

International Nurses Day  
12 May 2007



# Positive practice environments:

Quality workplaces = quality patient care



**INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES**

**ARBEITSPLATZ PFLEGE**

**MIT QUALITÄT ARBEITEN =  
MIT QUALITÄT PFLEGEN**



Entwickelt von Andrea Baumann

für den International Council of Nurses



**Herausgeber der deutschsprachigen Übersetzung**

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.  
Bundesverband  
Salzufer 6

10587 Berlin

E-Mail: [dbfk@dbfk.de](mailto:dbfk@dbfk.de)  
Web: [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)  
Tel.: 030 - 219157-0  
Fax: 030 - 219157-77

In Zusammenarbeit mit:

**Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband**

Wilhelminenstraße 91/IIe

1160 Wien

E-Mail: [office@oegkv.at](mailto:office@oegkv.at)  
Web: [www.oegkv.at/](http://www.oegkv.at/)

**Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI**

Choisystrasse 1,

3008 Bern

E-Mail: [info@sbk-asi.ch](mailto:info@sbk-asi.ch)  
Web: [www.sbk-asi.ch/](http://www.sbk-asi.ch/)

Die Rechte der Originalfassung in Englisch (2007) liegen beim International Council of Nurses (ICN).  
Der nachfolgende Hinweis ist zu beachten:

All rights, including translation into other languages, reserved.

No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or sold without the express written permission of the International Council of Nurses. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.

Copyright © 2007 by ICN - International Council of Nurses,  
3, place Jean-Marteau, CH-1201 Geneva (Switzerland)

ISBN: 92-95040-80-5

# Inhalt

## Arbeitsplatz Pflege: Mit Qualität arbeiten = Mit Qualität pflegen

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Einleitung: Förderung von positiven Arbeitsumgebungen</b>   | <b>4</b>  |
| <b>Kapitel 1: Die Pflegekraft und eine positive Arbeitsumgebung</b>  | <b>7</b>  |
| <b>Kapitel 2: Zufriedenheit, Personalausstattung und Sicherheit im Beruf</b>                               | <b>11</b> |
| <b>Kapitel 3: Unternehmensklima und Arbeitsleistung</b>  | <b>23</b> |
| <b>Kapitel 4: Global relevante Themen des Arbeitslebens</b>  | <b>27</b> |
| <b>Kapitel 5: Was können nationale Pflegeverbände tun?</b>   | <b>30</b> |
| <br>   |           |
| <b>Anhänge</b>   |           |
| <b>Anhang 1: Instrument zur Bewertung einer Arbeitsumgebung in der Pflege</b>                              | <b>34</b> |
| <b>Anhang 2: Strategien zur Entwicklung von positiven Arbeitsumgebungen</b>                                | <b>37</b> |
| <b>Anhang 3*: Sicherheit des Patienten</b>   | <b>38</b> |
| <b>Anhang 4: Weiterführende Materialien deutschsprachiger Initiativen,<br/>Organisationen und Behörden</b> | <b>41</b> |
| <b>Literaturverzeichnis</b>  | <b>43</b> |

\* Im englischsprachigen ICN Tool Kit ist Anhang 3 das ICN Fact Sheet zur Prävention von Nadelstichverletzungen, Anhang 4 das ICN Fact Sheet zur Vorbeugung, Vermeidung und Überwachung von berufsbedingten Infektionen, Anhang 5 das ICN Position Statement zu Sicherheit des Patienten, Anhang 6 das ICN Position Statement zu Gewalt am Arbeitsplatz und Anhang 7 das ICN Position Statement zu Arbeitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz. Alle ICN-Fact Sheets und Position Statements sind abrufbar unter [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

Zu den Themenkomplexen gibt es wichtige und gute deutschsprachige weiterführende Materialien von Initiativen, Organisationen und Behörden, auf die im hier eingefügten Anhang 4 hingewiesen wird. Daher wurde auf die Übersetzung der international ausgerichteten Originale verzichtet.

