Beruf	.11**	-.05	-.01	-.17**	.05	.22**	.22**	-.08	.49**	(.90)													
11 Führungsqualität	.01	.00	-.10**	-.13**	.02	.22**	.27**	-.19**	.28**	.16**	(.89)												
12 Entscheidungsspielraum	.05	.05	-.19**	-.16**	-.04	.09*	.11**	-.13**	.19**	.14**	.24**	(.65)											
13 Ungleichgewicht AB	-.17**	.14**	.30**	.30**	.20**	-.01	-.11**	.29**	-.38**	-.17**	-.25**	-.23**	(.77)										
14 Burnout	-.17**	.19**	.42**	.38**	.23**	.05	-.10**	.26**	-.22**	-.12**	-.10**	-.16**	.35**	(.86)									
15 Organisat. Probleme	.09*	-.12**	.35**	.23**	.25**	.10**	-.04	.34**	-.12**	-.03	-.05	-.16**	-.25**	.26**	(.77)								
16 Pflegequalität	.16**	-.06	-.56**	-.33**	-.022**	-.05	.08*	-.39**	.30**	.11**	.12**	.25**	-.42**	-.46**	-.45**	(.93)							
17 Arbeitsfähigkeit	.11**	-.05	-.24**	-.24**	-.16**	.07	.13**	-.22**	.19**	.15**	.15**	.14**	-.24**	-.49**	-.20**	.38**	(.67)						
18 Wertschätzung	.07*	.04	.01	-.14**	.13**	.23**	.21**	-.08	.33**	.26**	.43**	.30**	-.18**	-.07*	.01	-.08*	.18**	(.78)					
19 Schichtarbeit	-.11**	.05	.32**	.32**	.26**	.09*	.03	.26**	-.13**	-.05	-.08*	-.02	.27**	-.30**	.24**	-.28**	-.21**	-.06	(.39)				
20 Arbeitszufriedenheit	.16**	-.10**	-.33**	-.34**	-.17**	.06	.16**	-.38**	.45**	.31**	.33**	.26**	-.46**	-.45**	-.26**	.49**	.42**	.30**	-.25**	-			
21 Nachdenken Berufswechsel	-.24**	.12**	.21**	.27**	.09**	-.07*	-.10**	.27**	-.38**	-.36**	-.14**	-.12**	.27**	.40**	.13**	-.31**	-.34**	-.14**	.22**	-.49**	-		
22 im Alter in Pflege arbeiten	.47**	-.17**	-.29**	-.24**	-.18**	-.03	.14**	-.24**	.29**	.15**	.05	.16**	-.29**	-.41**	-.21**	.48**	.38**	.08*	-.21**	.40**	-.41**	-	
23 Absenzen	-.13**	0.10**	.06	.07	-.01	-.04	-.02	.08*	-.03	-.01	-.08*	.00	.04	.16**	-.01	-.20**	-.22**	-.07*	.11**	-.09**	-.07*	.12**	-

Wertschätzung und Arbeitszufriedenheit: Antwortmöglichkeiten von 1 bis 7; bei den anderen Skalen von 1 bis 5

* Signifikanz auf dem 0.05 Niveau; ** Signifikanz auf dem 0.01 Niveau; Diagonal und in Klammern: Cronbach's Alpha

4.3.4 Vergleich der Mittelwerte der Untersuchungsgruppe mit denen der Referenzgruppen

In Tabelle 6 sind die Vergleiche der Skalen-Mittelwerte der Untersuchungsgruppe des LUKS mit denen der Referenzgruppen ersichtlich. Signifikanzen konnten nicht berechnet werden, da die genauen Werte der Referenzgruppen nicht vorlagen. Ein genauer Vergleich und eine ausführliche Interpretation sind in Anhang H ersichtlich.

Grössere Unterschiede bei der Bewertung der Stressoren ergeben sich beim Zeitdruck. Hier gibt die Untersuchungsgruppe grösseren Zeitdruck an als die Referenzgruppe (Grebner et al., 2003), welche aus unterschiedlichen Berufsfeldern besteht. Auch die organisatorischen Probleme werden in der Untersuchungsgruppe als grösser angesehen als in der Referenzgruppe (Baillod & Schär Moser, 2003), die aus Pflegepersonal besteht. Die Emotionale Dissonanz hingegen wird von der Untersuchungsgruppe als geringer eingeschätzt als die der Referenzgruppen in Kinderheim, Hotel und Call Center (Zapf et al., 1999). Auch der Rollenkonflikt ist tiefer als bei der Referenzgruppe (Nübling et al., 2005), die aus Sozial- und Erziehungsberufen, Büroberufen und Gesundheitsberufen besteht.

Bei den Ressourcen ist die Führungsqualität in der Untersuchungsgruppe deutlich höher als in der Referenzgruppe mit gemischten Berufen (Nübling et al., 2005). Im Vergleich mit der Referenzgruppe der Pflegenden (Hasselhorn et al., 2005) ist sie gleich hoch. Auch Rollenklarheit und Entwicklungsmöglichkeiten sind leicht erhöht im Vergleich zur Referenzgruppe (Nübling et al., 2005). Allerdings ist der Entscheidungsspielraum viel tiefer in der Untersuchungsgruppe als in der Referenzgruppe (Hasselhorn et al., 2005), die aus Pflegenden aus Deutschland besteht.

Unterschiede ergeben sich bei den Stressfolgen beim Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung. Dieses wird in der Untersuchungsgruppe des LUKS viel höher eingeschätzt. Dagegen ist die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen bei den Pflegenden des LUKS viel geringer. Allerdings ist auch die Arbeitszufriedenheit geringer als jene der Referenzgruppe aus dem Hotel (Zapf et al., 1999).

Im Folgenden werden die einzelnen Skalen genauer untersucht.

Tabelle 6 Vergleich der Mittelwerte der Untersuchungsgruppe mit denen der Referenzgruppen

Stressoren – unabhängige Variablen				
Skalen und Quelle der Referenzgruppe	N	MW-Referenzgruppe	n	MW-Untersuchungsgruppe
Zeitdruck (Grebner et al., 2003)	572 (traditionelle Berufe)	3.3	877	3.7
Emotionale Dissonanz (Zapf et al., 1999)	83 (Kinderheim) 175 (Hotel) 250 (Call Centre)	3.6 2.9 3.6	818	2.7
Kognitive Anforderungen (Nübling et al., 2005)*	2561	3.9	876	3.9
Rollenkonflikt (Nübling et al., 2005)*	2561	2.9	866	2.7
Organisatorische Probleme (Baillod & Schär Moser, 2003)	1954 (Pfleger)	2.7	866	3.3
Ressourcen – unabhängige Variablen				
	N	MW-Referenzgruppe	n	MW-Untersuchungsgruppe
Führungsqualität (Hasselhorn et al., 2005)	3565 (Pfleger)	3.5	863	3.5
Führungsqualität (Nübling et al., 2005)*	2561	3.0	863	3.5
Rollenklarheit (Nübling et al., 2005)*	2561	4.1	874	4.2
Entwicklungsmöglichkeiten (Nübling et al., 2005)*	2561	3.8	871	3.9
Entscheidungsspielraum (Hasselhorn et al., 2005)	3565 (Pfleger)	3.5	877	3.1
Stressauswirkungen – abhängige Variablen				
	N	MW-Referenzgruppe	n	MW-Untersuchungsgruppe
Burnout (Hasselhorn et al., 2005)	3565 (Pfleger)	2.5	880	2.6
Commitment mit der Organisation (Hasselhorn et al., 2005)	3565 (Pfleger)	3.3	879	3.3
Commitment mit dem Beruf (Hasselhorn et al., 2005)	3565 (Pfleger)	3.9	877	3.9
Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung (Geurts, Schaufeli, Rutte, 1999)	90 (MA einer psychiatrischen Klinik)	2.0	864	2.7
Absicht, Pflegeberuf zu verlassen (Hasselhorn et al., 2005)	3565 (Pfleger)	2.3	878	2.0
Arbeitszufriedenheit ¹¹ (Zapf et al., 1999)	175 (Hotel)	5.2	882	5.0

* Skala von 0-100, Daten wurden nach Henss (1989) auf Skala von 1-5 transformiert; Referenzgruppe besteht aus Sozial- und Erziehungsberufen, Büroberufen und Gesundheitsberufen

¹¹ Kunin Gesichterskala von 1-7

4.3.5 Stressoren, Ressourcen und Stressfolgen

Im folgenden Abschnitt werden die Resultate beschrieben und auch bereits Interpretationsversuche gemacht. Die statistischen Daten sind in Tabelle 4 oder in Anhang I-R ersichtlich.

1. Stressoren der Arbeit

Zeitdruck

Mit einem Mittelwert von 3.68 stellt der Zeitdruck eine hohe Belastung dar. Bei der Arbeit muss schnell gearbeitet werden. Es kann auch vorkommen, dass man aufgrund der vielen Arbeit nicht pünktlich in Pausen oder in den Feierabend gehen kann. Dabei gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen unterschiedlichen Altersgruppen und Arbeitsbereichen. Signifikante Unterschiede zeigen sich aber zwischen den verschiedenen Arbeitsorten. In Luzern und in Wolhusen ist er signifikant höher ($p=0.05$, aber fehlende Varianzhomogenität) als in Sursee und Nidwalden.

Einschränkungen der Pflegequalität

Die Pflegequalität hat einen Mittelwert von 2.89. Auf der einen Seite wird die Sicherheit der Patientinnen so gut es geht gewährleistet. Jedoch hat sich die Qualität der Pflege doch etwas verschlechtert und es passieren auch eher Fehler. Belastend ist, dass die Arbeit nicht so ausgeführt werden kann, wie sie dem eigenen Verständnis von "guter Pflege" entsprechen würde. Dabei ist ein schwerwiegender Punkt, dass zu wenig Zeit da ist, um mit den Patienten zu sprechen. Es kommt immer wieder zu Konflikten zwischen den persönlichen Überzeugungen und der Arbeitsrealität. Manchmal muss man Dinge weglassen, die eigentlich von der Pflege erledigt werden sollten. Es sind nicht genug Leute da, um die Arbeit zu erledigen, und die Qualität der Arbeit leidet unter dem Zeitdruck.

Bei der Einschätzung der Pflegequalität gibt es einen signifikanten Unterschied ($p=0.05$) bei der Altersgruppe der über 55-jährigen Pflegenden. Sie schätzen die Pflegequalität als höher ein ($M=3.13$) als die anderen Altersgruppen (45 bis 54-Jährige $M=2.95$; 35- bis 44-Jährige $M=2.88$; bis 24-Jährige $M=2.84$; 25- bis 34-Jährige $M=2.75$).

Auch zwischen den Arbeitsorten gibt es signifikante Unterschiede ($p=0.01$, aber keine Varianzhomogenität). In Luzern ($M=2.77$) wird die Pflegequalität im Vergleich zu den anderen Spitälern (Sursee $M=3.03$; Wolhusen $M=3.05$ und Nidwalden $M=3.09$) am tiefsten eingeschätzt. Die Pflegequalität wird an den verschiedenen Arbeitsorten signifikant

unterschiedlich eingeschätzt ($p=0.05$, fehlende Varianzhomogenität). Im Ambulatorium ($M=3.15$) und in den „anderen Bereichen“¹² ($M=3.18$) ist die Pflegequalität höher als in stationären Bereich ($M=2.77$) und den Spezialbereichen ($M=2.96$).

Kognitive Anforderungen

Die Befragten beschreiben die kognitiven Anforderungen bei der Arbeit als besonders hoch ($M=3.88$). Die Arbeit in der Pflege erfordert es, dass man auf viele Dinge gleichzeitig achten und sich vieles merken muss. Auch muss man schnell Entscheidungen treffen. Die eigene Arbeit wird als verantwortungsvolle Aufgabe eingeschätzt. Neue Ideen zu entwickeln oder schwerwiegende Entscheidungen treffen zu müssen, gehört weniger zu der täglichen Arbeit. Es gibt dabei keinen signifikanten Unterschied zwischen unterschiedlichen Altersgruppen, Arbeitsbereichen oder Arbeitsorten.

Schichtarbeit

Die Schichtarbeit wird mit einem Mittelwert von 3.05 als weitere Belastung gesehen. Am meisten behindert die Schichtarbeit Dinge, die man gerne in der Freizeit tun würde, wie z.B. Sport und Hobbies. Am meisten leiden darunter die Befragten bis und mit 24 Jahren ($M=3.7$, $p=0.01$) und zwischen 25 und 34 Jahren ($M=3.52$, $p=0.01$). Haushalts- und Betreuungsaufgaben sind ebenfalls durch die Schichtarbeit eingeschränkt. Auch können nicht alle Befragten Einfluss auf die Dienstplangestaltung nehmen. Manchmal kommt es auch vor, dass kurzfristig ein Schichtdienst übernommen werden muss. Zwischen den Arbeitsorten gibt es dabei keinen signifikanten Unterschied. Allerdings unterscheiden sich die verschiedenen Arbeitsbereiche in Bezug auf das Erleben des Schichtdiensts signifikant ($p=0.01$). Im stationären Bereich ($M=3.08$) und in den Spezialbereichen ($M=3.04$) wird die Belastung durch den Schichtdienst als höher eingeschätzt als in den Ambulatorien ($M=2.71$) und den anderen Bereichen ($M=2.78$).

Rollenkonflikt

Rollenkonflikte werden mit einem Mittelwert von 2.68 als Belastung angesehen. Manchmal müssen Dinge getan werden, die einem unnötig erscheinen. Hierunter leiden vor allem die jüngeren Pflegenden bis und mit 26 Jahre ($M=2.96$, $p=0.05$) und zwischen 27 und 36 Jahren ($M=2.90$, $p=0.05$). Sonst aber gibt es wenige Probleme mit widersprüchlichen

¹² alle Bereiche, die nicht zu den stationären Bereichen oder Ambulatorien gehören, wie z.B. Arztpraxen, Beratungsstellen, etc.

Anforderungen oder damit, dass Dinge auf andere Weise getan werden müssen. Es gibt dabei keinen signifikanten Unterschied zwischen unterschiedlichen Arbeitsbereichen oder Arbeitsorten.

Emotionale Dissonanz

Emotionale Dissonanz stellt mit einem Mittelwert von 2.69 eine Belastung dar. Dabei müssen am häufigsten Gefühle unterdrückt werden, um nach aussen hin neutral zu wirken. Auch muss man häufig Gefühle zeigen, die nicht mit dem übereinstimmen, was man gerade für den Patienten fühlt. Besonders die bis und mit 34-jährigen Pflegenden (bis 24 Jahre ist $M=2.79$; von 25-34 Jahre ist $M=2.77$) zeigen signifikant ($p=0.05$) höhere Werte an als die älteren Pflegenden. Eine mögliche Erklärung dafür kann zum einen die mangelnde Erfahrung der jüngeren Pflegenden sein. Unsicherheit im Umgang mit unterschiedlichen Krankheiten und unterschiedlichen Menschen kann dazu führen, dass diese eigene Unsicherheit überspielt werden muss. Dies ist anstrengend und kostet Energie. Bowles und Candela (2005) konnten zeigen, dass mangelnde Unterstützung und Anleitung und zu viel Verantwortung zu früh tragen zu müssen dazu geführt hat, dass jüngere Pflegende ihre erste Stelle verlassen haben. Zum anderen kommt hier vielleicht auch der „healthy worker effect“ zum Vorschein. Unter diesem Effekt wird ein Selektionsphänomen verstanden, das zu „verdrehten“ Ergebnissen führen kann. Es ist z.B. denkbar, dass jene Pflegenden, die bei der Arbeit hohe Emotionale Dissonanz erleben, ihren Beruf bis zum Erreichen eines bestimmten Alters aufgeben. Pflegende, die wenig oder keine Emotionale Dissonanz spüren, arbeiten weiter in ihrem Beruf. Hochschild (1983) argumentiert ausserdem, dass das Alter eine grosse Rolle bei der Ausübung von Emotionsarbeit spielt. Ältere haben ein größeres Repertoire an emotionalen Erinnerungen gespeichert. Sie können notwendige Gefühle besser erzeugen, was als „deep acting“ bezeichnet wird und weniger anstrengend ist als „surface acting“ (=oberflächliches Vorspielen von Gefühlen). Bezüglich des Arbeitsorts und des Arbeitsbereichs ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Organisatorische Probleme

Mit einem Mittelwert von 3.3 stellen die organisatorischen Probleme einen grossen Belastungspunkt dar. Besonders zu schaffen macht den Pflegenden das grosse Ausmass an administrativen Aufgaben. Hiermit haben allerdings die bis 24-jährigen Pflegenden am wenigsten Mühe ($M=3.48$, $p=0.01$). Weiter gibt es viele bürokratische Regelungen, die ei-

nem die Arbeit erschweren, und auch häufige Unterbrechungen des Arbeitsablaufs. Berufsfremde Aufgaben und komplizierte Arbeitsabläufe sind etwas weniger vorhanden. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen unterschiedlichen Arbeitsbereichen oder Arbeitsorten.

2. Ressourcen der Arbeit

Entscheidungsspielraum

Die Pflegenden des LUKS schätzen den Entscheidungsspielraum mit einem Mittelwert von 3.07 ein. Man kann in einem gewissen Rahmen mitbestimmen, welche Aufgaben man übertragen bekommt und wie diese Aufgaben erledigt werden. Weniger Mitbestimmung gibt es dabei, wann die Aufgaben erledigt werden und welches Arbeitstempo dazu eingenommen werden soll. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen unterschiedlichen Altersgruppen, Arbeitsbereichen oder Arbeitsorten.

Entwicklungsmöglichkeiten

Die Entwicklungsmöglichkeiten werden mit einem Mittelwert von 3.93 eingeschätzt. Die Arbeit wird als abwechslungsreich gesehen und die eigenen Fähigkeiten können eingesetzt werden. Eigeninitiative braucht es etwas weniger und man kann auch nicht immer Neues bei der Arbeit lernen. Bezüglich der Arbeitsorts ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Allerdings werden die Entwicklungsmöglichkeiten im stationären Bereich (M=3.88) und in den Spezialbereichen (M=3.93) als signifikant ($p=0.01$) höher eingeschätzt als im Ambulatorium (M=3.69) oder in den anderen Bereichen (M=3.78). Gründe hierfür könnten sein, dass in Ambulatorien und in anderen Bereichen eine stärkere Standardisierung der Arbeitsabläufe gegeben ist. Eventuell ist man auch noch stärker in einem Fachbereich spezialisiert. Auch die relativ kurze Patientenverweildauer kann einen Einfluss auf das Erleben von Herausforderungen haben, da ein anderer (intensiverer) Kontakt entstehen kann, wenn eine Person längere Zeit betreut wird. Weitere signifikante Unterschiede in der Einschätzung der Entwicklungsmöglichkeiten zeigen sich in den verschiedenen Altersgruppen. So gibt die Gruppe der bis 24-jährigen Pflegenden an, dass sie bei der Arbeit noch einiges Neues lernen können (M=3.90, $p=0.05$). Dem gegenüber haben die über 59-jährigen Pflegenden (M=3.79) und die Altersgruppe zwischen 39 und 48 Jahren (3.80) signifikant tiefere Werte als die anderen Altersgruppen (M=3.95-3.99). Ältere Pflegende haben ein grosses Fach- und Erfahrungswissen und erleben deshalb vielleicht nicht mehr so viele Entwicklungsmöglichkeiten in ihrer täglichen Arbeit. Eventuell wer-

den sie auch von ihren Vorgesetzten nicht mehr so stark gefördert, weil das Gefühl besteht, dass dies nicht mehr so viel bringt und der Verbleib im Betrieb ja nicht mehr so lange ist. Dies zeigt sich auch in der Studie von Wray et al. (2009), die feststellten, dass Pflegende und Hebammen über 50 Jahre signifikant weniger oft an Fortbildungen teilnahmen. Der negative Zusammenhang der Entwicklungsmöglichkeiten mit dem Alter zeigt sich auch in der Korrelation $r=-.10$. Dass die Gruppe von 39 bis 48 Jahre weniger Entwicklungsmöglichkeiten sieht, könnte daran liegen, dass sie häufig Teilzeit arbeiten und eine Familie zu versorgen haben. Deshalb werden auch sie weniger gefördert oder es steht weniger Zeit dafür von Seiten der Mitarbeitenden selbst zur Verfügung.

Rollenklarheit

Der Mittelwert der Rollenklarheit beträgt 4.18. Die Pflegenden wissen ziemlich genau, welche Aufgaben in ihren Verantwortungsbereich gehören und was von ihnen bei der Arbeit erwartet wird. Etwas weniger klar sind die Ziele bei der Arbeit. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen unterschiedlichen Altersgruppen, Arbeitsbereichen oder Arbeitsorten.

Führungsqualität

Die Führungsqualität wird mit einem Mittelwert von 3.49 eingeschätzt. Vorgesetzte legen Wert auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden und können auch die Arbeit einigermaßen gut planen. Etwas weniger gut sind sie darin, den einzelnen Teammitgliedern individuelle Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten und Konflikte zu lösen. In den verschiedenen Altersgruppen gibt es keinen signifikanten Unterschied. Jedoch zeigt sich, dass die Führungsqualität im Ambulatorium ($M=3.11$) signifikant ($p=0.05$) tiefer eingeschätzt wird als in den anderen Bereichen ($M=3.36-3.57$). Auch bezüglich des Arbeitsorts zeigen sich Unterschiede. In Nidwalden wird die Führungsqualität signifikant ($p=0.01$, aber keine Varianzhomogenität) besser ($M=3.88$) eingeschätzt als in den anderen Spitälern ($M=3.38-3.56$). Eventuell liegt hier ein Zusammenhang mit der Grösse des Betriebs vor. In einem kleineren Betrieb mit weniger Mitarbeitenden kann die Führungsperson vielleicht leichter und besser auf ihre Mitarbeitenden eingehen. Man kennt sich besser und das Vertrauensverhältnis ist anders als in einem grösseren Betrieb.

In der Skala zur Führungsqualität gibt es häufiger fehlende Angaben als in anderen Skalen. Möglicherweise geben die Antwortenden nur ungern ihre Meinung über die Führungsqualität des direkten Vorgesetzten ab, weil sie negative Konsequenzen befürchten.

Dies beschreibt auch Stordeur et al. (2001) in einer Untersuchung zu Stressoren von Pflegepersonal.

Wertschätzung (Messbereich von 1-7)

Die Wertschätzung von Vorgesetzten, Mitarbeitenden, Patienten und Ärzten wird von den Pflegenden des LUKS mit einem Mittelwert von 4.87 eingeschätzt. Dabei wird die Wertschätzung durch Arbeitskolleginnen am höchsten bewertet (M=5.81). Die Arbeitskolleginnen vertrauen sich gegenseitig und man schätzt es, wenn einem vom anderen geholfen wird. An nächster Stelle kommt die Wertschätzung der Vorgesetzten (M=5.04). Hier kann man seine Meinung einbringen und wird angehört. Allerdings könnte das positive Feedback noch verbessert werden und nach Möglichkeit auch interessantere Aufgaben zugewiesen werden. Bei der Zusammenarbeit mit den Ärzten (M=4.37) fällt auf, dass man auch hier seine Meinung äussern kann und einem zugehört wird. Allerdings bekommt man auch hier wenig positives Feedback. Am Schluss kommt die Wertschätzung der Patienten (M=4.25). Zwar bekommt man hier positives Feedback, aber Mehranstrengungen werden eher nicht bemerkt und man wird auch nicht dafür belohnt. Dies könnte ein Zeichen dafür sein, dass es einen Widerspruch gibt zwischen Ansprüchen der Patienten und den Ressourcen, um diese Ansprüche zu erfüllen. Die Patienten fühlen sich eventuell nicht so zufrieden und zeigen deshalb wenig Wertschätzung den Pflegenden gegenüber. Bezüglich des Arbeitsorts und des Arbeitsbereichs ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Jedoch zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($p=0.01$) zwischen den verschiedenen Altersgruppen. So zeigte die Altersgruppe ab 55 höhere Werte (M=5.07) an als die anderen Altersgruppen. Nach ihren Angaben werden sie ausserdem häufiger bei den Vorgesetzten gelobt (M=4.53, $p=0.01$). Da mit zunehmendem Alter Erfahrung und Kompetenz steigen, erleben die älteren Pflegenden mehr Einfluss auf ihr Arbeitsumfeld und deshalb auch mehr positive Rückmeldungen und eine bessere Zusammenarbeit untereinander und mit anderen Disziplinen. Auch persönliche Kontakte im Spital, die im Laufe der Zeit gewachsen sind, können zu einer besseren Bewertung der erlebten Wertschätzung beitragen. Ergänzend zeigt sich, dass die Pflegenden bis und mit 24 Jahre angeben, in Zusammenarbeit mit den Ärzten weniger oft ihre eigene Meinung einbringen zu können (M=4.36, $p=0.01$).

3. Stressauswirkungen

Arbeitsfähigkeit (Skala von 0-10)

Der Mittelwert der Arbeitsfähigkeit beträgt 8.15. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen unterschiedlichen Altersgruppen, Arbeitsbereichen oder Arbeitsorten.

Da die Arbeitsfähigkeit eigentlich in einem Index berechnet wird und hier nur drei Fragen daraus verwendet werden, gibt es fast keine Vergleichsmöglichkeit mit Referenzgruppen. Die einzige Möglichkeit stellt die Referenzgruppe von Pflegekräften (N=451) von Eisenegger (2009) dar (Vergleich von Häufigkeiten). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Pflegenden des LUKS die eigene Arbeitsfähigkeit schlechter einschätzen als die Referenzgruppe. Dies auch in Relation zu den körperlichen (M=4.0) und psychischen Anforderungen (M=3.92), wobei die Arbeitsfähigkeit in Relation zu den psychischen Anforderungen etwas tiefer ist und man daraus ableiten könnte, dass die psychischen Anforderungen eine grössere Belastung darstellen. Erstaunlich ist, dass die Pflegenden des LUKS sich weniger in der Arbeitsleistung beeinträchtigt fühlen und auch weniger krankheitsbedingte Absenzen (und weniger Erkrankungen) als die Referenzgruppe haben.

Die genauen Vergleichszahlen können in Anhang H eingesehen werden.

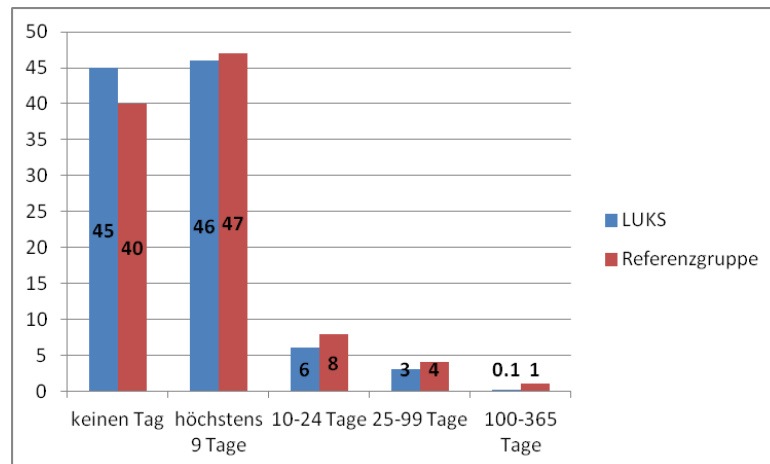
Absenzen auf Grund von gesundheitlichen Problemen

Die Absenzen haben einen Mittelwert von 1.67. Bezüglich des Alters, des Arbeitsorts und des Arbeitsbereichs gibt es keine signifikanten Unterschiede. Allerdings zeigt sich auf einem Signifikanzniveau von 0.05 (fehlende Varianzhomogenität) ein Unterschied bei den Altersgruppen. Die bis 26 Jahre alten Pflegenden (M=1.88) fehlen häufiger als die anderen Gruppen (27-36 Jahre: M=1.67; 37-46 Jahre: M=1.61; 57+: M=1.57; 47-56 Jahre: M=1.56). Im Vergleich mit der Referenzgruppe fehlen die Pflegenden des LUKS etwas weniger bei der Arbeit (s. Abbildung 6). Dies ist deshalb erstaunlich, weil sie ihre Arbeitsfähigkeit eigentlich tiefer einschätzen und es auch eine negative Korrelation gibt zwischen der Arbeitsfähigkeit und Absenzen auf Grund von gesundheitlichen Problemen ($r=-.22$). Ein Grund dafür könnte ein erhöhter Präsentismus¹³ sein, aus Angst davor, nicht mehr zu genügen und schliesslich den Arbeitsplatz zu verlieren. Ein weiterer Grund dafür ist das schlechte Gewissen den Arbeitskolleginnen gegenüber, wenn diese noch mehr

¹³ Man geht zur Arbeit, obwohl man eigentlich krank ist.

arbeiten müssen, weil man krank zu Hause bleibt. Diese Gründe beschreibt auch Johns (2010) in seinem Review zum Thema Präsentismus.

Abbildung 6 Absenzen auf Grund von gesundheitlichen Problemen

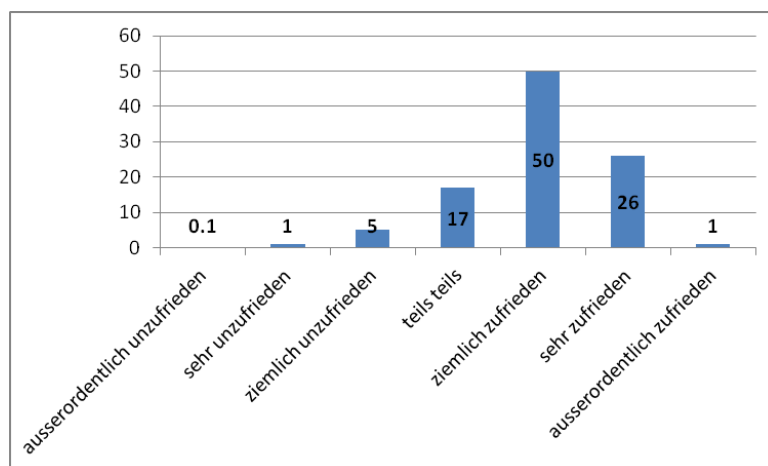


Arbeitszufriedenheit (Skala von 1-7)

Der Mittelwert der Arbeitszufriedenheit beträgt 4.97. Die Antworten konzentrieren sich dabei auf die Antwortmöglichkeiten „teils teils“ (17%), „ziemlich zufrieden“ (50%) und „sehr zufrieden“ (26%) (s. Abbildung 7). An den verschiedenen Arbeitsorten und in den unterschiedlichen Bereichen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Arbeitszufriedenheit. Jedoch ergibt sich ein signifikanter Unterschied ($p=0.05$) zwischen den Altersgruppen. Pflegende von 47 bis 56 Jahren ($M=5.19$) und über 57 Jahren ($M=5.22$) hatten höhere Arbeitszufriedenheitswerte als die jüngeren Pflegenden (bis 26 Jahre $M=4.78$; von 27 bis 36 Jahre $M=4.93$; von 37 bis 46 Jahre $M=4.97$). Die Entwicklung der Arbeitszufriedenheit im Laufe des Berufslebens, wie auch mit dem Alter, kann folgende Gründe haben: Ein betrieblich günstiger Ausleseprozess kann verantwortlich sein für die höhere Arbeitszufriedenheit, d.h. ein Teil der jüngeren Pflegenden, welche wenig Freude an ihrer Arbeit haben, ist bis in Alter ausgeschieden. In der höheren Altersgruppe sind deshalb jene Pflegenden überrepräsentiert, die zufrieden mit ihrer Arbeit sind. Ursachen dafür können eine Gewöhnung und zunehmende Vertrautheit mit den gegebenen Umständen sein. Damit verbunden sind Anpassungen des Anspruchsniveaus und mehr Toleranz gegenüber „spitalspezifischen Schwächen“, besonders im Bereich der Organisation. Dies entspricht Bruggemann's resignativer Arbeitszufriedenheit (Brugge-

mann, 1974). Die Erwartungen sind realistischer als bei jungen Pflegenden. Auch steigen im Laufe der Berufstätigkeit die Erfahrungen und Kompetenzen, so dass die Pflegenden längerer Berufserfahrung mehr Einfluss auf ihr Arbeitsumfeld haben und somit z.B. die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Disziplinen stärker beeinflussen können.

Abbildung 7 Häufigkeitsverteilung der Skala "Arbeitszufriedenheit" in Prozent



Commitment Beruf

Das Commitment zum Beruf wird mit einem Mittelwert von 3.94 eingeschätzt. Man fühlt sich dem Pflegeberuf verbunden und er hat auch eine gewisse Bedeutung für einen. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen unterschiedlichen Altersgruppen, Arbeitsbereichen oder Arbeitsorten.

Commitment Organisation

Das Commitment zur Organisation liegt mit einem Mittelwert von 3.35 unter dem Mittelwert des Commitments zum Beruf. Das heisst, das Pflegepersonal am LUKS fühlt sich dem Beruf mehr verbunden als der Institution. Dabei gibt es signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Arbeitsorten ($p=0.01$, aber keine Varianzhomogenität). In Luzern ist das Commitment zur Organisation am tiefsten ($M=3.19$), gefolgt von Sursee mit einem Mittelwert von 3.46. In Wolhusen ($M=3.80$) und in Nidwalden ($M=3.88$) ist das Commitment zur Organisation höher. Mögliche Erklärungen dafür sind z.B. die Grösse und das Versorgungsspektrum der Organisation. Zu einer ähnlichen Schlussfolgerung kamen Simon et al. (2005) in ihrer Untersuchung von Pflegenden in Deutschland. Auch

hier sank das Commitment zur Organisation mit der Grösse des Hauses. Gründe dafür können sein: In einem kleineren Haus kennt sich fast jeder, man tauscht sich auch eher aus und bekommt von anderen Rückmeldungen oder kann Prozesse „face-to-face“ gestalten. In einem grösseren Haus ist dies so weniger möglich. Alles ist viel unpersönlicher. Die Menschen, mit denen man zu tun hat, kennt man meistens nur über Telefon- oder E-Mail-Kontakt. Rückmeldungen gibt es eher, wenn etwas nicht gut gelaufen ist. In den grösseren Institutionen, vor allem im Kantonsspital Luzern, liegen auch die „akuteren“ Patienten und es herrscht eine Aufnahmepflicht. Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankungen oder Verletzungen oder wegen Unterkapazitäten in anderen Institutionen nicht versorgt werden können, müssen hier aufgenommen werden. Dies führt zu grösserem Druck bei der Arbeit. Auswirkung dieses höheren Commitments zum Beruf im Vergleich zum Commitment zur Organisation kann sein, dass Pflegende leicht und öfter zwischen verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens wechseln. Dadurch kann allerdings das Gefühl von Personalmangel und von verminderter Pflegequalität gefördert werden (ständige Neueinstellungen und Einarbeitungen, Anpassung an Organisations- und Stationsbegebenheiten, etc.).

Auch bei den verschiedenen Altersgruppen gibt es signifikante Unterschiede ($p=0.05$) bezüglich des Commitments zur Organisation. Pflegende bis und mit 28 Jahren zeigen am wenigsten Commitment ($M=3.08$). Etwas höhere Werte hat die Gruppe der 29- bis 38-jährigen ($M=3.32$) und der 39- bis 48-jährigen ($M=3.46$). Das höchste Commitment zur Organisation zeigen die 49- bis 58-Jährigen ($M=3.70$) und die über 59-Jährigen ($M=3.71$). Mögliche Erklärungen dafür sind, dass sich das Commitment erst im Laufe der Arbeitszeit in einer Organisation entwickelt. Auch verbleiben Mitarbeitende mit einem hohen Commitment zur Organisation eher dort als solche mit tiefem Commitment. Diese Überlegung unterstützt das Resultat, dass für die jüngeren Pflegenden bis und mit 24 Jahre ($M=2.95$, $p=0.01$) und zwischen 25 und 34 Jahren ($M=2.96$, $p=0.01$) die Bedeutung der Einrichtung am geringsten ist.

Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung

Der Mittelwert des erlebten Ungleichgewichts in der Arbeitsbeziehung beträgt 2.7. Die Pflegenden haben das Gefühl, dass sie sich sehr für ihre Arbeit engagieren und wenig dafür zurückbekommen (wie z.B. Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten). Für die eigenen Bemühungen gibt es zu wenige Gegenleistungen. Allerdings erleben die Pflegenden über 55 Jahre eine grössere Balance zwischen den eigenen Anstrengungen und dem, was sie zurückbekommen ($M=2.86$, $p=0.01$). Armstrong-Strassen und Schlosser (2011) stell-

ten in einer Untersuchung fest, dass ältere Mitarbeitende sich mehr als „Insider“ und Teil der Institution fühlen, wenn ihre Bedürfnisse erfüllt wurden und das Verhalten der Vorgesetzten als gerecht eingestuft wurden. Fühlten sie zudem, dass sie zu den Zielen der Organisation wichtige Beiträge leisten konnten, war die Absicht, in der Organisation zu bleiben grösser.

Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen. Allerdings zeigt sich, dass die Mitarbeitenden des Kantonsspitals Luzern am meisten Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung erleben ($M=3.39$) ($p=0.01$). Wolhusen ($M=3.15$) und Sursee ($M=3.07$) bilden eine Mittelgruppe. In Nidwalden wird am wenigsten Ungleichgewicht erlebt ($M=2.88$). Da sich die Werte im Bereich des Zeitdrucks ähnlich verhalten und es auch eine positive Korrelation von $r=0.3$ bei $p=0.01$ gibt, könnte es hier einen näheren Zusammenhang geben.

Burnout

Burnout wird mit einem Mittelwert von 2.58 eingeschätzt. Dabei zeigen die bis 24-jährigen Pflegenden ($M=2.75$) und die Pflegenden von 25-34 Jahre ($M=2.65$) einen signifikant ($p=0.05$, fehlende Varianzhomogenität) höheren Mittelwert als die anderen Altersgruppen an (35-44 Jahre: $M=2.51$; 45-54 Jahre: $M=2.47$; 55+: $M=2.45$). Das Gefühl von Müdigkeit wird am häufigsten genannt. Am stärksten leiden die bis 24 Jahre alten Pflegenden ($M=3.58$, $p=0.01$) und die Pflegenden zwischen 25 und 34 Jahren ($M=3.45$, $p=0.01$) unter diesem Müdigkeitsgefühl. Jüngere Pflegende haben noch weniger Erfahrungen mit Patientensituationen und Erkrankungen. Vieles ist für sie neu und wird deshalb zu einer Herausforderung. Dies führt dazu, dass mehr Energie bei der Arbeit aufgewendet werden muss und es deshalb schneller zu Müdigkeit und Erschöpfung kommt. Hoffman und Scott (2003) stellten fest, dass Pflegende mit weniger Berufserfahrung unter grösserem Stress als ihre erfahrenen Arbeitskolleginnen leiden.

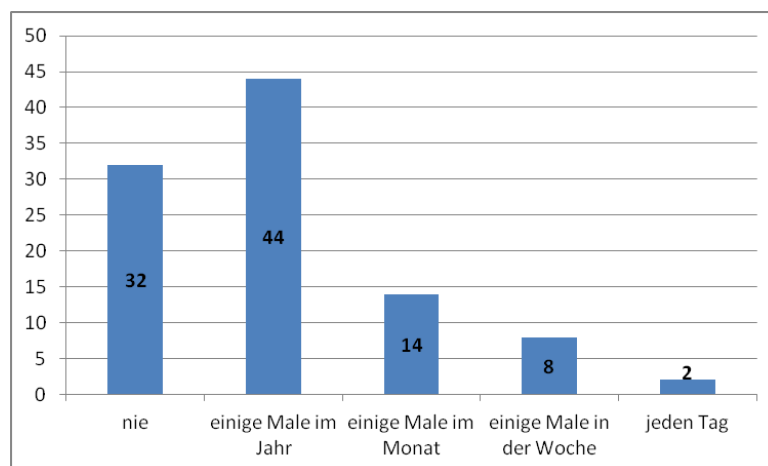
Zwischen den einzelnen Arbeitsorten und -bereichen gibt es keine signifikanten Unterschiede.

Darüber nachdenken, den Pflegeberuf zu verlassen

Die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen hat einen Mittelwert von 2.04. Die meisten Befragten denken einige Male im Jahr (44%) oder nie (32%) daran, den Pflegeberuf zu verlassen. Zwischen den Altersgruppen gibt es einen signifikanten Unterschied ($p=0.01$, aber keine Varianzhomogenität) was die Absicht betrifft, den Pflegeberuf zu verlassen.

Die über 55-jährigen Pflegenden denken am seltensten daran (M=1.55). Dies ist in dem Sinne nachvollziehbar, dass man in einem gewissen Alter nicht mehr daran denkt, den Beruf zu wechseln, sondern daran, wie man die sich im Beruf verbleibende Zeit am besten gestaltet. Auch hat diese Altersgruppe eine hohe Arbeitszufriedenheit (die aber auch resignativ sein kann). Am häufigsten denken die jungen Pflegenden bis 26 Jahre an einen Berufswechsel (M=2.38, $p=0.05$, fehlende Varianzhomogenität). Ungefähr ein Viertel der Pflegenden denkt jeden Tag bis einige Male im Monat an einen Berufswechsel (s. Abbildung 8). Bezüglich der verschiedenen Arbeitsorte und Arbeitsbereiche ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.

Abbildung 8 Häufigkeitsverteilung "Wie oft denkt Pflegepersonal daran, den Beruf zu verlassen" in Prozent

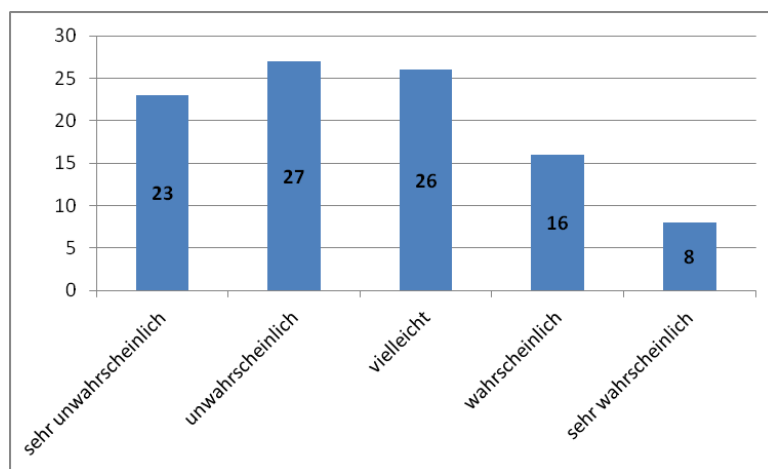


Im Alter in der Pflege arbeiten wollen

Der Mittelwert im Alter noch in der Pflege arbeiten zu wollen liegt bei 2.57. Dabei gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den Altersgruppen ($p=0.01$, aber keine Varianzhomogenität). Die Gruppe bis und mit 36 Jahren denkt am wenigsten daran, auch im Alter noch in der Pflege zu arbeiten (M=2.12). Die 37- bis 46-Jährigen denken etwas mehr daran (M=2.74) gefolgt von der Gruppe der 47- bis 56-Jährigen. Die über 56-Jährigen haben den höchsten Wert (M=4.02). Dies ist mit dem vorher beschriebenen Aspekt erklärbar, in einem gewissen Alter nicht mehr in einen anderen Beruf wechseln zu wollen, und auch mit einer höheren Arbeitszufriedenheit. Auch an den verschiedenen Arbeitsorten gibt es signifikante Unterschiede ($p=0.05$). Dabei können sich die Pflegenden des Kantonsspitals Luzern am wenigsten vorstellen, auch im höheren Alter noch in der Pflege zu arbeiten (M=2.45). Sursee, Wolhusen und Nidwalden zeigen Mittelwerte

zwischen 2.76 und 3.05. In den unterschiedlichen Disziplinen schliesslich können sich die Pflegenden des stationären Bereiches (M=2.42) und die der Spezialbereiche (M=2.67) am wenigsten vorstellen, so lange in der Pflege zu bleiben. In diesen Bereichen gibt es höhere Stressoren durch die Schichtarbeit und eine schlechtere Einschätzung der Pflegequalität. In den anderen Bereichen (M=3.04) und im Ambulatorium (M=3.2) ist dies eher vorstellbar. Für rund die Hälfte der Pflegenden ist es unwahrscheinlich, dass sie auch im Alter noch in der Pflege arbeiten werden.

Abbildung 9 Häufigkeitsverteilung "im Alter in der Pflege arbeiten" in Prozent



4.3.6 Gründe dafür, dass ältere Arbeitskolleginnen den Beruf verlassen haben

Mögliche Gründe dafür, dass ältere Arbeitskolleginnen den Pflegeberuf verlassen haben, sind in Tabelle 7 aufgeführt. Den höchsten Anteil haben dabei Stressoren, die in der Arbeit selbst und dem Arbeitsinhalt liegen. Am häufigsten genannt wurde dabei die Schichtarbeit, dicht gefolgt von der hohen Arbeitsbelastung und der körperlichen Belastung. Gesundheitliche Probleme werden ebenfalls sehr häufig genannt. Emotionale Anforderungen werden auch genannt, allerdings mit viel geringerer Häufigkeit. Hingegen gibt es sehr viele Neuerungen, die für älteres Pflegepersonal nicht mehr so einfach zu verarbeiten ist und es besteht auch Angst davor, die geforderte Leistung nicht mehr erbringen zu können. Die eigenen Leistungen werden nicht genügend honoriert, d.h. die Bezahlung wird als weiterer Ausstiegsgrund gesehen. Dann folgen persönlichere Gründe wie familiäre Verpflichtung und Frustration, weil die eigenen Pflegevorstellungen nicht umgesetzt werden konnten. Ein weiterer Punkt ist das Arbeitsklima und die soziale Unterstützung, die als mangelnde Wertschätzung, fehlende Unterstützung durch Vorgesetzte und fehlenden

Rückhalt im Team abgefragt wurden. Mangelnde Entwicklung- und Aufstiegsmöglichkeiten und mangelnder Einfluss bei der Arbeit werden weniger häufig als Ausstiegsgründe genannt, wie auch ein geringer beruflicher Status. Diese Resultate sind denen sehr ähnlich, die Sjögren et al. (2005) in Schweden durchgeführt haben. Sie fragten ebenfalls nach Gründen für den Berufsausstieg und bekamen die Antworten: hohe Arbeitsbelastung, Schichtarbeit, mangelnde Wertschätzung, Probleme mit Mitarbeitenden, geringer Status des Pflegeberufs, Gesundheitsprobleme, mangelnde Entwicklungsmöglichkeiten, geringe Bezahlung und persönliche Situation, wie Mutterschaft etc.

Tabelle 7 *Gründe dafür, dass Arbeitskolleginnen über 50 Jahre den Pflegeberuf verlassen haben*

	Anzahl ja	Prozent
Schichtarbeit	657	74
Hohe Arbeitsbelastung	641	73
Körperliche Belastung	579	66
Gesundheitliche Probleme	502	57
Zu viele Neuerungen	413	47
Angst, die geforderte Leistung nicht mehr zu erbringen	374	42
Geringe Bezahlung	304	34
Familiäre Verpflichtung	290	33
Frustration, weil die eigenen Pflegevorstellungen nicht umgesetzt werden konnten	285	32
Emotionale Anforderung	249	28
Mangelnde Wertschätzung	224	25
Fehlende Unterstützung durch Vorgesetzte	182	21
Fehlender Rückhalt im Team	79	9
Rollenkonflikt	76	9
Zu wenig Entwicklungsmöglichkeiten	72	8
Mangelnde Aufstiegsmöglichkeiten	52	6
Geringer beruflicher Status	49	6
Zu wenig Einfluss bei der Arbeit	40	4

Interessant ist der Vergleich dieser Resultate mit den Ergebnissen einer Untersuchung zum Wiedereinstieg ehemaliger Pflegenden. Blum et al. (2004) haben jüngere Pflegekräfte in der Familienphase nach ihren Ausstiegsgründen gefragt. An erster Stelle stehen dabei natürlich persönliche Gründe (57%), wie Schwangerschaft/Kindererziehung (39%), gesundheitliche Probleme (12%) und berufliche Neuorientierung (4%). Dann folgt die

Arbeitszeit (17%) (darunter: Schichtarbeit, Wochenendarbeit und Nachtarbeit), die Arbeitsinhalte (12%) (darunter: zeitliche Probleme und körperliche Belastung), mangelnde Gratifikation (8 %) (darunter: mangelnde Bezahlung und mangelnde berufliche Anerkennung) und das Arbeitsklima (5%) (darunter: Probleme mit Kollegen, Vorgesetzten oder Ärzten). Hier fällt auf, dass bis auf die Punkte Schwangerschaft/Kindererziehung und berufliche Neuorientierung die genannten Gründe sehr ähnlich sind. Das würde darauf hindeuten, dass Ausstiegsgründe und erlebte Stressoren relativ altersunabhängig sind.

4.4 Workshop

Es wurden nach einer Priorisierung der Brennpunkte die folgenden Themen genauer im Workshop besprochen: Zeitdruck, Führungsqualität und Alter in der Pflege. Die genaue Aufstellung ist in Anhang T ersichtlich.

4.4.1 Thema „Zeitdruck“

Als „Zeitfresser“ wurden die Punkte Administration und Patientendokumentation, interdisziplinäre Zusammenarbeit (v.a. mit Ärzten), Arbeitsabläufe und Richtlinien, „pflegefremde“ Tätigkeiten, Übergabezeit für Rapporte und Entwicklungen in der Pflege genannt. Genaue Beschreibungen der Probleme und von den Pflegenden vorgeschlagene mögliche Lösungen sind in Anhang T ersichtlich.

4.4.2 Thema „Führungsqualität“

Es gibt viele Übereinstimmungen zwischen den Wünschen an Vorgesetzte und den von den Vorgesetzten selbst beschriebenen Möglichkeiten ihrer Position (eine Gegenüberstellung ist in Anhang T ersichtlich). Dies betrifft die Unterstützung und Wertschätzung durch die Vorgesetzte wie auch die offene Kommunikation untereinander und die Förderung der Mitarbeitenden. Ein gemeinsames Thema ist auch die das Eingehen auf die individuellen Dienstplanwünsche.

Von den Mitarbeitenden wird zudem mehr Mitspracherecht gewünscht und auch, dass die Vorgesetzte noch in der Pflege mitarbeitet, um so die Probleme der Mitarbeitenden besser verstehen zu können.

Die Vorgesetzten ihrerseits sehen es als ihre Aufgabe an, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den Mitarbeitenden ermöglichen, optimal arbeiten zu können. Dafür sollen Abläufe überprüft und optimiert werden unter Einbezug der Mitarbeitenden. Die Vorgesetzte soll ihre Mitarbeitenden wirklich führen. Bei Problemen einer Mitarbeitenden be-

züglich ihrer Leistungsfähigkeit im anspruchsvollen Pflegeberuf soll frühzeitig fachliche Hilfe durch die Sozialberatung beigezogen werden. Damit diese vielen anspruchsvollen Aufgaben von den Vorgesetzten auch nach besten Möglichkeiten ausgeführt werden können, brauchen die Vorgesetzten allerdings Unterstützung durch Fort- und Weiterbildungen. Festgestellt wurde ausserdem, dass Hierarchie- und Kästchendenken hinderlich ist, um die Interessen der Pflege zu vertreten. Durch ein einheitliches Auftreten kann viel mehr erreicht werden.

4.4.3 Thema „Alter in der Pflege“

Ein wichtiger Aspekt ist der, dass alle Massnahmen, die für ältere Mitarbeitende ergriffen werden, auch den anderen Mitarbeitenden eine Perspektive geben und deshalb wichtig sind. Die folgenden Ideen wurden im Workshop dazu gesammelt:

Veränderungen und Anpassungen der Arbeit an ältere Mitarbeitende

Die Arbeitsplanung und Einteilung sollte anders erfolgen. So sollten ältere Pflegende, wenn möglich, weniger Nachtdienst haben oder es sollte weniger Nachtdienst am Stück, dafür mehrmals im Monat geben. Es könnte ausserdem ein Pool von Mitarbeitenden aufgebaut werden, die gerne Nachtdienst machen. Die Arbeitszeiten sollten flexibilisiert werden, bis hin zur eigenständigen Planung durch das Team, Einführen von Teildiensten oder Aufteilung von Arbeitspensen. Dabei sollen jetzige Arbeitszeitmodelle „gesprengt“ werden. Ältere Pflegende sollten nicht zum Aushelfen auf andere Abteilungen geschickt werden, da sie sich dort dauernd an Neuerungen anpassen müssen. Ganz allgemein gilt, dass man in einem Team thematisieren soll, wer welche Aufgaben gerne übernehmen möchte und wer Mühe mit gewissen Dingen hat. Die Position von Teilzeit-Mitarbeitenden soll gestärkt werden und ein vermehrtes Augenmerk soll auf die Entwicklungsmöglichkeiten gelegt werden.

Entwicklungsmöglichkeiten für älter Mitarbeitende

Funktionen sollen nicht an ein bestimmtes Pensum gebunden sein. Auf diese Weise ist mehr Ausbildung auch für Teilzeitarbeitende möglich. Eigene Schwächen sollen eingestanden werden, damit gezielt an diesen gearbeitet werden kann, z.B. Unsicherheit bei einem speziellen Verbandwechsel, etc. Die Vorgesetzten sollen Stärken der Mitarbeitenden hervorholen. Dazu brauchen die Vorgesetzten selbst auch Unterstützung, z.B. durch Schulungen bezüglich des Umgangs mit älteren Mitarbeitenden und deren Beratung und Entwicklung.

5. Integrierende Interpretation

Im fünften Kapitel werden die Resultate aus Dokumentenanalyse, Interviews, Fragebogenbefragung und Workshop zusammengefasst und im Zusammenhang interpretiert. Dabei sollen sich die aus unterschiedlichen Quellen stammenden Ergebnisse gegenseitig ergänzen und dabei helfen, ein besseres Bild von der aktuellen Situation zu bekommen.

5.1 Stressoren und Ressourcen, die (ältere) Pflegende erleben

5.1.1 Stressoren der Arbeit

Zeitdruck

Der Zeitdruck am LUKS bestimmt den ganzen Arbeitsalltag. In Luzern und Wolhusen wird er als besonders hoch eingeschätzt. Als einer der Gründe dafür wird der erhöhte Arbeitsaufwand genannt. Dieser entsteht dadurch, dass die Patienten im Spital multimorbide sind und die Krankenhausverweildauer ständig abnimmt. Zudem wurde in gewissen Bereichen Pflegepersonal abgebaut oder es gibt für Spezialbereiche zu wenig ausgebildetes Personal. Es kommt deshalb dazu, dass Patienten nicht mehr gut versorgt werden können und dass das Pflegepersonal sich zunehmend erschöpft fühlt. Als weitere „Zeitfresser in der Pflege“ werden die Administration und Patientendokumentation, die interdisziplinäre Zusammenarbeit, v.a. mit den Ärzten, Arbeitsabläufe und Richtlinien, „pflegefremde“ Tätigkeiten, Übergabezeit für Rapporte und Entwicklungen in der Pflege mit einer Vergrösserung des administrativen Aufwands genannt. Ältere Pflegende werden zudem noch dadurch gefordert, dass sie jüngere Pflegende zusätzlich zu ihrer Arbeit in der Pflege unterstützen und anweisen müssen. Das ist auf der einen Seite positiv, da ihre Erfahrung dadurch wertgeschätzt wird. Auf der anderen Seite ist dies eine Zusatzaufgabe, für die keine Extrazeit zur Verfügung steht.