# Förderung von positiven Arbeitsumgebungen

## Einleitung

Die Realität drängt. Angesichts steigender gesundheitlicher Bedürfnisse und andererseits finanzieller Zwänge, die das Potenzial der Gesundheitsdienste einschränken, Personal und Infrastruktur im Gesundheitssektor zu stärken, stehen die Gesundheitssysteme weltweit vor immer größeren Herausforderungen. Wir befinden uns mitten in einem globalen Pflegenotstand, der sich durch einen gefährlichen Mangel an Pflegekräften<sup>1</sup> auszeichnet. Auch wenn die Gründe für diesen Mangel vielfältig und vielschichtig sind, gilt eine ungesunde Arbeitsumgebung, die sich negativ auf die Leistung auswirkt bzw. zur Entfremdung der Pflegekräfte beiträgt und sie allzu oft aus ihrem spezifischen Arbeitsumfeld oder gar ganz aus ihrem Beruf treibt, als wesentliche Ursache.

Es gibt jedoch Umgebungen, die gerade das Gegenteil bewirken, die also hervorragende Leistungen unterstützen und auf diese Weise Pflegekräfte anziehen und halten können. Dies nennt man ‚positive Arbeitsumgebung‘. Die nutzbringenden Effekte einer guten Arbeitsumgebung auf Zufriedenheit der Pflegekräfte, Qualität der Patientenversorgung und Innovation sind vielfach wissenschaftlich erwiesen. Allerdings bleibt noch viel zu tun, bis eine positive Arbeitsumgebung die Norm sein wird.

### ***Eine positive Arbeitsumgebung zeichnet sich aus durch***

- *innovative Strategien zur Personalanwerbung und -erhaltung,*
- *Strategien zur Personalentwicklung*
- *angemessene Vergütung,*
- *Anerkennung,*
- *bedarfsgerechte/s Ausstattung und (Verbrauchs-) material*
- *ein sicheres Arbeitsumfeld*

Aus diesem Grund hat ICN für den Internationalen Tag der Pflege 2007 das Thema *Positive Practice Environments: Quality Workplaces = Quality Patient Care* (Arbeitsplatz Pflege: mit Qualität arbeiten – mit Qualität pflegen) gewählt und es in den Mittelpunkt dieses Handbuchs genommen. Es wurde erstellt, um das Bewusstsein von Pflegekräften zu schärfen und ihr Handeln zu unterstützen und kann von Managern, Pflegeleitungen, Geschäftsführern, Berufsverbänden und Aufsichtsgremien genutzt werden. Das Handbuch ist so angelegt, dass es allen Akteuren der Gesundheitsversorgung, die an Verbesserungen bei der Erbringung hochwertiger Leistungen interessiert sind, Daten zu positiven Arbeitsumgebungen zur Verfügung stellt. Auf den dann folgenden Seiten werden die Schnittstelle Pflegekraft/Arbeit, die

<sup>1</sup> Beruflich Pflegenden mit einer staatlich geregelten Ausbildung: Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen, Altenpfleger/innen, Pflegeassistentenberufe mit mindestens einjähriger Ausbildung und staatlicher Anerkennung nach Landesrecht

prägenden Faktoren der Arbeitsumgebung von Pflegekräften, die Folgekosten ungesunder Arbeitsplätze und die Merkmale und Vorteile positiver Arbeitsumgebungen untersucht. Darüber hinaus ist auch eine Liste mit Empfehlungen und methodischen Werkzeugen (Tool Kit) enthalten, die Pflegekräfte in der Umsetzung besserer Arbeitsbedingungen unterstützen soll.

## Hintergrund und Schlüsselaspekte

- Pflegekräfte stellen in den meisten Ländern die Mehrheit der Gesundheitsdienstleister (bis zu 80%).
- Wir befinden uns mitten in einer globalen Krise des Arbeitskräftepotenzials in der Pflege, in den meisten Ländern entwickelt sich ein steigender Fachkräftemangel.
- Der Pflegenotstand variiert je nach Fachrichtung, Standort, Pflegeintensität, Sektor, Träger und Organisation und entwickelt sich zeitgleich mit steigendem Bedarf an Gesundheitsleistungen.
- In den Entwicklungsländern ist die Situation oftmals dramatisch: es existiert ein chronischer Pflegekräftemangel, der durch die massive Emigration von Pflegekräften auf der Suche nach besseren Arbeitsbedingungen und besserer Lebensqualität verstärkt wird. Gleichzeitig besteht eine hohe Arbeitslosigkeit oder Unterbeschäftigung von Pflegekräften wegen der geringen finanziellen Ressourcen der Sozialsysteme.
- Im Jahr 2000 haben mehr als 500 Pflegekräfte in Ghana das Land wegen höher bezahlter Stellen in reicheren Ländern verlassen; das sind insgesamt dreimal mehr als ein Jahr zuvor und mehr als doppelt so viele, wie zeitgleich in Ghana ihre Ausbildung abgeschlossen haben.
- In einer an der Penn State University durchgeführten Untersuchung berichteten Pflegeverbände aus 33 Ländern (hauptsächlich aus Ozeanien, Afrika, Mittelamerika und der Karibik), dass die Abwanderung von Pflegekräften in reichere Länder ein ernstes bis äußerst ernstes Problem darstelle, das den bereits vorhandenen Mangel noch verschlimmere.
- Der gegenwärtige Mangel untergräbt weltweit die Ziele der Gesundheitssysteme und stellt die Versorgung der Bevölkerung infrage.
- In 2006 definierte die Weltgesundheitsorganisation WHO die weltweite Personalkrise im Gesundheitswesen mit dem dramatischen Pflegekräftemangel als Problem mit hoher Priorität zum Handeln.
- Obwohl die Gründe für die Krise im Gesundheitswesen und der Pflege unterschiedlich und vielschichtig sind, ist durch Studien vielfach belegt, dass ungesunde Arbeitsbedingungen zu den wesentlichsten Ursachen gehören.
- Ein ungesundes Arbeitsumfeld beeinflusst die physische und psychische Gesundheit einer Pflegekraft durch Faktoren wie z.B. Stress infolge von Arbeitsüberlastung, lange Arbeitszeiten, ein niedriger beruflicher Status, zwischenmenschliche Konflikte am Arbeitsplatz, Rollenkonflikte und Gefährdungen am Arbeitsplatz .

- Es gibt Anhaltspunkte, die darauf hinweisen, dass sich „lange Phasen großer Arbeitsbelastung auf persönliche Beziehungen auswirken und zu einer Zunahme von Krankheitszeiten, Konflikten, Arbeitsunzufriedenheit, Fluktuation und Ineffizienz führen“ (Baumann et al. 2001).
- Pflegekräfte, die sich wegen einer hohen Arbeitsbelastung, aufgrund von Spannungen mit Kollegen, unangemessenen Aufgaben, ungenügenden Fähigkeiten und Kenntnissen, schlechtem Management oder unsicheren Arbeitsbedingungen gestresst fühlen, können nicht gleichzeitig höchste Qualität in der Pflege erbringen.
- Eine positive Arbeitsumgebung wirkt sich nicht nur auf die Pflegekraft, sondern auch auf andere im Gesundheitswesen Beschäftigte aus und fördert hervorragende Qualität in der Leistung, wodurch sich letztendlich das Patientenergebnis verbessert.
- Daten weisen darauf hin, dass ein Drittel der in Großbritannien frisch ausgebildeten Pflegekräfte ihre Berufstätigkeit nicht beginnen. Es scheint, dass negative Erfahrungen am Arbeitsplatz bzw. bei den klinischen Einsätzen dazu führen, dass sich diese Berufseinsteiger von ihrem Beruf abwenden.
- Eine Untersuchung an Pflegekräften in den USA, Kanada, England, Schottland und Deutschland hat gezeigt, dass 41% der Pflegekräfte im Krankenhaus unzufrieden mit ihrem Arbeitsplatz waren und 22% planten, diesen noch vor Jahresfrist zu verlassen. Grund: die vorgefundene Realität und der Stress am Arbeitsplatz seien unvereinbar mit ihrem beruflichen Selbstverständnis, Arbeitszufriedenheit und der Identifizierung mit der Organisation.
- Die Besorgnis darüber wächst, dass sich die im Zusammenhang mit der Arbeitsumgebung auftretenden Probleme auf das Engagement der Pflegekraft in der Arbeit und der Einrichtung ausgewirkt (Tovey & Adams 1999) und zu einem Zusammenbruch des zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber bestehenden psychologischen Vertrags geführt haben (Rousseau 1996).
- Die positiven Auswirkungen einer guten Arbeitsumgebung auf die Pflegeleistung, die Arbeit der in der Gesundheitsversorgung Beschäftigten, die Ergebnisse der Patientenversorgung und Innovationen sind gut dokumentiert.
- Stress verliert an Bedeutung, wenn mehr Pflegekräfte für die Versorgung der Patienten zur Verfügung stehen.
- Eine gesunde Arbeitsumgebung ist die Basis, um Gesundheit und Wohlbefinden der Pflegekräfte, Versorgungsqualität der Patienten und die Effizienz der Prozesse zu maximieren (RNAO 2006d).
- Da wo Arbeitgeber die Arbeitsbedingungen verbessern, sinkt nachweislich die Fluktuationsrate.
- Geringe Fluktuation führt zu besserer Teamarbeit, Kontinuität in der Versorgung und besseren Ergebnissen für die Patienten.
- Die umfassende Untersuchung der Beschäftigungskrise in der Pflege durch ICN, die *Global Nursing Review Initiative*, hat eine positive Arbeitsumgebung bei gleichzeitig positivem Auftreten der Einrichtung als eines von fünf globalen und vordringlichen Handlungsfeldern identifiziert.