In den Interviews kommt eine unterschiedliche Bewertung des Zeitdrucks von jüngeren und älteren Pflegenden zum Ausdruck (ältere Pflegende erschöpfen sich mehr und würden lieber mehr Zeit für die Patienten haben). In der Fragebogenbefragung gibt es keinen signifikanten Unterschied, d. h., jüngere und ältere Pflegende leiden gleichermassen unter Zeitdruck. In der Untersuchung zu Stressoren in der Pflege von McGrath et al. (2003) ist dieser Zeitdruck der grösste Stressor, weil er dazu führt, dass die Aufgaben nicht mehr so ausgeführt werden können, wie man sie gerne ausführen möchte. Janssen et al. (1999a) konnten nachweisen, dass Zeitmangel und hohe Arbeitsbelastung die stärksten Determinanten für emotionale Erschöpfung und damit für eine Vorstufe von Burnout sind. Zeit-

druck hat allerdings nicht nur Auswirkungen auf die Gesundheit des Pflegepersonals, sondern auch auf die Gesundheit der Patienten. Untersuchungen von Needleman et al. (2002) und Clements et al. (2008) zeigen, dass ein tiefes Verhältnis von Pflegepersonal zu Patienten zu Komplikationen, wie z.B. Infektionserkrankungen und schlechterem Patienten-Outcome führt (z.B. längerer Spitalaufenthalt oder „failure to rescue“). Der Zeitdruck hat also direkten Einfluss auf die Pflegequalität.

Einschränkungen der Pflegequalität

Die Sicherheit der Patienten und die Pflegequalität werden als mittelmässig beschrieben. In den Interviews wurde sogar davon gesprochen, dass in Spezialbereichen aufgrund von Zeitdruck und Personalmangel häufig keine „sichere Pflege“ mehr gewährleistet werden kann. Einem Patienten durch Unterlassen Schaden zuzufügen löst Stress aus und führt zu Emotionaler Dissonanz. In einigen Belangen kann die Arbeit zwar so verrichtet werden, wie es dem eigenen Verständnis von guter Pflege entspricht. Es kommt aber auch zu Konflikten zwischen persönlichen Überzeugungen und der Arbeitsrealität. Die eigentlichen Aufgaben der Pflege können nicht alle erledigt werden. Es geschehen immer wieder Fehler und man kann auch nicht so auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen wie man sollte. Pflegepersonal findet Befriedigung in der Arbeit, wenn es Patienten so versorgen kann, wie es der persönlichen und der professionellen Auffassung von Pflege entspricht. Die meisten Pflegenden haben eine ganzheitliche Pflegephilosophie und ihre Arbeit ist dann für sie erfüllend, wenn sie alle Aspekte der Gesundheit des Patienten abdecken können und sie eine vollständige Tätigkeit (Hacker, 1998) ausführen können. Dies beschreiben vor allem die älteren Pflegenden in den Interviews. In der Fragebogenerhebung schätzen die über 55-jährigen die Pflegequalität höher ein als die anderen Pflegenden. Ein Grund dafür könnte sein, dass die älteren Pflegenden häufig Teilzeit arbeiten und öfters länger bleiben, um ihre Arbeit so erledigen zu können, dass sie selbst zufrieden sind. Dies wurde auch in den Interviews beschrieben.

Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung hat das Pflegepersonal oft nur noch Zeit für die Aufgaben, die unmittelbar mit der Behandlung der Patienten im Zusammenhang stehen. Als Resultat davon fühlen sich die Pflegenden oft entmutigt und schlecht, weil sie die psychosozialen und geistigen Bedürfnisse der Patienten vernachlässigen (Baumann et al., 2001). Die Pflegenden des LUKS beschreiben dies auch als ethische Dilemmata, in denen sie manchmal stecken. Nicht mehr das Beste für den Patienten tun zu können, sondern sich an gesundheitspolitische Vorgaben halten zu müssen (z.B. DRGs: diagnosis related

groups¹⁴) oder die eigene Arbeit an die knappe Zeit anpassen zu müssen, stellt einen grossen Belastungsfaktor dar und kann zu Burnout führen (Kirpal, 2004). Glasberg et al. (2007) zeigten, dass „stress of conscience“ (ein schlechtes Gewissen, weil man aufgrund der äusseren Umstände in einer Situation nur falsch oder nicht gut genug handeln kann) ein unterstützender Faktor für Burnout bei Gesundheitspersonal ist.

Die Pflegequalität in Luzern wird am geringsten eingeschätzt. Dies kann mit der Grösse des Spitals zusammenhängen, aber auch mit den anderen negativ genannten Punkten (Zeitdruck, Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung, tiefes Commitment zur Organisation). Die Pflegequalität wird in den ambulanten Bereichen als höher eingeschätzt als in den stationären Bereichen. Dieses Ergebnis überrascht auf der einen Seite, da in den ambulanten Bereichen der Schwerpunkt eher auf die Behandlungspflege gelegt wird. Auf der anderen Seite ist es aber auch möglich, dass die Pflege in diesem Bereich anspruchsvoller geworden ist und dass in den stationären Bereichen weniger Zeit für die eigentliche Pflege aufgewendet werden kann.

Kognitive Anforderungen

Es gibt viele kognitive Anforderungen, sei es bei der Pflege der Patienten, bei der man sehr aufmerksam sein muss, um bei Veränderungen schnell reagieren und Schaden abwenden zu können, oder in Bezug auf die vielen Veränderungen sowohl im medizinischen, pflegerischen, organisatorischen wie auch im Ausbildungsbereich. Die kognitiven Anforderungen an sich stellen schon eine Herausforderung dar. Durch die Kombination mit hohem Zeitdruck verstärkt sich die Belastung noch, da noch mehr Anforderungen in kurzer Zeit auf einen einströmen und man auch weniger Zeit hat, Neues zu verarbeiten. Für die älteren Pflegenden besonders herausfordernd und mühsam ist der Umgang mit EDV. Hier fühlen sie sich unsicher und brauchen viel Zeit dafür. Häufig müssen sie sich deshalb auch Unterstützung bei jüngeren Pflegenden holen.

Schichtarbeit

Der Schichtdienst stellt für alle Altersgruppen eine Belastung dar. Allerdings gibt es auch starke individuelle Präferenzen. In vielen Fällen ist es allerdings so, dass die älteren Mitarbeitenden darunter leiden, wenn sie lange Dienstblöcke arbeiten, von Spätdienst auf

¹⁴ Fallpauschalen: führen zu einer Verkürzung der Verweildauer im Spital; stationäre Leistungen werden in den ambulanten Bereich verlagert

Frühdienst wechseln und oft in der Nacht arbeiten müssen. Sie klagen über Schlafstörungen, vermehrte Müdigkeit, Erschöpfung und längeren Zeitbedarf, um sich wieder erholen zu können. Die Pflegenden bis 34 Jahre fühlen sich durch die Schichtarbeit am meisten in ihrer Freizeit und bei der Ausübung ihrer Hobbies eingeschränkt. Dies kann ein Hinweis sein für ein verändertes Freizeitverhalten oder einfach auch auf die Entwicklungsphase, in der Entwicklungsaufgaben bewältigt werden müssen, um einen eigenen Lebensstil zu entwickeln (Hurrelmann et al., 1985).

Nicht erstaunlich ist, dass die Belastung durch Schichtarbeit in den Ambulatorien und „anderen Bereichen“ als geringer eingestuft wird als im stationären Bereich und den Spezialbereichen, da es dort regelmässige Arbeitszeiten gibt.

Rollenkonflikt

Die Aufgaben und Rollen bei der Arbeit sind klar definiert und beschrieben. Im LUKS haben Pflegende bis 36 Jahre aber öfters das Gefühl, dass sie Dinge tun müssen, die ihnen eigentlich unnötig erscheinen. Dies kann ein Hinweis dafür sein, dass es im Spital ungünstige Prozessabläufe oder Regelungen gibt. Es ist auch möglich, dass sich die jüngeren Pflegenden in ihrem Entscheidungsspielraum eingeschränkt fühlen.

Insgesamt lässt sich ein Konflikt zwischen Ansprüchen der Organisation an die Pflegenden, Ansprüchen der Patienten an die Pflegenden und Ansprüchen der Pflegenden an sich selbst feststellen. Im Pflegeleitbild des Spitals ist die patienten- und familienzentrierte Pflege beschrieben. Diese kann aber unter dem Kosten- und Spardruck, der auf der Organisation lastet, nicht umgesetzt werden (Gründe: zu wenig Personal, Zeitdruck, gesundheitspolitische Vorgaben wie „DRGs“). Die Patienten fordern eine vollumfängliche Pflege, die auf ihre Wünsche eingeht, Zeit hat und sie in die Pflege mit einbezieht. Die Pflegenden selbst möchten gerne viel Kontakt mit den Patienten und genügend Zeit, um die Patientenorientierung umzusetzen. Ausserdem möchten sie gerne vollständige Tätigkeiten ausführen, die wirklich ihren Beruf betreffen.

Zu einem Rollenkonflikt kommt es auch durch die Kluft zwischen Theorie und Praxis: Man orientiert sich an Pflege-theorien, die nicht an die Realität angepasst sind. Dies weckt falsche Erwartungen der Pflegenden an die Arbeitspraxis, die dort nicht erfüllt werden können. Zusammen mit der Anspruchshaltung der Patienten führt dies zu einem Idealbild, das nie erfüllt werden kann. Es kommt dazu, dass man sich verausgabt und unter einem schlechten Gewissen leidet, weil doch nicht alles zum Besten erfüllt werden kann.

Der Pflegeberuf hat sich in den letzten Jahren sehr stark verändert. Pflegende sind dabei mehr zu Pflegemanagern geworden und haben sehr viele administrative und organisatorische Aufgaben zu erfüllen. Auch die Führung von Mitarbeitenden mit einer weniger qualifizierten Ausbildung gehört zunehmend dazu. Die meisten Pflegenden lieben aber den Kontakt mit den Patienten und fühlen sich in dieser neuen Managerrolle nicht wohl.

Neben der Arbeitssituation spielt auch die Lebenssituation eine wichtige Rolle bei Rollenkonflikten. Mitarbeitende selbst sind zunehmend in schwierigen Lebenssituationen (allein erziehende Mütter, Mitarbeitende mit Migrationshintergrund, sehr junge noch in der Pubertät steckende Mitarbeitende) und sind teilweise stark mit sich selbst beschäftigt. Auch die Situation am Arbeitsplatz benötigt sehr viel Energie. Diese Bedingungen erschweren es, anderen Menschen Unterstützung geben zu können. Zudem hat sich der Stellenwert der Freizeit im Vergleich zu jenem der Arbeit stark verändert und ist wichtiger geworden, d.h. man ist weniger bereit, die Freizeit hinter die Arbeit zu stellen und z.B. aufgrund von Schichtarbeit auf ein normales Freizeit- und Gesellschaftsleben zu verzichten.

Emotionale Dissonanz

Bei der Arbeit im LUKS müssen häufig Gefühle unterdrückt werden, um neutral zu erscheinen. Dies könnte einen Zusammenhang damit haben, dass sich viele Pflegenden selbst in schwierigen Lebenssituationen befinden oder dass die Arbeitssituation für sie schwierig ist. Dem Patienten gegenüber soll das natürlich nicht gezeigt werden. Allerdings kostet dies viel Kraft und Energie und macht müde. Auch wird von der Organisation Emotionsarbeit gefordert: „Kompetenz, die lächelt“ wird im Jahresbericht des LUKS 2010 genannt. Pflegende bis 34 Jahre verspüren mehr Emotionale Dissonanz als die über 34-Jährigen. Dies wird durch die Aussagen der jüngeren Pflegenden in den Interviews bestätigt, wonach sie sich in gewissen Bereichen, die noch neu für sie sind, unsicher fühlen. Ähnlich sind die Ergebnisse von Oermann und Garvin (2002), die frisch diplomierte Pflegenden nach ihren grössten Stressoren („sich nicht kompetent und sicher fühlen“ und „neue Situationen, Umgebungen und Prozedere kennen lernen“) befragt haben. Hier könnte es auch einen Zusammenhang geben zu Burnout, denn vor allem die jüngeren Pflegenden bis 34 Jahre zeigten erhöhte Werte beim Gefühl der Ermüdung. Einen weiteren Zusammenhang könnte es zur Pflegequalität und zum Rollenkonflikt geben. Zwar wissen die Pflegenden, wie sie ihre Aufgaben ausführen sollten, damit der Patient am meisten davon profitieren kann. Allerdings können sie nicht so arbeiten, weil die Zeit es

nicht erlaubt. Dies führt zu einer inneren Zerrissenheit, die dem Patienten gegenüber nicht gezeigt werden soll.

Angst, Leistungen nicht mehr erbringen zu können

Die älteren Pflegenden haben Angst davor, den Leistungen nicht mehr genügen zu können. Sie spüren fast täglich, dass sie an den Rand ihrer Leistungsfähigkeit kommen. Zum Teil wird dies dadurch aufgefangen, dass viele ältere Mitarbeitende Teilzeit arbeiten und deshalb mehr Zeit zur Erholung zur Verfügung haben. Die Überforderung bei der Arbeit und die eigenen Ängste werden im Team oder dem Vorgesetzten gegenüber eher weniger thematisiert. Die kann zu Spannungen im Team führen, denn auch wenn die Überforderung nicht geäußert wird, ist sie doch oft spürbar. Werden eigene Schwächen nicht zugegeben, sondern eher noch versteckt, kann auch nicht aktiv daran gearbeitet werden. Auf diese Weise kommt es zu einer schleichenden Dequalifikation der älteren Pflegenden.

Organisatorische Probleme

Besonders zu schaffen macht den Pflegenden die viele administrative Arbeit, die sie von ihrem „Kerngeschäft“, der Betreuung von Patienten abhält. Dies ist auch in der Studie von McGrath et al. (2003) eine der meist genannten Stressoren. Hierbei ist auch sehr erschwerend, dass vor allem die älteren Pflegenden im Umgang mit EDV und Computer wenig versiert sind und dies als zusätzliche Belastung ansehen. Hennington et al. (2011) fanden erhöhten Rollenkonflikt bei Pflegenden, welche die Computerarbeit als nicht zu ihrem Beruf gehörend beschrieben. Die Ausstattung der Büro-Arbeitsplätze ist nicht dem aktuellen Bedarf angepasst. Es gibt zu wenige PCs und auch keinen ruhigen Ort, an dem man konzentriert arbeiten könnte. Störend sind auch die vielen Unterbrechungen bei der Arbeit. Solche Unterbrechungen können nach McGillis Hall et al. (2010) zu negativen Konsequenzen führen, wie Behandlungsverzögerungen, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit. Bürokratische Regelungen, schlecht organisierte Prozessabläufe, ungeklärte Zuständigkeiten und berufsfremde Arbeiten erschweren die Arbeit zusätzlich und reduzieren die Zeit für die eigentliche Pflege. Dies frustriert die Pflegenden, da sie für ihre eigentliche Aufgabe, die Pflege von Patienten, viel zu wenig Zeit haben.

Es ist eine gewisse Mutlosigkeit spürbar, was Veränderungen dieser Probleme betrifft. Das Spital wird dabei als eher träges Gefüge erlebt, indem ein starkes Hierarchiedenken besteht, das die Arbeit behindert. Die eigenen Vorgesetzten werden dabei als eher hilflos

gesehen. Das Handeln wird als wenig voraus denkend und aktiv erlebt, sondern eher als reaktiv und zögerlich.

5.1.2 Ressourcen der Arbeit

Entscheidungsspielraum

Durch die Professionalisierung der Pflege in den letzten Jahren hat sich auch der Entscheidungsspielraum der Pflegenden des LUKS vergrössert. Es kann relativ selbstständig entschieden werden, wie Aufgaben erledigt werden. Allerdings sind gewisse Abhängigkeiten vorhanden, wie bei Arbeiten, die vom Arzt delegiert werden, oder der Mithilfe von Arbeitskolleginnen. Auf das Arbeitstempo und den Zeitpunkt der Aufgabenerledigung kann wenig Einfluss genommen werden. Dies zeigt einen möglichen Zusammenhang zum Zeitdruck auf. Im Vergleich zu der Referenzgruppe von Pflegenden in Deutschland ist der Entscheidungsspielraum der Pflegenden des LUKS geringer. Dies ist erstaunlich, sind doch die Kompetenzen und der zeitliche Spielraum der Pflegenden in der Schweiz grösser. Die Pflegenden würden gerne mehr Mitspracherecht haben, fordern dieses aber nicht ein. Eventuell gibt es hier eine gewisse Resignation, da auch die Vorgesetzten als relativ machtlos „nach oben“ gesehen werden. Es ist aber auch möglich, dass das Commitment zur Organisation zu gering ist, um sich besonders einsetzen zu wollen.

Entwicklungsmöglichkeiten

Die Entwicklungsmöglichkeiten werden unterschiedlich eingeschätzt. Auf der einen Seite trägt der abwechslungsreiche Umgang mit Menschen sowie mit Freude und Leid zu persönlichem Wachstum bei. Die Pflegenden bis 24 Jahre erleben in ihrer täglichen Arbeit öfters die Möglichkeit, etwas Neues zu lernen. Auf der anderen Seite werden die Entwicklungsmöglichkeiten von den über 59-jährigen und den Pflegenden zwischen 39 und 48 Jahren als geringer eingeschätzt. Hier könnte es auch einen Zusammenhang damit geben, dass viele Pflegende in diesen Altersgruppen Teilzeit arbeiten und deshalb nicht so gefördert werden. Die Pflegenden beschreiben zudem, dass ältere Pflegende weniger Möglichkeiten zur Weiterentwicklung hätten, da es keine speziellen Angebote für sie gibt. Hierauf sollte vermehrt Augenmerk gelegt werden, denn es wird in Zukunft mehr ältere Mitarbeitende im Spital geben. Deren Motivation kann einerseits durch Qualifizierung verbessert werden, andererseits liegt es auch im Interesse des Betriebs, eine schleichende Dequalifizierung zu vermeiden. Im Ambulatorium und den „anderen Bereichen“ werden weniger Entwicklungsmöglichkeiten gesehen als im stationären Bereich und den

Spezialbereichen. Das kann damit erklärt werden, dass man sich häufig bereits in einem Gebiet spezialisiert hat und man eher wenig Abwechslung erlebt. Auch gibt es in diesen Bereichen viele stark geregelte Abläufe. Fehlende Herausforderungen und fehlende Möglichkeiten sich weiterzuentwickeln waren bei Elovainio et al. (2005) Gründe für die frühzeitige Pensionierung von Pflegenden in Finnland. Kovner et al. (2007) und Sjögren et al. (2005) stellten in ihren Untersuchungen fest, wie wichtig Entwicklungsmöglichkeiten für Pflegende sind. Wird ihr Bedürfnis nach Wachstum und Entwicklung bei der Arbeit nicht gestillt, verlassen sie den Arbeitsort oder sogar den Beruf. Es gibt zudem Hinweise darauf, dass die Pflegequalität steigt, je besser die Pflegenden auf einer Abteilung ausgebildet sind (Blegen et al., 2011). Borill et al. (1998) stellten ausserdem fest, dass die Gesundheit der Mitarbeitenden besser war in Organisationen, in denen die Mitarbeitenden mehr Entwicklungsmöglichkeiten hatten. Ausbildung kann dabei als eine von der Organisation gewährleistete Form der Wertschätzung gesehen werden.

Rollenklarheit

Als grosses Plus zeigt sich am LUKS die Rollenklarheit im Pflegeberuf. Durch die klaren Kompetenzregelungen und die Arbeit nach Pflegestandards, Pflegediagnosen und Leitlinien etc. ist klar, welche Aufgaben man zu erfüllen hat und wie man sie erfüllen soll. Bégat et al. (2005) betonen die Wichtigkeit von klaren Kompetenz- und Aufgabenbeschreibungen. Nur auf diese Weise kann die eigene Arbeit sinnvoll geplant und hieb- und stichfeste Entscheidungen getroffen werden. Dies führt dazu, dass die Arbeit als bedeutsam angesehen wird und wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden der Pflegenden aus.

Führungsqualität

Für die Pflegenden ist es wichtig, dass sie von ihren Vorgesetzten Unterstützung und Verständnis bekommen. Viele Vorgesetzte bemühen sich, ihre Mitarbeitenden zu unterstützen. Schwachpunkte gibt es bei der Lösung von Konflikten und bei der Personalentwicklung von Pflegenden. Bei der Vertretung der Interessen der Pflege nach aussen werden die Vorgesetzten teilweise als hilflos gesehen und sie beschreiben selbst auch eine gewisse Hilflosigkeit. Geschätzt wird von den Pflegenden, dass ihre direkten Vorgesetzten selbst noch in der Pflege mitarbeiten und so viele Probleme aus eigener Erfahrung kennen. Dies kann aber auch belastend für die Führungspersonen sein, da sie zwei Aufgabenbereiche erfüllen müssen und bei Engpässen die Arbeit mit Patienten häufig als wichtiger erachtet wird. Im Spital Nidwalden wird die Führungsqualität am höchsten einge-

schätzt. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Zusammenarbeit in einem kleineren Spital enger sein kann und die Führungsperson weniger zwischen den beiden oben beschriebenen Aufgaben hin und her gerissen ist, weil die Patienten weniger akut krank sind. Im Ambulatorium wird die Führungsqualität am tiefsten eingeschätzt. Hier könnte ein Zusammenhang damit bestehen, dass die Vorgaben der Aufgabenerfüllung grösser sind, man weniger Führung braucht und sich eher durch die Führungsperson „gegängelt“ fühlt.

Untersuchungen von Tuomi et al. (1997) und Ilmarinen (1999) zur Förderung der Arbeitsfähigkeit konnten erhebliche Verbesserungen bedingt durch unterstützendes Vorgesetztenverhalten nachweisen. Nach Leveck und Jones (1996) können Vorgesetzte das Gruppenzusammengehörigkeitsgefühl stärken und Arbeitsstress reduzieren. Ausserdem kann ein Vorgesetzter, der seine Mitarbeitenden unterstützt und ermutigt, Kündigungen reduzieren (Laschinger et al., 1999).

Teamzusammenarbeit

Als eine der wichtigsten Ressourcen wird die Teamzusammenarbeit beschrieben. Im Team hilft man sich gegenseitig bei Problemen und zeigt sich unterschiedliche Blickwinkel auf. Geschätzt wird die „Znünpause“, bei der sich alle sehen und bei welcher der Austausch auch eher informell sein kann. Allerdings gibt es eine solche Pause nicht auf allen Abteilungen. Sich nicht im Team über Arbeitsthemen austauschen zu können, kann zu erlebtem Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung führen (Jolivet et al., 2010). Die Wichtigkeit eines guten Teamklimas zeigt auch die Untersuchung von Kivimäki et al. (2007). Sie stellten fest, dass ein schlechtes Teamklima im Zusammenhang steht mit der Absicht den aktuellen Posten zu verlassen. Nicht immer ist die Teamzusammenarbeit im LUKS gut. Es werden auch Situationen beschrieben, in denen Konflikte nicht angesprochen werden. Unterschiedliche Ansichten über die Bedeutung der Arbeit und das Ausmass an Energie, das in die Arbeit gesteckt wird, führt dabei manchmal zu Konflikten zwischen jüngeren und älteren Pflegenden.

Familie

Eine weitere wichtige Ressource ist die Familie, die einem von den Problemen bei der Arbeit ablenkt und wieder Kraft gibt. Frauen mit Familie arbeiten ausserdem in einem Teilzeitpensum. Dies wird sehr geschätzt, da dadurch die Stressoren relativiert und besser verarbeitet werden können. Pinwood et al. (2006) stellten in einer Untersuchung zu ar-

beitsbezogener Ermüdung und Erholung fest, dass Pflegende weniger Ermüdung zeigten, wenn sie eine Familie zu versorgen hatten als wenn sie ohne Kinder lebten. Dies zeigt die Wichtigkeit persönlicher Ressourcen auf, durch die Motivation aufgebaut und Stressoren besser ertragen werden können. Allerdings behindert die Schichtarbeit es oftmals, soziale Kontakte mit Familie und Freunden zu pflegen. Die Arbeit selbst gefährdet also eine wichtige Ressource.

Bedeutung der Arbeit mit Patienten

Die Arbeit in der Pflege selbst wird als Lebensbildung beschrieben und ist auch oftmals die Ressource, die einem die Stressoren aushalten lässt. Anderen Menschen helfen zu können, gibt Erfüllung und Kraft. Marshall und Barnett (1993) konnten feststellen, dass „anderen Menschen zu helfen“ als Puffer für psychologische Belastung dienen kann. Anderen Menschen helfen zu können, ist die grösste intrinsische Belohnung im Pflegeberuf und der am häufigsten genannte Grund, weshalb der Beruf gewählt wurde (Pettersen et al., 1995). Die Zufriedenheit mit der Patientenbetreuung hat einen positiven Einfluss auf die Selbstwahrnehmung der Pflegenden (Dodds et al., 1991). Gleichzeitig kann „Anderen zu helfen“ auch frustrierend sein, wenn das Umfeld es den Pflegenden nicht erlaubt, sich richtig um die Patienten zu kümmern (z.B. aufgrund von Zeitdruck oder weil pflegefremde Aufgaben übernommen werden müssen).

Wertschätzung

Immer wieder erwähnt wurde in den Interviews die Wichtigkeit der Wertschätzung, die den Pflegenden entgegengebracht wird oder entgegengebracht werden sollte. Am höchsten ist am LUKS die Wertschätzung der Arbeitskolleginnen, gefolgt von den Vorgesetzten und den Ärzten. Am geringsten ist die der Patienten. Dies könnte ein Zeichen dafür sein, dass die Ansprüche der Patienten nicht mehr erfüllt werden können. In den Interviews wurde immer wieder erwähnt, dass die Wertschätzung von Seiten der Institution als eher tief angesehen wird. Dies kann als eine Art Ungleichgewicht zwischen eigenen Anstrengungen und Belohnung gesehen werden. Im LUKS erleben Pflegende über 54 Jahre mehr Wertschätzung als die jüngeren Pflegenden. Die Patienten loben sie auch öfters bei ihren Vorgesetzten. Es ist möglich, dass die älteren Pflegenden aufgrund ihres Alters und ihrer Erfahrung mehr Kompetenz ausstrahlen als die jüngeren Pflegenden. Die jüngeren Pflegenden bis 24 Jahre haben das Gefühl, dass sie ihre Meinung bei Gesprächen mit Ärzten eher wenig einbringen können. Hier spielt wahrscheinlich der Wissensgradient

eine grosse Rolle. Zwischen der erlebten Wertschätzung und der Arbeitszufriedenheit könnte es einen Zusammenhang geben, da auch hier die älteren Pflegenden höhere Werte zeigen als die jüngeren. Spence Laschinger (2004) konnte zeigen, dass viele Pflegende das Gefühl hatten, von den Managern nicht genügend Respekt entgegen gebracht zu bekommen. Folgen waren geringere Arbeitszufriedenheit, weniger Vertrauen in das Management, emotionale Erschöpfung und eine schlechtere Einschätzung der Pflegequalität. Bradley und Cartwright (2002) stellten fest, dass die Arbeitszufriedenheit und die Gesundheit der Pflegenden umso besser waren, je mehr sie das Gefühl hatten, dass die Organisation sie unterstützt und ihren Berufsstand wertschätzt.

Gesundheitsförderung

Der Bereich der Gesundheitsförderung scheint keine grosse Rolle zu spielen. Zwar wurden die Arbeitsmedizin und die Supervision genannt, die beide aber einen hohen Schwellenwert zur Erreichung haben. Der informelle Austausch im Team bei Kurzpausen wurde ebenfalls genannt. Allerdings gibt es aufgrund von Zeitdruck nicht auf allen Abteilungen Pausen für die Mitarbeitenden. Wenn es Pausen gibt, fehlt die Möglichkeit, sich einmal kurz zum Ausruhen zurückzuziehen. Gerade für ältere Pflegende wäre eine solche Rückzugsmöglichkeit sehr wichtig. Dass das Bedürfnis nach Erholung bei älteren Personen grundsätzlich höher ausgeprägt zu sein scheint, konnten Jansen et al. (2002) zeigen. Eine Anhäufung von Stressoren aus unterschiedlichen Lebensbereichen bei gleichzeitig unzureichenden Erholungsmöglichkeiten kann zu einem ungünstig veränderten psychophysischen Gesamtzustand führen (Kallus, 1995). In Folge dieses veränderten Zustands kann es bei der Person zu Einschränkungen in der Handlungs- und Leistungsfähigkeit, dem aktuellen Wohlbefinden und vor allem auch der Anpassungsfähigkeit an weitere Stressoren kommen. Dies bedeutet, dass hohe Beanspruchung bei gleichzeitig unzureichender Erholung auf Dauer das Risiko, psychisch und/oder physisch zu erkranken, erhöht (Kallus & Uhlig, 2001).

Auf einigen Abteilungen wollen die Führungspersonen die Pausen abschaffen, damit die gewonnene Zeit für die Arbeit eingesetzt werden kann. Es scheint also wenig Bewusstsein da zu sein für die Wichtigkeit von Erholungsmöglichkeiten und dem Zusammenhang zu Leistungsfähigkeit und Fehlern bei der Arbeit.

5.2 Auswirkungen von Stressoren und ungenügenden Ressourcen

Burnout

Bei den Pflegenden des LUKS sind Gefühle von Müdigkeit sowie körperlicher und emotionaler Erschöpfung am häufigsten. Davon betroffen sind vor allem die jüngeren Pflegenden bis 34 Jahre. Dieses Ergebnis ist als problematisch einzustufen, da die Gefahr besteht, dass diese Pflegenden die Pflege verlassen werden. Hasselhorn et al. (2005) stellten fest, dass Pflegende umso mehr an einen Berufswechsel dachten, je höher die Burnout-Werte waren. Weitere Indikatoren dafür liegen in der niedrigen Arbeitszufriedenheit und den erhöhten Absenzen von jüngerem Pflegepersonal. Dabei ist diese Altersgruppe für die Erhaltung des Personalbestands in der Pflege sehr wichtig.

Hohe Burnout-Werte zeigten bei Hasselhorn et al. (2005) Pflegende, die zu wenig Zeit für die Patienten hatten und mit der Patientenversorgung unzufrieden waren; Angst davor hatten, Fehler zu machen; sich im Umgang mit Geräten unsicher fühlten und unter Zeitdruck litten. Diese Probleme wurden auch von Pflegenden des LUKS beschrieben.

Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung

Die Pflegenden des LUKS erleben ein grosses Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung, d.h. sie investieren mehr in ihre Arbeit als sie daraus zurück bekommen. Mögliche Zugeständnisse, die von Seiten des Pflegepersonals kommen, sind hier z.B. das Arbeiten unter Zeitdruck, die eigenen Qualitätsbedürfnisse für die Arbeit zurückstellen und die Arbeit zu sozial schlecht verträglichen Zeiten. Allerdings haben die über 55-jährigen Pflegenden das Gefühl, dass das Geben und Nehmen in der Institution besser ausgeglichen ist. Hier besteht vielleicht ein Zusammenhang damit, dass sie mehr Wertschätzung bekommen. De Gieter et al. (2009) stellten in einer Untersuchung von Pflegepersonal fest, dass sie weniger an finanzieller Belohnung interessiert waren, sondern ihre Befriedigung eher aus einer wertschätzenden Haltung des Managements und der Ärzte ziehen konnten.

Das höchste Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung wird in Luzern beschrieben. Die Pflegenden in Luzern bekommen also für ihre Anstrengungen am wenigsten Belohnung. Dies kann wiederum mit der Grösse des Spitals zusammenhängen oder mit den höheren Stressoren aufgrund eines anderen Versorgungsauftrags des Zentrumsspitals.

Commitment mit Beruf und Organisation

Das Commitment mit dem Beruf ist im LUKS höher als das Commitment mit der Organisation. Dies weist darauf hin, dass erst einmal ein Arbeitsplatzwechsel wahrscheinlicher

ist als ein Ausstieg aus dem Beruf. Die höheren Werte des Commitments mit dem Beruf können mit der Motivation und dem Engagement der Pflegenden für die Versorgung der Patienten erklärt werden.

Das Commitment zur Organisation ist in den kleineren Häusern des LUKS grösser. Der Grund dafür ist wahrscheinlich, dass die Organisation in grösseren Einrichtungen unpersönlicher, bürokratischer und hierarchischer ist.

Pflegende bis und mit 28 Jahre haben das tiefste Commitment zur Organisation. Dann steigt das Commitment zur Organisation stufenförmig mit dem Alter an. Kritisch sind diese Werte deshalb, weil ein Zusammenhang zur Arbeitszufriedenheit und dem Gedanken, die Organisation zu verlassen bestehen könnte.

Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit am LUKS ist relativ hoch. Pflegende über 47 Jahre haben dabei höhere Arbeitszufriedenheitswerte als Pflegende unter 47 Jahren. Die grössere Zufriedenheit älterer Pflegender könnte damit erklärt werden, dass sie mehr Erfahrung und Routine haben und mit Problemen besser umgehen können. Es ist auch möglich, dass ältere Pflegende ihren Fokus anders legen (z.B. auf die Familie, auf den näher rückenden Ruhestand). Allerdings könnte auch ein Selektionsmechanismus vorliegen, nach dem die unzufriedenen älteren Pflegenden den Beruf bereits verlassen haben. Es könnte also einen Zusammenhang geben zwischen der Arbeitszufriedenheit, Commitment zur Organisation und dem Gedanken, die Organisation zu verlassen oder eben im Alter in der Pflege zu arbeiten wie dies auch von Hasselhorn et al. (2005) gezeigt wurde. In all diesen Bereichen sind die jüngeren Pflegenden stärker belastet.

Absenzen aufgrund gesundheitlicher Probleme

Die häufigsten Erkrankungen, die von den Pflegenden des LUKS genannt werden, sind die Muskel-Skelett-Erkrankungen. Die jüngeren Pflegenden fehlen öfters als die älteren Pflegenden. Dies kann mit den höheren Burnoutwerten in Zusammenhang stehen.

Ausstieg aus der Pflege / im Alter in der Pflege arbeiten

Ungefähr ein Viertel der Befragten des LUKS denkt jeden Tag bis einige Male im Monat daran, den Pflegeberuf zu verlassen. Es sind dies vor allem die jüngeren Pflegenden. Hier könnte ein Zusammenhang mit den erhöhten Burnoutwerten, der Emotionalen Dissonanz, den Absenzen und den niedrigeren Arbeitszufriedenheitswerten bestehen (negativer Zu-

sammenhang zwischen dem Gedanken an Berufswechsel und Arbeitszufriedenheit, $r = -.49$, s. Tabelle 5).

Für 50% der Befragten ist es unwahrscheinlich, dass sie im Alter auch noch in der Pflege arbeiten werden. Die Pflegenden des stationären Bereichs und der Spezialbereiche können sich dies weniger vorstellen als Pflegenden des Ambulatoriums und der anderen Bereiche. Besonders betroffen ist auch die Gruppe der jüngeren Pflegenden. Die Pflegenden bis und mit 36 Jahre denken am wenigsten, dass sie im Alter noch in der Pflege arbeiten werden. Dann folgt ein stufenförmiger Anstieg bis hin zu den über 56 jährigen, die sich dies gut vorstellen können und die ja auch aktuell noch in der Pflege arbeiten. Dieser Umstand sollte nachdenklich stimmen, denn es sind genau die Pflegenden, welche sich so belastet fühlen, die unbedingt in der Pflege gehalten werden müssen, um in Zukunft eine Patientenversorgung zu gewährleisten.

In Luzern kann man sich am wenigsten vorstellen, auch im Alter noch in der Pflege zu arbeiten. Dies könnte eine Folge davon sein, dass die Pflegequalität hier am schlechtesten eingeschätzt wird, das Commitment mit der Organisation tief ist und ein grosses Ungleichgewicht in der Arbeitsbeziehung erlebt wird.

Diese Ergebnisse deuten auf grössere Probleme in der Patientenversorgung für das LUKS, insbesondere in Luzern, in der Zukunft hin, wenn dieser Trend nicht gestoppt werden kann.

6. Ableitung von Gestaltungsvorschläge

Die oben beschriebenen Resultate weisen darauf hin, dass das Alter weniger wichtig sein könnte als angenommen, und dass die Umgebungsfaktoren einen grösseren Einfluss darauf haben, ob Pflegende im Beruf bleiben. Interventionen müssen also möglicherweise nicht im Hinblick auf die verschiedenen Generationen gestaltet werden, sondern es müssen allgemeine Stressoren abgebaut werden. Diesen Gedanken unterstützen auch Lavoie-Tremblay et al. (2011) in ihrer Untersuchung zu Kündigungsgedanken von frisch diplomierten Pflegenden. Prävention sollte schon bei den jüngeren Beschäftigten beginnen, denn nur so wird verhindert, dass sich physische und psychische Beanspruchungen zu einem starken Verlust des Leistungsvermögens aufsummieren. Eine vorausschauende Unternehmenspolitik hat demzufolge die heute 35-bis 45jährigen im Blick, welche die Älteren von morgen sind!