# Kapitel 1

## Die Pflegekraft und eine positive Arbeitsumgebung

Bei der Betrachtung einer positiven Arbeitsumgebung sind zwei Gesichtspunkte gleichermaßen von Bedeutung: (1) die berufliche Identität der Pflegekraft und (2) die Eigenschaften der Umgebungen an sich.

### **Berufliche Identität**

Pflegekräften ist, unabhängig von der Art ihrer Arbeit, ihres Arbeitsfelds oder des Landes, in dem sie arbeiten, etwas gemein: sie sind engagierte Berufstätige, die sich einen ganzheitlichen Ansatz zu Eigen gemacht haben. Das beeinflusst vielleicht mehr als alles andere ihre Erwartungen und passt zu den anspruchsvollen Arbeitsplätzen von heute.

Als Experten benötigen Pflegekräfte ein Arbeitsumfeld, das den gesundheitlichen und sozialen Auftrag ihres Berufs sowie den durch das jeweilige Land und die entsprechende Gesetzgebung festgelegten Handlungsrahmen berücksichtigt (Rowell 2003). Grundsätzliche institutionelle Strukturen sollten die Bedeutung von Ausbildung und weiterführendem Lernen anerkennen, Teamarbeit und kollegiales Verhalten fördern und zu Kreativität und Innovation ermutigen.

Ein qualitativ hochwertiges berufliches Arbeitsumfeld geht auf die Bedürfnisse und Ziele von Pflegekräften ein und unterstützt Patienten dabei, ihre persönlichen Gesundheitsziele zu erreichen. Dies wird innerhalb des Kosten- und Qualitätsrahmens geleistet, welcher von der die Pflege erbringenden Einrichtung vorgegeben ist.

Einrichtungen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Fähigkeit, Pflege in einem anspruchsvollen Arbeitsumfeld zu unterstützen. Wenn Menschen, Mittel und/oder Strukturen fehlen, ent-

### **Was kennzeichnet eine Fachkraft?**

*Bereits 1910 hat Abraham Flexner diverse Merkmale herausgearbeitet, die bis heute Gültigkeit besitzen:*

- *Wissen;*
- *Spezialisierung;*
- *intellektuelle und individuelle Verantwortung sowie*
- *ein starkes Gefühl der Gruppenzugehörigkeit.*

*Seit jener Zeit haben Autoren aus verschiedenen Bereichen weitere Aspekte zum Wesen von Professionalität herausgearbeitet.*

*Eine aktuelle Sichtweise verweist auf evidenzbasiertes Wissen, Verlässlichkeit, Autonomie, Verantwortlichkeit, Kollegialität, Zusammenarbeit und Innovation. (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO] 2006d).*



steht ein Konflikt zwischen dem professionellen Anspruch der Pflegekraft und dem Erbringen angemessener Patientenpflege. Bleibt durch ein immenses Arbeitspensum den Pflegekräften beispielsweise nur noch Zeit, sich um die Aufgaben im Zusammenhang mit den physischen Bedürfnissen des Patienten zu kümmern, wird man weder den psychosozialen und geistigen Bedürfnissen des Patienten vollständig gerecht (Baumann et al. 2001), noch wird ein ganzheitlicher Pflegeansatz verfolgt.