Aufgrund dieser Überlegungen werden die folgenden Gestaltungsvorschläge zur Stärkung von Ressourcen und zum Abbau von Stressoren gemacht. Eine Übersicht darüber ist am Ende des Kapitels 6 aufgeführt (s. Tabelle 8).

6.1 Vermindern von Stressoren

6.1.1 Zeitdruck

Wenn der Zeitdruck gemindert werden kann, hat dies mildernde Auswirkungen auf andere Stressoren wie z.B. die Pflegequalität und den Rollenkonflikt. Mögliche Ansätze dafür sind die Optimierung der Arbeitsabläufe, das Abdelegieren von Aufgaben und das Abgeben von „pflegefremden“ Aufgaben. In den Prozess der Aufgabenoptimierung sollen Pflegende unbedingt mit einbezogen werden. Um Arbeitsabläufe zu optimieren müssen Arbeitsaufgaben zuerst genau analysiert werden. Auf diese Weise lassen sich die Aufgaben eruieren, die besonders der Verbesserung bedürfen, wie z.B. das Ausmerzen von Doppelspurigkeiten in der Pflegedokumentation. Eine Möglichkeit um Aufgaben abzugeben ist z.B. die Reduktion administrativer Arbeiten. Eine Umgestaltung der Arbeitsaufgaben und Arbeitsabläufe, wie auch der Einsatz technischer Hilfsmittel, die Arbeit mit qualitativ guten Materialien und ergonomische Anpassungen können die Arbeitsbelastung und den Zeitdruck reduzieren. Auch Verbesserungen der interdisziplinären Zusammenarbeit können dabei helfen, den Zeitdruck zu vermindern. Als Beispiel sei die Arztvisite (Zeitpunkt, Dauer, Inhalt, etc.) genannt.

Zu beachten ist bei der Optimierung der Arbeitsaufgaben, dass es keine zu starke Aufgabenzergliederung gibt und die Vollständigkeit der Tätigkeit erhalten bleibt. Ausserdem sollte sie nicht zu einer Anhäufung von nur noch kognitiv anstrengenden Arbeiten führen, weil es dadurch zu Überforderung kommen könnte.

6.1.2 Pflegequalität

Das Motiv, anderen helfen zu wollen, spielt immer noch eine grosse Rolle in der Pflege und gibt der Arbeit ihre Bedeutung. Wird dieses Bedürfnis in der Arbeit zu wenig befriedigt, kommt es zu Unzufriedenheit der Pflegenden. Es muss also Zeit dafür frei gemacht werden, um mit den Patienten in Kontakt treten zu können. Das regelmässige Einlegen von Pausen hilft ausserdem dabei, dass die Leistung konstant bleibt und weniger Fehler gemacht werden. Vor allem für Teilzeitarbeitende ist es nicht einfach, die Routine bei der Arbeit zu behalten und Neuerungen zu verinnerlichen. Damit es nicht zu einer schleichenden Dequalifizierung kommt, muss hier auf Weiterbildungs- und Schulungsmassnahmen besonderes Augenmerk gelegt werden.

6.1.3 Kognitive Anforderungen

Die kognitiven Anforderungen können dadurch vermindert werden, dass Veränderungen frühzeitig kommuniziert werden. Falls nötig sind damit Weiterbildungen verbunden, damit die Pflegenden sich das nötige Wissen aneignen können. Pflegende sollen aktiv an Veränderungsprozesse mitarbeiten können. Auf diese Weise wird der Aufwand des „Neulernens“ geringer und die Akzeptanz für die Veränderung ist auch grösser. Gleichzeitig wird durch die Möglichkeit der Partizipation auch die Wertschätzung der Organisation übermittelt. EDV kann als Hilfsmittel zur Verarbeitung und Speicherung von Informationen dienen. Dazu müssen aber alle Pflegenden gut mit dem Computer umgehen können, was einen Lernprozess voraussetzt, der von der Organisation unterstützt werden muss (Hennington et al, 2011). Zusätzliche kognitive Herausforderungen wie z.B. die Arbeit auf einer „fremden“ Abteilung sollen nur freiwillig übernommen werden.

6.1.4 Schichtarbeit

Die Schichtarbeit sollte nach neuesten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen gestaltet werden (s. Gestaltungsempfehlungen für Nacht- und Schichtarbeit, Anhang U). Es sollen mit den Mitarbeitenden zusammen Arbeitszeitmodelle entwickelt werden, die den Bedürfnissen der Mitarbeitenden entsprechen. Eine Möglichkeit wäre dabei das „Self-Scheduling“, bei dem das Arbeitsteam selbst die Dienstplanung übernimmt, nachdem

zuvor dafür gewisse Regeln festgelegt wurden. Ganz allgemein wichtig ist die Mitarbeiterpartizipation bei der Dienstplanung, damit möglichst gut auf individuelle Bedürfnisse und Wünsche eingegangen werden kann. Bei Problemsituationen sollen diese im Team besprochen und gemeinsam nach Lösungen gesucht werden.

Für ältere Mitarbeitende bieten sich die folgenden Überlegungen an:

- Häufigere, individuell nutzbare Kurzpausen, da die älteren Mitarbeitenden länger brauchen, um sich wieder zu erholen (Knauth et al., 2009).
- Teilzeitarbeitende verteilen ihr Arbeitspensum: es werden z.B. sechs Stunden anstelle von 8,5 h pro Tag gearbeitet. Dadurch ist die Belastung weniger hoch als wenn 8,5 Stunden oder mehr gearbeitet wird. Eine Möglichkeit wäre ausserdem, dass sich Mitarbeitende eine Stelle teilen (eine Person kommt am Morgen, die andere am Nachmittag). Dadurch wird die Arbeits- und Dienstplanung erleichtert.

6.1.5 Rollenkonflikt

Bereits im Berufsbild, bei der Selektion in der Ausbildung und auch in der Einführungsphase sollten Managementaufgaben aufgenommen werden. Es sollte auch Fortbildungen zu diesem Thema geben.

Bei der Einführung von pflegewissenschaftlichen Neuerungen muss genau überlegt werden, ob diese Neuerungen in der Praxis wirklich umsetzbar sind oder ob sie Erwartungen wecken, die aufgrund von Zeitdruck nicht erfüllt werden können (z.B. Patientenorientierung, Pflegeanamnese, Pflegediagnose mit Patient, etc.). Es macht wenig Sinn, den Anspruch an die Pflege auszubauen, wenn in der Praxis teilweise nicht einmal „sichere Pflege“ gewährleistet ist.

6.1.6 Organisatorische Probleme

Eine Optimierung der administrativen Arbeiten und „pflegefremder Tätigkeiten“ kann die Situation bereits bedeutend verbessern. Zudem können Unterbrechungen vermindert werden. Unterbrechungen aufgrund von Telefonaten können z.B. durch Telefondienst, Rückruf zu gewissen Zeiten und die Einführung von „Sprechzeiten“ eingeschränkt werden. Ruhige Arbeitsplätze für die Arbeit am Computer haben Einfluss auf die Konzentration und auch auf die Motivation der Mitarbeitenden. Auch die Klärung von Prozessabläufen und Zuständigkeiten kann die Alltagsarbeit erleichtern. Sinnvoll ist es für diese Aufgaben Arbeitsgruppen zu bilden.

6.2. Stärken von Ressourcen

6.2.1 Entscheidungsspielraum

Der Entscheidungsspielraum der Pflegenden könnte dadurch erhöht werden, dass sie vermehrt in Veränderungsprozesse mit einbezogen werden. Mögliche Gebiete dafür könnten z.B. die Verbesserung von Arbeitsabläufen, Gestaltung der täglichen Arbeit und die Arbeitszeitplanung sein.

6.2.2 Entwicklungsmöglichkeiten/Qualifizierung/Lernen

Es gehört zu den wesentlichen Aufgaben von Vorgesetzten, die Kompetenzen ihrer Mitarbeitenden sicher zu stellen. Durch Angebote zur Weiterqualifizierung oder zu Anpassungsqualifizierung (Qualifizierung in den Bereichen, in denen der Qualifikationsabschluss verpasst wurde) für ältere oder teilzeitarbeitende Pflegenden wird gewährleistet, dass diese den Kompetenzprofilen entsprechen. Es könnten spezifische Weiterbildungsangebote geplant werden, an denen Alltagsthemen wie der Einsatz von Geräten und Materialien und Veränderungen in Behandlung, Pflege und Ausbildung bearbeitet werden. Zudem könnte es einen Erfahrungsaustausch im Sinne von „best practices“ geben, wie mit Stressoren bei der Arbeit umgegangen werden kann. Zu den Aufgaben der Führungspersonen gehört es ebenfalls, ihre Mitarbeitenden nach Weiterbildungsmaßnahmen bei der Umsetzung des Gelernten zu unterstützen (Transfersicherung).

Lernprozesse sollen nach Bruggmann (2000) altersspezifisch organisiert werden. Bei älteren Mitarbeitenden sind dabei z.B. Punkte wie Lernentwöhnung, Lerngeschwindigkeit und Einbindung der praktischen Erfahrung zu beachten.

Die Möglichkeiten von Aufstiegsqualifikationen sind im Pflegeberuf begrenzt. Auch streben nur wenige ältere Pflegepersonen eine Führungsposition an. Mehr Aufmerksamkeit sollte aus diesem Grund auf die Erweiterung und Spezialisierung des Aufgabenspektrums innerhalb der Pflege gelegt werden, um horizontale Berufskarrieren zu eröffnen. Mögliche Gebiete sind hier z.B. das Case Management, Beratung in Pflegestützpunkten, Beratung pflegender Angehöriger, Anleitung und Mentoring von Mitarbeitenden. Der systematisierte Wissens- und Erfahrungstransfer von älteren zu jüngeren Pflegenden (Mentoring, Tandemkonzepte) unterstreicht den „Expertenstatus“ der Älteren und fördert damit die individuelle Weiterbildungsbereitschaft. Die jüngeren Pflegenden können von ihren erfahrenen Mitarbeitenden lernen und Themen aufarbeiten, die sie besonders beschäftigen und die man in der Ausbildung nicht so einfach lernen kann, wie z.B. der Um-

gang mit Leid und unbekanntem Situationen und in die Rolle als ausgebildete Pflegeperson hineinzuwachsen.

Durch Kollegiale Beratungen und Fallbesprechungen kann der Personenkreis, der voneinander lernt, erweitert werden.

Eine weitere Möglichkeit der Personalentwicklung ist die Hospitanz. Hospitationen dienen der Aneignung von Fachwissen und Abläufen oder der Orientierung über einen neuen Arbeitsbereich. Sie finden in einer anderen Einrichtung oder Abteilung statt. Besonders geeignet sind sie dafür, um andere Organisationsformen, Arbeitsstile/-weisen kennen zu lernen und sich auf neue Funktionen vorzubereiten (Zielgruppe: neue Mitarbeitende, Mitarbeitende in Vorbereitung für neue Tätigkeiten oder auf der Suche nach neuen Arbeitsbereichen).

6.2.3 Führungsqualität

Die Führungspersonen haben eine wichtige Funktion in der Organisation und beim Schaffen einer gesunden Arbeitsumgebung. Sie befinden sich in der Nähe der Mitarbeitenden. Dies macht es leicht sich an sie zu wenden, wenn man Probleme oder Veränderungsvorschläge hat. Ihre Aufgaben gehen von der direkten Unterstützung der Pflegenden bei ihrer Aufgabenausführung bis hin zu Konfliktmanagement und emotionaler Unterstützung. Sie unterstützen die Mitarbeitenden in ihrer täglichen Arbeit und bei der Vorbereitung auf sich verändernde Bedingungen, tragen zu einer alter(n)sgerechten Unternehmenskultur bei und setzen Führungsleitlinien um. Als Personalentwickler geben sie regelmäßig Feedback, fördern Potenziale der Mitarbeitenden, führen Entwicklungsgespräche und verbinden die Führungsarbeit mit der Personalentwicklung. Auf diese Weise wird die Wertschätzung den Mitarbeitenden gegenüber erkennbar.

Führungspersonen vermitteln als Schlüsselfiguren Ziele, Leitlinien und Werte des Unternehmens. Sie sind insbesondere Vorbilder der Unternehmenskultur, auch im Hinblick auf ein Miteinander von Jung und Alt. Die Motivation der Mitarbeitenden, Klarheit der Vorgaben und die Förderung eines Klimas, in dem die unterschiedlichen Generationen gut zusammen arbeiten sind Führungsaufgaben, die auf allen betrieblichen Ebenen realisiert werden können.

Die Führungspersonen müssen unternehmerisches Denken, organisatorisches Geschick, wie auch Führungspotential haben. Es sollen Mitarbeitende mit Führungsgeschick in Führungspositionen eingesetzt werden, und nicht Pflegenden, die durch ihre besonderen pfle-

gerischen Fähigkeiten auffallen, wie dies in vergangenen Jahren häufig getan wurde. Diese Vorgesetzten müssen in verschiedenen Bereichen geschult werden, wie z.B. Multigenerational Workforce und Diversity Management, Ausdruck von Wertschätzung, Feedback, Personalförderung, Coaching, Gesundheitsförderung und Empowerment von Mitarbeitenden.

Damit Führungspersonen ihre Führungsaufgaben erfüllen können, muss dafür genügend Zeit zur Verfügung stehen. Nicht selten ist die Tätigkeit der Stationsleitung ein „Mix“ an pflegerischen Aufgaben im Patientenbereich und administrativen Aufgaben, so dass nur wenig Zeit für wirkliche Führungsaufgaben bleibt.

Wichtig ist zudem, dass Führungspersonen nicht nur den eigenen Bereich sehen, sondern das grosse Ganze und dafür mit anderen Bereichen und Disziplinen aktiv zusammenarbeiten. Auf diese Weise können Interessen besser vertreten und Themen besser aufgearbeitet werden. Es kann so im Spital auch mehr Einfluss genommen werden.

6.2.4 Teamzusammenarbeit

Die Teamzusammenarbeit kann einerseits dadurch verbessert werden, dass die Mitarbeitenden mehr in Projekte und Entscheidungen eingebunden werden, die zusammen bearbeitet werden müssen. Dafür sollte es Gefässe geben, in denen man sich als Team begegnen und sich austauschen kann. Probleme im Team, wie z.B. Generationenunterschiede, die sich in unterschiedlichen Ansprüchen an die Arbeit oder an die Führung äussern, sollen angesprochen werden. Dies ist ein Ausdruck von gegenseitiger Wertschätzung und wird auch als „Carefronting“¹⁵ (Kupperschmid, 2006) bezeichnet. Auch Mentoring oder Tandembildung kann zur Verbesserung der Teamzusammenarbeit führen.

6.2.5 Wertschätzung

Wertschätzung kann als eine Art symbolische Belohnung verstanden werden und befriedigt das Bedürfnis nach Anerkennung und Erfolg. Mitarbeitende, die darauf vertrauen, dass ihre Vorgesetzten ihre Anstrengungen sehen und durch entsprechende (psychologische) Belohnung vergelten, bauen eine soziale Austauschbeziehung (Blau, 1964) zu ihrer Organisation auf. Eine solche Beziehung, die auf wechselseitigem Geben und Nehmen beruht, kann zu erhöhtem Commitment zur Organisation und höherer Arbeitszufrieden-

¹⁵ Carefronting: Konfrontation wird als Zeichen von Wertschätzung gesehen und zeigt die Wichtigkeit von Beziehungen und Zielen auf.

heit führen und einen Einfluss auf die Kündigungsabsichten eines Mitarbeitenden haben (De Gieter et al., 2009; Laschinger & Finegan, 2005). Auch das Vertrauen in eine Organisation und die wahrgenommene Unterstützung, die von der Organisation gewährleistet wird, wird von Wertschätzung beeinflusst (Laschinger & Finegan, 2005). Wie De Cooman et al. (2008) in einer Untersuchung von frischdiplomierten Pflegenden feststellen konnten, haben die Pflegenden eine eher nicht-finanziell gesteuerte Orientation und fühlen sich durch nicht-finanzielle Belohnungen motiviert. Dies kommt den Spitälern dahingehend entgegen, dass sie Spardruck unterworfen sind. Wertschätzung hingegen braucht „nur“ eine Interaktion zwischen der direkten Vorgesetzten und den Pflegenden sowie Zeit und Geschick.

In ihren Untersuchungen von Pflegepersonal fanden Faulkner und Laschinger (2007) strukturelles und psychologisches Empowerment als wichtige Einflussfaktoren für die Wertschätzung. Daraus lassen sich Empfehlungen zur Gestaltung und des Ausbaus von Wertschätzung ableiten:

Jede Person trägt zur Wertschätzung in einer Organisation bei und soll dafür sensibilisiert werden. Wertschätzung muss vorgelebt werden! Eine besonders wichtige Rolle haben die (direkten) Vorgesetzten, die Pflegende dazu befähigen können, autonom im interdisziplinären Team zu arbeiten. Hierfür müssen Vorgesetzte ausgebildet werden und sie müssen sich auch Zeit dafür einräumen, um den Mitarbeitenden gegenüber Wertschätzung ausdrücken zu können. Ganz allgemein werden aber konstruktives Feedback und Hilfestellungen von allen Kontaktpersonen (Vorgesetzte, Arbeitskolleginnen, Untergebene, andere Berufszweige) als Zeichen der Wertschätzung gesehen.

Die Beziehungen zu Peers und Verbindungen in einer Organisation, die es einem erleichtern, die Ziele der Organisation zu erreichen, tragen dazu bei, dass man sich wertgeschätzt fühlt. Eine weitere Möglichkeit, Wertschätzung den Mitarbeitenden gegenüber auszudrücken, ist es, ihnen die Möglichkeit zu geben sich weiterzuentwickeln und weiterzubilden. Entscheidungsspielraum und Kontrolle über die eigene Arbeit zu haben, stärken das Gefühl von Wertschätzung ebenfalls.

In einem grösseren Spital ist es vielleicht etwas schwieriger, den einzelnen Mitarbeitenden Wertschätzung zu zeigen, aber nicht unmöglich. Es können z.B. kleinere Bereiche geschaffen werden, in denen MA ein soziales Netz bilden können. Interdisziplinäre Weiterbildungen und Anlässe können dazu dienen, dass die Mitarbeitenden sich besser kennenlernen. Dadurch dass man sich besser kennt, lassen sich auch Probleme einfacher be-

sprechen. Durch die Stärkung des „Wir-Gefühls“ ist es auch wahrscheinlicher, dass die Mitarbeitenden am gleichen Strang ziehen. Zudem wird das Commitment zur Organisation gestärkt.

Wertschätzung und Respekt sind Grundelemente der Zusammenarbeit und müssen auf allen Ebenen gelebt werden (Laschinger & Finegan, 2005).

6.2.6 Gesundheitsförderung

Der Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements hilft bei einer systematischen und auf lange Sicht angelegten Gesundheitsförderung. Die Gesundheit der Mitarbeitenden zu erhalten ist dabei nicht nur aus humanen, sondern auch aus betriebswirtschaftlichen Gründen wichtig. Es muss zu einem Paradigmenwechsel in Zeiten des demografischen Wandels kommen: ohne die Mitarbeit möglichst vieler Mitarbeitender wird die medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung unmöglich werden. Die Arbeitsbedingungen müssen also so gestaltet werden, dass möglichst viele Mitarbeitende möglichst viel arbeiten können. Erhalt und Entwicklung der Beschäftigungsfähigkeit über den gesamten Erwerbsverlauf basieren auf der physischen und psychischen Gesundheit der Mitarbeitenden. Die Einrichtung kann dafür wichtige Voraussetzungen schaffen wie bereits aufgezeigt wurde.

Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze und Arbeitsumgebung beinhalten die „klassischen“ Arbeitsschutzmassnahmen, insbesondere die ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsumgebung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Beeinträchtigungen älterer Mitarbeitender. Eine alternsgerechte Ergonomie bedeutet nach Ilmarinen (2004) in erster Linie einen Abbau der ungünstigen physischen Arbeitsstressoren. Da die kardio-pulmonale und muskuloskeletale Leistungsfähigkeit mit dem Alter deutlich abnimmt, sollte auch die Arbeitsbelastung entsprechend physisch leichter werden. Ausserdem brauchen ältere Menschen mehr Pausen als Jüngere, um sich von den Stressoren der Arbeit zu erholen (Knauth et al, 2009). Je anstrengender die Arbeit in körperlicher oder psychischer Hinsicht ist, desto grösser wird der Bedarf an eingestreuten Ruhezeiten. Dabei können schon Mikropausen, die nur eine oder wenige Minuten lang sind, einen wichtigen Erholungseffekt haben. Für die Wirksamkeit von Pausen ist entscheidend, dass sie möglichst unmittelbar nach hohem Körpereinsatz oder besonders ausgeprägten Stressphasen folgen. Zu frühe Pausen helfen wenig bei der Arbeitsbewältigung, während zu späte Pausen ebenso an Wirksamkeit verlieren (Ilmarinen & Tempel, 2002). Generell gilt, dass der

Personaleinsatz, gerade mit Blick auf ältere Mitarbeitende, möglichst so geregelt sein sollte, dass sie ihr Arbeitspensum gemäss ihrem individuellen zeitlichen Rhythmus abarbeiten können.

Angebote zur individuellen Gesundheitsförderung beinhalten Angebote zur gesundheitlichen Prävention (z.B. Rückenschule, Sport-, Bewegungs-, Fitness- und Wellnessprogramme) und verfolgen das Ziel, das Gesundheitsbewusstsein und das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten nachhaltig zu fördern.

Tabelle 8 *Überblick Gestaltungsvorschläge*

Stressoren	Zeitdruck	<ul style="list-style-type: none"> – Optimierung Arbeitsabläufe – Verbesserung interdisziplinäre Zusammenarbeit – Einsatz technischer Hilfsmittel – Arbeit mit qualitativ guten Materialien
	Pflegequalität	<ul style="list-style-type: none"> – Zeitdruck mindern – Pausenmanagement – Weiterbildungsmassnahmen
	Kognitive Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> – Partizipation bei Veränderungen – EDV als Hilfsmittel einsetzen – Aushilfe auf fremden Abteilungen nur freiwillig
	Schichtarbeit	<ul style="list-style-type: none"> – Gestaltung des Dienstplans und der Arbeits(zeit)modelle
	Rollenkonflikt	<ul style="list-style-type: none"> – Berufsbild weiterentwickeln – Reflektierter Praxistransfer von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen
	Organisatorische Probleme	<ul style="list-style-type: none"> – Optimierung der Tätigkeiten und des Arbeitsplatzes – Aufweichen von Hierarchien
Ressourcen	Entscheidungsspielraum	<ul style="list-style-type: none"> – Partizipation der Pflegenden
	Entwicklungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> – Personalentwicklung – altersspezifische Lernprozesse – horizontale Erweiterung der Berufskarriere
	Führungsqualität	<ul style="list-style-type: none"> – Führungspersonen als Schlüsselpersonen – Schulung in Führungsfragen – Zeit für Führung zur Verfügung stellen
	Teamzusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> – mehr Partizipation – Konflikte ansprechen – von einander lernen
	Wertschätzung	<ul style="list-style-type: none"> – Wertschätzung ist Belohnung – Interaktion gestalten
	Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> – Betriebliches Gesundheitsmanagement – Gestaltung Arbeitsplätze und –umgebung – Pausenmanagement – individuelle Gesundheitsförderung

7. Reflexion

Nachstehend findet sich eine Zusammenfassung der vorliegenden Arbeit unter Einbezug der im Abschnitt 1.4 beschriebenen Leitfragen. Darauf folgend werden Theorie, Ergebnisse und das Untersuchungsdesign kritisch reflektiert und im Ausblick Ansätze für weitere Untersuchungsaspekte skizziert.

7.1 Zusammenfassung

Die Pflegenden des LUKS erleben vielfältige Stressoren, wobei der Zeitdruck die wichtigste Komponente ist, welche die anderen Stressoren zusätzlich negativ beeinflusst. Es werden auch Ressourcen in der Arbeit geschildert, wobei die Rollenklarheit die am besten umgesetzte Ressource ist. Die anderen Ressourcen sollten besser gefördert werden. Überraschenderweise stellte sich bei der Untersuchung heraus, dass nicht die älteren Pflegenden, sondern die jüngeren sich stärker belastet fühlen. Eine mögliche Erklärung für dieses Resultat ist der „healthy worker effect“, gemäss welchem jene Mitarbeitenden im Alter im Beruf verbleiben, welche die besten Coping-Strategien entwickelt haben, um mit Stressoren des Umfelds umgehen zu können. Eine weitere Erklärung bietet die Generationentheorie (Boychuk Duchscher & Cowin., 2004) (s. Anhang B), welche den einzelnen Generationengruppen gewisse kollektive Persönlichkeitszüge zuordnet, wie z.B. das Verhalten gegenüber Autoritäten und Organisationen, Erwartungen an die Arbeit oder professionelle Ansprüche. Problematisch ist, dass die jüngeren Pflegenden sich im Alter nicht mehr in der Pflegearbeit sehen und vermehrt über einen Ausstieg aus der Pflege nachdenken. Dies könnte den durch den demografischen Wandel bereits deutlich erkennbaren Pflegenotstand zudem verschärfen. Es droht dadurch ein Teufelskreis von zunehmendem Zeitdruck, der zu zunehmender Belastung der Pflegenden führt und diese zu einem Ausstieg aus der Pflege treibt.

In der Untersuchung wird deutlich, dass die Pflegenden in Luzern am meisten belastet sind und sich auch am wenigsten vorstellen können, im Beruf zu bleiben. Gründe dafür können die Grösse des Spitals Luzern und dessen Leistungsspektrum und –auftrag sein. Schminke et al. (2000) konnten in einer Untersuchung von unterschiedlichen Organisationen feststellen, dass die Grösse einer Organisation negativ mit der Wahrnehmung von interaktionaler Fairness¹⁶ verbunden war. Auch die Struktur der Organisation hatte einen Einfluss auf die Einschätzung der Mitarbeitenden. So war Zentralisation von Macht und

¹⁶ Fairness, mit der man von seinen Vorgesetzten behandelt wird

Autorität negativ verbunden mit prozeduraler Fairness¹⁷. Da Spitäler häufig stark hierarchisch aufgebaut sind, könnte auch dies eine Rolle bei der Einschätzung gespielt haben. Es zeigte sich ausserdem, dass die Pflegenden, welche im stationären Bereich oder in Spezialgebieten arbeiten, mehr belastet sind als die Pflegenden im Ambulatorium und den anderen Bereichen. Eine mögliche Schlussfolgerung könnte also sein, dass stärker belastete Pflegepersonen in diesen Bereichen arbeiten könnten. Eine Umverteilung der belasteten Pflegenden kann aber nicht die Lösung sein. Es sind Veränderungen im Bereich der Aufgabengestaltung nötig. Diese sollten so gestaltet sein, dass sie für Pflegende jeden Alters nutzbringend sind.

7.2 Kritische Reflexion zu Untersuchungsdesign und Ergebnis

Die folgenden Überlegungen sind nach Abschluss der Untersuchung gemacht worden:

Ein Selektionsbias kann nicht ausgeschlossen werden, da unzufriedene Pflegende den Beruf bereits verlassen oder sich für die Untersuchung nicht zur Verfügung gestellt haben. Interessant wäre eine zusätzliche Untersuchung der Pflegenden gewesen, welche nicht mehr in der Organisation arbeiten. Dies war aus Datenschutzgründen und dem zeitlichen Rahmen aber nicht möglich. Es ist zudem nicht ausgeschlossen, dass einige Pflegende aus Angst vor möglichen negativen Auswirkungen am Arbeitsplatz an den Untersuchungen nicht teilgenommen oder die Aussagen beschönigt haben. Solche Ängste wurden teilweise in den Interviews oder bei Anfrage um Teilnahme bei Interviews oder Workshop geäußert.

In der Untersuchung wurden zwar qualitative und quantitative Daten erhoben, diese waren aber nur subjektiv und auch personale Aspekte wie Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen, Robustheit, etc. wurden nicht einbezogen.

Der Fragebogaufbau könnte weiter optimiert werden. So lag Cronbach's Alpha bei den Skalen „Kognitiven Anforderungen“, „Emotionaler Dissonanz“ und „Entscheidungsspielraum“ etwas unter 0.70, was nur mässig befriedigend ist. Zudem waren die gewählten Skalen zur Messung der Arbeitszufriedenheit und dem Schichtdienst nur relativ günstig. Eine Single-Item-Messung schränkt die Interpretation der Arbeitszufriedenheit stark ein. Die Skala zum Schichtdienst hat die körperlichen Auswirkungen des Schichtdiensts nicht

¹⁷ Fairness des Verteilungsprozesses

einbezogen. Hier konnte also objektiv keine Belastung sichtbar gemacht werden, obwohl sie in den Interviews ein wichtiges Thema war.

In den Interviews war die Critical Incidence Technique nur teilweise erfolgreich, d.h. einige Befragte haben keine Beispiele gebracht, sondern ihren Eindruck geschildert, was die Gefahr birgt, dass es sich um Stereotype handeln könnte.

Die Resultate der Untersuchung widerspiegeln die Situation am LUKS und können nicht generalisiert werden, obwohl sie in weiten Teilen anderen Untersuchungen (z.B. Hasselhorn et al., 2005) entsprechen. Da nur Korrelationen erhoben wurden, ist ausserdem Vorsicht geboten bei der Interpretation von Zusammenhängen und Kausalitäten.

7.3 Ausblick

Für ein schlüssiges Gesamtkonzept ist eine Kombination eines verhaltens- und verhältnisorientierten Ansatzes zu wählen. Da in der vorliegenden Arbeit der verhältnisorientierte Ansatz im Fokus stand wird empfohlen, in einem weiteren Schritt den Fokus auf die Förderung der individuellen Coping-Strategien zu legen.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Arbeitsbereiche sehr grob eingeteilt. Eine genauere Analyse der Arbeitsbereiche und Abteilungen könnte konkrete Vergleiche, das Finden von Best-Practices in der Organisation und das Ausarbeiten von konkreteren Gestaltungsempfehlungen möglich machen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	<i>Untersuchungsablauf</i>	23
Abbildung 2	<i>Altersverteilung der Pflegefachpersonen HF</i>	37
Abbildung 3	<i>Altersverteilung der Pflegefachpersonen HF mit Nachdiplomstudium und Spezialisierung</i>	37
Abbildung 4	<i>Abwesenheitsquote 2010 Luzerner Kantonsspital in Prozent nach Alter</i>	38
Abbildung 5	<i>Altersverteilung der Befragten in Prozent</i>	49
Abbildung 6	<i>Absenzen auf Grund von gesundheitlichen Problemen</i>	63
Abbildung 7	<i>Häufigkeitsverteilung der Skala "Arbeitszufriedenheit" in Prozent</i>	64
Abbildung 8	<i>Häufigkeitsverteilung "Wie oft denkt Pflegepersonal daran, den Beruf zu verlassen" in Prozent</i>	67
Abbildung 9	<i>Häufigkeitsverteilung "im Alter in der Pflege arbeiten" in Prozent</i>	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	<i>Leitfragen für die Dokumentenanalyse</i>	24
Tabelle 2	<i>Aufbau und Inhalt des Fragebogens</i>	27
Tabelle 3	<i>Leitfragen des Workshops</i>	35
Tabelle 4	<i>Reliabilität, Mittelwerte und Standardabweichung der Skalen</i>	51
Tabelle 5	<i>Bivariate Korrelationen nach Pearson</i>	53
Tabelle 6	<i>Vergleich der Mittelwerte der Untersuchungsgruppe mit denen der Referenzgruppen</i>	55
Tabelle 7	<i>Gründe dafür, dass Arbeitskolleginnen über 50 Jahre den Pflegeberuf verlassen haben</i>	69
Tabelle 8	<i>Überblick Gestaltungsvorschläge</i>	94

Literaturverzeichnis

Adams, J.S. (1965). Inequity in social exchange. In L. Berkowitz (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol.2. New York: Academic Press.

Aiken, L. R. (1987). Formulas for equating ratings on different scales. *Educational and Psychological Measurement*, 47, 51-55.

Allen, N.J. & Meyer, J.P. (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: An examination of construct validity. *Journal of Vocational Behavior*, 49, 252-276.

Allesøe, K., Andersen Hundrup, Y., Frølund Thomsen, J. & Osler, M. (2010). Psychosocial work environment and risk of ischaemic heart disease in women: the Danish Nurse Cohort Study. *Occupational Environmental Medicine*, 67, 318-322.

Armstrong-Strassen, M. & Schlosser, F. (2010). When hospitals provide HR practices tailored to older nurses, will older nurses stay? It may depend on their supervisor. *Human Resource Management Journal*, 20(4), 372-390.

Armstrong-Strassen, M. & Schlosser, F. (2011). Perceived organizational membership and the retention of older workers. *Journal of Organizational Behavior*, 32, 319–344.

Baillo, J. & Schär Moser, M. (2003). Arbeitszufriedenheit, Stressoren und Qualität in der Pflege – Resultate aus einer Untersuchung im Kanton Bern. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis*. Schriften zur Arbeitspsychologie, Bd. 61. Bern: Huber.

Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources Model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*. 22(3), 309-328.

Barton, (1995). Standard Shiftwork Index: a battery of questionnaires for assessing shiftwork-related problems. *Work & Stress*, 9(1), 4-30.

Baumann, A., O Bien-Pallas, L., Armstrong-Strassen, M., Blythe, J., Borbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran, D., Kerr, M., McGillis Hall, L., Vzina, M., Butt, M. & Ryan, L. (2001). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Canadian Health Services Research Foundation. (online) verfügbar unter: http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/pscomcare_e.pdf (August 2011).

Baumeister, R.F. (1996). Self-regulation and ego threat: Motivated cognition, self-deception, and destructive goal setting. In P.M. Gollwitzer & J.A. Bargh (Eds.). *The psychology of action*. New York: Guilford.

Bégat, I., Ellefsen, B. & Severinsson, E. (2005). Nurses satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being – a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*, 13, 221-230.

Blau, P.M. (1964). *Exchange and power in social life*. Wiley: New York.

Blegen, M.A., Goode, C., Spetz, J. Vaughn, T. & Park, S.H. (2011). Nurse staffing effects on patient outcomes: Safety-net and non-safety-net hospitals. [References]. *Medical Care*, 49(4), 406-414.

- Blum, K., Müller, U. & Schilz, P. (2004). *Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf*. Düsseldorf. Deutsches Krankenhausinstitut e. V. (online) verfügbar unter: http://www.dki.de/PDF/Wiedereinstieg_Pflegekraefte.pdf (Juni 2011).
- Borritz, M. & Kristensen, T.S. (2001). *Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and results from the PUMA study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout* (PUMA: Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction). Nationale Institut of Occupational Health, Copenhagen, Denmark.
- Bowles, C. & Candela, L. (2005). First job experiences of recent RN graduates: Improving the work environment. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 130-137.
- Boychuk Duchscher, J.E. & Cowin, L. (2004). Multigenerational nurses in the workplace. *Journal of Nursing Administration*, 34(11), 493-501.
- Bradley, J.R. & Cartwright, S. (2002). Social support, job stress, health, and job satisfaction among nurses in the United Kingdom. *International Journal of Stress Management*, 9(3), 163-182.
- Brewer, E.-W. & Shapard, L. (2004) Employee burnout: a meta-analysis of the relationship between age on years of experience. *Human Resource Development Review*, 3, 102-123.
- Bruggmann, M. (2000). *Die Erfahrung älterer Mitarbeiter als Ressource*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Bruggemann, A. (1974). Zur Unterscheidung verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit. *Arbeit und Leistung* 28, 281-284.
- Bundesamt für Statistik. (2010). Bevölkerungsentwicklung. (online) verfügbar unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01.html> (Oktober 2010).
- Büssing, A. & Glaser, J. (2000). *Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege*. Bericht Nr. 47 aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München. München: Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie. (online) verfügbar unter: <http://www.psy.wi.tum.de/LS-Berichte/Bericht-47.pdf> (Mai 2011).
- Chang, E.M., Daly, J.W., Hancock, K.M., Bidewell, J., Johnson, A., Lambert, V.A. & Lambert, C.E. (2006). The Relationships Among Workplace Stressors, Coping Methods, Demographic Characteristics, and Health in Australian Nurses. *Journal of Professional Nursing*, 22(1), 30-38.
- Clements, A., Hallton, K., Graves, N. Pettitt, A., Morton, A. Looke, D. & Whitby, M. (2008). Overcrowding and understaffing in modern health-care systems: key determinants in meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* transmission. *Lancet Infectious Diseases*, 8, 427-434.
- Cohen, A. (1998). An examination of the relationship between work commitment and work outcomes among hospital nurses. *Scandinavian Journal of Management*, 14, Issues 1-2, 1-17.
- Costa, G. (2003). Shift work and occupational medicine: an overview. *Occupational Medicine*, 53, 83-88.