### **Merkmale einer positiven Arbeitsumgebung**

Geeignete Modelle zur Darstellung der Arbeitsumgebung von Pflegekräften wurden in den letzten zehn Jahren im Zusammenhang mit in Europa durchgeführten Studien entwickelt. Der Vorteil dieser Modelle liegt in ihrer Anwendbarkeit auf jeden Arbeitsstandort, von der kleinen ländlichen Gemeinde bis hin zu einer großen Akutklinik.

Im Modell von Kristensen (1999) zum sozialen und psychischen Wohlbefinden werden sechs Stressfaktoren kombiniert und nicht nur in Beziehung zum Individuum, sondern auch der Einrichtung gesetzt. Diese Arbeit wurde durch Siegrists (1996) Modell zu beruflichen Gratifikationskrisen (im Englischen Effort-Reward Imbalance Model – ERI Model genannt). gestützt. Nach Kristensen bedarf es folgender Faktoren als Voraussetzung für das optimale soziale und psychische Wohlbefinden:

- Anforderungen, die den Möglichkeiten der jeweiligen Person gerecht werden (keine Arbeitsüberlastung);
- ein hoher Grad der Vorhersehbarkeit (sicheres Arbeitsverhältnis und Sicherheit am Arbeitsplatz);
- eine gute soziale Unterstützung durch Kollegen und die Leitungsebene sowie Zugang zu Bildungs- und beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten (Teamarbeit, Bildungsurlaub);
- sinnvolle Tätigkeit (beruflichen Identität );
- ein hohes Maß an Einflussmöglichkeiten (Autonomie, Dienstplangestaltung, Leitung); und
- ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Leistung und Entlohnung (Entschädigung, immaterielle und materielle Anerkennung).

**Magnetkrankenhäuser.** Die Literatur zum Thema *Magnetkrankenhaus* geht spezifischer auf die Merkmale der Arbeitsumgebung in der Pflege ein. Die Bezeichnung *Magnetkrankenhaus* wird häufig für Häuser verwendet, denen es gelingt, gut ausgebildetes Pflegepersonal zu gewinnen und zu halten und durchgehend qualitativ gute Pflege zu leisten. So genannte

Magnetkrankenhäuser entstanden zunächst in den USA; in der Zwischenzeit verbreiten sie sich und die ihnen zugrunde liegenden Prinzipien auch international.

Während eines nationalen Pflegekräftemangels in den USA Anfang der 1980er Jahre wurde festgestellt, dass es Krankenhäuser gab, die davon nicht betroffen waren: dort gab es ungewöhnlich wenig unbesetzte Stellen und kaum Personalfluktuation. Diese Institutionen wurden von Pflegekräften als gute Arbeitgeber mit attraktiven Arbeitsumgebungen empfunden.

Die *American Academy of Nursing* war von diesem Phänomen fasziniert und finanzierte eine Studie zur Untersuchung dieser so genannten Magnetkrankenhäuser, in der eine lange Liste charakteristischer Merkmale herausgearbeitet werden konnte. In einer Nachfolgestudie wurden drei Strategien ausgemacht, mit deren Hilfe in den Krankenhäusern die Fluktuation des Pflegepersonals verringert und die Zahl unbesetzter Stellen gesenkt worden war: das Engagement des Managements für Pflege und Pflegekräfte, eine starke Führung in der Pflege und angemessene Gehälter und Vergünstigungen.