- De Cooman, R., De Gierter, S., Pepermans, R., Du Bois, C., Caers, R. & Jegers, M. (2008). Freshman in nursing: job motives and work values of a new generation. *Journal of Nursing Management*, 16, 56-64.
- De Gieter, S., De Cooman, R., Pepermans, R. & Jegers, M. (2009). The Psychological Reward Satisfaction Scale: developing and psychometric testing two refined subscales for nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 911-921.
- Diestel, S. & Schmidt, K.H. (2010). Kontrollspielräume als protektive Ressource bei Emotionsarbeit. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. (Hrsg.). *Neue Arbeits- und Lebenswelten gestalten*. Dortmund: Gfa-Press.
- DIN 33 405: *Psychische Belastung und Beanspruchung. Allgemeines und Begriffe*. (1987).
- Dodds, A.E., Lawrence, J.A. & Wearing, A.J. (1991). What makes nursing satisfying: a comparison of college students' and registered nurses' views. *Journal of Advanced Nursing*, 16(6), 741-753.
- Duquette, A. Kerouac, S., Sandhu, B.-K., Ducharme, F. & Saulnier, P. (1995). Psychosocial determinants in geriatric nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 443-456.
- Edéll-Gustafsson, U.M., Kritz, E.I.K. & Bogren, I.K. (2002). Self-reported sleep quality, strain and health in relation to perceived working conditions in females. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 179-187.
- Eisenegger, R. (2009). *Der Arbeitsbewältigungsindex als diagnostisches und prognostisches Instrument im Spital*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Zürich: ETH.
- Elovainio, M., Forma, P., Kivimäki, M., Sinervo, T., Sutinen, R. & Laine, M. (2005). Job demands and job control as correlates of early retirement thoughts in Finnish social and health care employees. *Work & Stress*, 19, 84-92.
- Faulkner, J. & Laschinger, H. (2007). The effects of structural and psychological empowerment on perceived respect in acute care nurses. *Journal of Nursing Management*, 16, 214-221.
- Flanagan, J.C. (1954). The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin*, 51(4).
- Gabriel, A.S., Diefendorff, J.M. & Erickson, R.E. (2011). The relations of daily task accomplishment satisfaction with changes in affect: a multilevel study in nurses. *Journal of Applied Psychology*, 96(5), 1095-1104.
- Gardener, D.L. (1992). Career commitment in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 8(3), 155-160.
- Geurts, S.A., Buunk, A.P. & Schaufeli, W.B. (1994a). Health complaints, social comparisons and absenteeism. *Work and Stress*, 8, 220-234.
- Geurts, S.A., Buunk, A.P. & Schaufeli, W.B. (1994b). Social comparisons. A structural modeling approach. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1871-1890.
- Geurts, S.A., Schaufeli, W.B. & Rutte, C. (1999). Absenteeism, turnover intention and inequity in the employment relationship. *Work & Stress*, 13, 253-267.

- Glasberg, A.L., Eriksson, S. & Norberg, A. (2007). Burnout and „stress of conscience“ among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 392-403.
- Glaser, J. & Höge, T. (2005). *Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Grebner, S., Semmer, N.K., Lo Faso, L., Gut, S., Kälin, W. & Elfering, A. (2003). Working conditions, well-being, and job-related attitudes among call center agents. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 12(4), 341-365.
- Hacker, W. (1998). *Allgemeine Arbeitspsychologie*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hasselhorn, H.M., Müller, B.H., Tackenberg, T., Kümmerling, A. & Simon, M. (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal*. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Dortmund: BAuA.
- Hennington, A., Janz, B. & Poston, R. (2011). I'm just burned out: Understanding information system compatibility with personal values and role-based stress in a nursing context. *Computers in Human Behavior*, 27, 1238-1248.
- Henss, R. (1989). Zur Vergleichbarkeit von Ratingskalen mit unterschiedlicher Kategorienzahl. *Psychologische Beiträge*, Band 31, S. 264-284.
- Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hülshager, U.R. & Schewe, A.F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: a meta-analysis of three decades of research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(3), 361-389.
- Hurrelmann, K. & Rosewitz, B. & Wolf, H.K. (1985). *Lebensphase Jugend*. Weinheim und München: Juventa.
- Ilmarinen, J. (1999) *Ageing Workers in the European Union - Status and Promotion of work ability, employability and employment*. Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour, Helsinki, Finland.
- Ilmarinen, J. (2004). Älter werdende Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen. In: M. Cranach, H.-D. Schneider, E. Ulich & R. Winkler (Hrsg.). *Ältere Menschen im Unternehmen. Chancen, Risiken, Modelle*. Bern: Haupt Verlag, S. 29-47.
- Ilmarinen, Juhani; Tempel, Jürgen (2002): *Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?*, Hamburg
- Irvine, D.M. & Evans, M.G. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies. *Nursing Research*, 44(4), 246-253.
- Jaccard Ruedin, H. & Weaver, F. (2009). Ageing Workforce in an Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030? Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (online) verfügbar unter:

<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01/02.html?publicationID=3699> (November 2010).

Jansen, N. W. H., Kant, I. & Van den Brandt, P. A. (2002). Need for recovery in the working population: Description and associations with fatigue and psychological distress. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9 (4), 322-340.

Janssen, P., Jonge, J. & Bakker, A. (1999a). Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: a study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1360-1369.

Janssen, P.P.M., Schaufeli, W.B. & Houkes, I. (1999b). Work-related and individual determinants of the three burnout dimensions. *Work and Stress*, 13, 74-86.

Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 519-542.

Jolivet, A., Caroly, S., Ehliner, V., Kelly-Irving, M., Delpierre, C., Balducci F., Sobaszek, A., De Gaudemaris, R. & Lang, T. (2010). Linking hospital workers' organisational work to depressive symptoms: A mediation effect of effort-reward imbalance? The ORSOSA study. *Social Science and Medicine*, 71, 534-540.

Joo, B.-K. & Park, S. (2009). Carees satisfaction, organizational commitment, and turnover intention. *Leadership & Organization Development Journal*, 31(6), 482-500.

Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D. & Rosenthal, R.A. (1964). *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.

Kalisch, B.J., Lee, H. & Rochman, M. (2010). Nursing staff teamwork and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 18, 938-947.

Kallus, K. W. (1995). *Der Erholungs-Belastungs-Fragebogen*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.

Kallus, K. W. & Uhlig, T. (2001). Erholungsforschung: Neue Perspektiven zum Verständnis von Stress. In R. K. Silbereisen & M. Reitzle (Hrsg.), *Psychologie 2000*. Bericht über den 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Jena 2000.

Kilfedder, C.J., Power, K.G. & Wells, T.J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 383-396.

Kirpal, S. (2004). Between caring and efficiency demands. *Career Development International*, 9(3), 274-304.

Kivimäki, M., Vanhala, A., Pentti, J., Länsisalmi, H., Virtanen, M., Elovainio, M. & Vahtera, J. (2007). Team climate, intention to leave and turnover among hospital employees: Prospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 7, 170. (online) verfügbar unter: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-170.pdf> (Mai 2011).

Knauth, P., Karl, D. & Elmerich, K. (2009). *Lebensarbeitszeitmodelle - Chancen und Risiken für das Unternehmen und die Mitarbeiter*. Karlsruhe: Universitätsverlag Karlsruhe.

- Kooij, D., De Lange, A., Jansen, P., Kanfer, R. & Dijkers, J. (2011). Age and work-related motives: Results of a meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 32, 197-225.
- Kovner, C., Brewer, C. Cheng, Y. & Djukic, M. (2007). Work attitudes of older RNs. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 8(2), 107-119.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207.
- Künzi, K. & Schär Moser, M. (2002). Die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern. Synthesebericht im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. (online) verfügbar unter:
http://www.buerobass.ch/pdf/2002/gef_arbeitssituation_pflegebereich_synthesebericht.pdf (Mai, 2011).
- Kunin, T. (1955). The construction of a new type of attitude measure. *Personnel Psychology*, 8, 70-71.
- Kuper, H. & Marmot, M. (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 147-153.
- Kupperschmidt, B., (2006). Addressing Multigenerational Conflict: Mutual Respect and Care-fronting as Strategy. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 11 No. 2, Manuscript 3. (Online) verfügbar unter:
http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TablofContents/Volume112006/No2May06/tpc30_316075.aspx#kupperschmidt (August 1011).
- Laschinger, H., Wong, C., McMahon, L. & Kaufmann, C. (1999). Leader behavior impact on staff nurse empowerment, job tension and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 29(5), 28-39.
- Laschinger, H. & Finegan, J. (2005). Using empowerment to build trust and respect in the workplace: a strategy for addressing the nursing shortage. *Nursing Economics*, 23(1), 6-13.
- Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., Marchionni, C. & Drevniok, U. (2011). Turnover intention among new nurses – a general perspective. *Journal for Nurses in Staff Development*, 27(1), 39-45.
- Leiter, M.-P. & Harvie, P.-L. (1996). Burnout among mental health care workers: a review and a research agenda. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 90-101.
- Leiter, M.P., Harvie, P. & Frizell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Science and Medicine*, 47(10), 1611-1617.
- Leitner, K., Lüders, E., Greiner, B., Ducki, A., Niedermeier, R., Volpert, W., Oesterreich, R., Resch, M.G. & Pleiss, C. (1993). *Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Büroarbeit. Das RHIA/VERA-Büro-Verfahren*. Handbuch und Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Letvak, S. (2005). Health and safety of older nurses. *Nursing Outlook*, 53(2), 1-18.
- Leveck, M. & Jones, C. (1996). The nursing practice environment, staff retention, and quality of care. *Research in Nursing and Health*, 19(4), 331-343.

Luzerner Kantonsspital, *Jahresbericht 2010*.

Manzey, D. (1998). Psychophysiologie mentaler Beanspruchung. In: F. Rösler (Hrsg.), *Ergebnisse und Anwendungen der Psychophysiologie*. Göttingen: Hogrefe.

Marshall, N.L & Barnett, R.C. (1993). Variations in job strain across nursing and social work specialities. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 3, 261-271.

Maslach, C., Jackson, S.-E. & Leiter, M.-P. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. 3. Auflage. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Maurer, T.J. (2001). Career-relevant learning and development, worker age, and beliefs about self-efficacy for development. *Journal of Management*, 27,123-140.

Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Grundlagen und Techniken. 10., neu ausgestattete Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.

McGillis Hall, L., Ferguson-Paré, M., Peter, E., White, D., Besner, J., Chisholm, A., Ferris, E., Fryers, M. Macleod, M., Mildon, B., Pedersen, C. & Hemingway, A. (2010). Going blank: factors contributing to interruptions to nurses work and related outcomes. *Journal of Nursing Management*, 18, 1040–1047.

McGrath, A., Reid, N. & Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 555-565.

McNeese-Smith, D.K. (1995). Job satisfaction, productivity, and organizational commitment. The result of leadership. *Journal of Nursing Administration*, 25(9), 17-26.

Meyer, J. & Allen, N. (1997). *Commitment in the workplace*. Theory, research and application. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Müller, B.H. & Hasselhorn, H. M. (2004). Arbeitsfähigkeit in der stationären Pflege in Deutschland im europäischen Vergleich. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 58, 167-177.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. & Zelevinsky, K. (2002). Nursing-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New English Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.

Northouse, P.G. (2010). *Leadership. Theory and practice*. 5th edition. USA: SAGE Publications.

Nübling, M., Stössel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M. & Hofmann, F. (2005). *Methoden zur Erfassung psychischer Stressoren – Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ)*. Dortmund. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

OdASanté. (2009). *Nationaler Gesundheitsbericht für die Gesundheitsberufe 2009. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene. Ein Projekt von GDK und OdASanté*. (online) verfügbar unter: http://www.odasante.ch/de/01_aktuell/pdf/Versorgungsbericht_Deutsch_20091201_def.pdf (November 2010).

Oermann, H. & Garvin, F. (2002). Stresses and challenges for new graduates in hospitals. *Nurse Education Today*, 22, 225-230.

- Oginska, H., Camerino, D., Estryn-Behar, M. & Pokorski, J. (2005). Arbeitsgestaltung in der Pflege in Europa. In H.M. Hasselhorn, B.H. Müller, T. Tackenberg, A. Kümmerling & M. Simon. *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Dortmund: BAuA.
- Olsson, A. & Hallberg, I.R. (1998). Caring for demented people in their homes or in sheltered accommodation as reflected on by home-care staff during clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 241-252.
- Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 396-405.
- Peiro, J. M., Gonzalez-Roma, V. & Maras, M. A. (2001). Does role stress predict burnout over time among health care professionals? *Psychology and Health*, 16, 511-525.
- Pettersson, I.L., Arnetz, A.B., Arnetz, J.E. & Hörte, L.G. (1995). Work environment, skills utilization and health of Swedish nurses – results from a national questionnaire study. *Psychotherapy and Psychosomatization*, 64, 20-31.
- Pinwood, P. C., Winefield, A.H. & Lushinton, K. (2006). Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. *Nursing and Healthcare Management and Policy*, 438-448.
- Rau, R. (2007). Learning opportunities at work as predictor for recovery and health. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(2), 158-180.
- Richter, P. & Hacker, W. (1998). *Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben*. München: Asanger.
- Rizzo, J.R., House, R.J. & Lirtzman, S.I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 150-163.
- Rousseau, D.M. & Parks, J.M. (1993). The contracts of individuals and organizations. In : L. Cummings & B. Staws (Eds.). *Research in Organizational Behavior*, Greenwich: CT JAI.
- Rudolf, M. & Müller, J. (2004). *Multivariate Verfahren*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Scalzi, C.C. Role stress in top-level nurse executives. *Western Journal of Nursing Research*, 18(3), 34-38.
- Schaufeli, W.B., Van Dierendonk, D. & Van Gorp, K. (1996). Burnout and reciprocity: Towards a dual-level social exchange model. *Work & Stress*, 10, 224-237.
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis Ltd.
- Schmidt, K.-H. & Diestel, S. (2011). Differential effects of decision latitude and control on the job demands-strain relationship: A cross-sectional survey study among elderly care nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 307-317.
- Schminke, M., Ambrose, M.L. & Cropanzano, R.S. (2000). The effect of organizational structure on perceptions of procedural fairness. *Journal of Applied Psychology*, 85(2), 294-304.

Schmitz, N., Neumann W.

Oppermann, R. (2000). Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 95-99.

Schwab, R.L. & Iwanicki, E.F. (1982). Perceived role conflict, role ambiguity and teacher burnout. *Educational Administration Quarterly*, 18, 60-74.

Semmer, N.K. (n.d.). *Skala: Wertschätzung am Arbeitsplatz*. Unveröffentlichte Skala. Universität Bern. Institut für Psychologie.

Semmer, N.K., Zapf, D. & Dunckel, H. (1999). Instrument zur stressbezogenen Tätigkeitsanalyse (ISTA). In H. Dunckel (Hrsg.): *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren (Mensch, Technik, Organisation; Bd. 14)*, Zürich: vdf Hochschulverlag an der ETH.

Semmer, N.K. & Jacobshagen, N. (2003). Selbstwert und Wertschätzung als Themen der arbeitspsychologischen Stressforschung. In K.-C. Hamborg & H. Holling (EDS.). *Innovative Personal- und Organisationsentwicklung* (pp. 131-155). Göttingen: Hogrefe.

Semmer, N.K., Jacobshagen, N., Meier, L.L. & Elfering, A. (2007). Occupational stress research: The „Stress-as-Offense-to-Self“ perspective. In S. McIntyre & J. Houdmount (Eds.). *Occupational health psychology: Vol.2. European perspectives on research, education and practice*. Maia, Portugal: ISMAI, 43-60.

Siegrist, J. (2001). A theory of occupational stress. In J. Dunham (Ed.). *Stress in the Workplace: Past, Present and Future*. London: Whurr Publishers.

Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.M., Kümmerling, A., Büscher, A. & Müller, B.H. (2005). *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. Universität Wuppertal. (online) verfügbar unter: <http://next.uniwuppertal.de> (Januar 2011).

Sjögren, K., Fochsen, G., Josephson, M. & Lagerström, M. (2005). Reasons for leaving nursing care and improvements needed for considering a return: a study among Swedish nursing personnel. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 751-758.

Smedley, J., Inskip, H., Trevelyan, F., Buckle, P., Cooper C. & Coggan, D. (2003). Risk factors for incident neck and shoulder pain in hospital nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 864-869.

Smets, E.M.A., Visser, M.R.M., Oort, F.J., Schaufeli, W.B. & De Haes H. (2004). Perceived Inequity : does it explain burnout among medical specialists ? *Journal of Applied Social Psychology*, 34(9), 1900-1918.

Spence Laschinger, H. (2004). Hospital nurses perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34(7-8), 354-364.

Stordeur, S., D'Hoore, W. & Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 533-542.

Theorell, T., Perski, A., Åkerstedt, T., Sigala, F., Alhberg-Hulten, G., Svensson, J. & Eneroth, P. (1988). Changes in job strain in relation to changes in physiological state. A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 13, 189-196.

- Tuomi, K., Ilmarinen, I., Martikainen, R., Aalto, L. & Klockars, M. (1997). Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 23, 58-65.
- Ulich, E. (2005). *Arbeitspsychologie*. 6. überarbeitete und erweiterte Auflage. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Van Dierendonk, D., Schaufeli, W.B. & Buunk, B.P. (2001). Burnout and inequity among human service professionals : a longitudinal study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(1), 43-52.
- Van Yperen, N.W. (1998). Informational support, equity and burnout : The moderating effect of self-efficacy. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 29-33.
- Van Yperen, N.W., Hagedoorn, M. & Geurts, S.A.E. (1996). Intent to leave and absenteeism as reactions to perceived inequity. The role of psychological and social constraints. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69, 367-372.
- Wanous, J.P., Reichers, A.E. & Hudy, M.J. (1997). Overall job satisfaction: How good are single-item measures? *Journal of Applied Psychology*, 82(2), 247-252.
- Weiss, H.M. (2002). Deconstructing job satisfaction. Separating evaluations, beliefs and affective experiences. *Human Resources Management Review*, 12, 173-194.
- Wickens, C.D. & Hollands, J.G. (2000). *Engineering psychology and human performance*. New Jersey: Upper saddle River: Prentice Hall.
- Wray, J., Aspland, J., Gibson, H., Stimpson, A. & Watson, R. (2009). "A wealth of knowledge": A survey of the employment experiences of older nurses and midwives in the NHS. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 977-985.
- Zangaro, G.A. & Soeken, K.L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30, 445-458.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychosocial well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resources Management Review*, 12, 237-268.
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H. & Isic A. (1999). Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(3), 371-400.
- Zapf, D. & Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(1), 1-28.
- Zunz, S.J. (1998). Resiliency and burnout: protective factors for human service managers. *Administration in Social Work*, 22, 39-54.