*Die Bezeichnung Magnetkrankenhäuser wird häufig zur Bezeichnung einer Einrichtung verwendet, der es gelingt, gut qualifiziertes Pflegepersonal anzuziehen und zu halten und dabei qualitativ gute Pflege zu leisten.*

Pflegekräfte in den so genannten Magnetkrankenhäusern weisen geringere Burnout-Raten auf, sie sind zufriedener mit ihrem Arbeitsplatz und erzielen bessere Ergebnisse in Bezug auf die Patienten (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber 2002). Die Kriterien für ein Magnetkrankenhäuser, die auf jede Arbeitsumgebung übertragbar sind, reichen von ganz allgemeinen (z.B. dass es für qualitativ gute Pflege und als angenehmer Arbeitsplatz bekannt ist) bis hin zu spezifischen Merkmalen (z.B. ein hoher Grad an Personalerhaltung und geringe Personalfluktuation, geeignetes Personal, flexible Dienstpläne, starke Führung, und angemessene Gehälter) (Havens & Aiken 1999; McClure, Poulin, Sovie & Wandelt 1983; Scott, Sochalski & Aiken 1999).

Das Zertifizierungsinstitut *American Nurses Credentialing Center* hat vor nicht allzulanger Zeit ein Programm zur Anerkennung von „Magnet“-Leistungen für hervorragende Pflegeleistungen aufgelegt (Lowe 2005). Bei den „Magnet“-Kriterien werden die Autonomie der Pflegekraft und deren Beteiligung an der Gestaltung der Arbeitsumgebung betont. Sie bestätigen auch die Notwendigkeit einer Basisausbildung und Weiterbildung für die Erbringung von hochqualifizierter Pflegeleistung.

Die Freiheit, autonom und verantwortlich im Rahmen ihres Arbeitsspektrums handeln zu können, steht folgerichtig in Korrelation zur Zufriedenheit der Pflegekraft mit ihrer Arbeit (Bauguley 1999). Eine kürzlich durchgeführte Umfrage zur Zufriedenheit von Pflegekräften mit ihrem Arbeitsleben hat ergeben, dass Attribute wie Führung, Autonomie und Teamarbeit wichtige Aspekte darstellen, die zur Zufriedenheit der Pflegekräfte beitragen (Best & Thurston 2004; 2006). Weitere Studien weisen darauf hin, dass ein größerer Spielraum bei Entscheidungsprozessen die Fluktuation senkt (Alexander, Bloom & Nuchels 1994). Wenn Pflegekräfte bei der Patientenversorgung nur ein eingeschränktes Mitspracherecht besitzen, haben sie das Gefühl, dass ihr Fachwissen nicht gewürdigt wird, was zu einer geringeren Loyalität gegenüber ihrem Arbeitgeber führt. Diese Kontrolle über die Arbeitspraxis wird beeinflusst von umweltbestimmten Variablen wie z.B. der Zeit und einer unterstützenden Leitung.

In den vergangenen Jahren wurden Themen wie Zufriedenheit, Personalausstattung und Sicherheit im Beruf in Diskussionen rund um den Arbeitsplatz von Pflegekräften zunehmend mehr Aufmerksamkeit geschenkt. An dieser Stelle soll kurz auf sie eingegangen werden.

### **Berufliche Zufriedenheit**

Die berufliche Zufriedenheit bezieht sich darauf, wie Pflegekräfte ihre Berufstätigkeit wahrnehmen. Weisman und Nathanson (1985) berichten in ihrer Untersuchung, dass sich der Grad der Zufriedenheit des Pflegepersonals als stärkste Determinante für die gesamte Zufriedenheitsbilanz des Patienten darstellt. Allerdings ist es schwierig sie zu messen, weil sie eng mit den ökonomischen und sozialen Aspekten verbunden ist, die mit der Bereitstellung von angemessenen Arbeitsbedingungen assoziiert werden.

Kürzlich durchgeführte Studien haben gezeigt, dass Pflegekräfte bevorzugt in der Region bleiben, in der sie ihre Ausbildung absolviert haben (Baumann, Blythe, Cleverley, Grinspun & Tompkins 2006), und diese erst dann verlassen, wenn die Arbeitsbedingungen nicht ihren persönlichen bzw. professionellen Anforderungen genügen. Das Fehlen einer angemessenen Entlohnung ist einer der wichtigsten Gründe für die Migration an viele Orte der Welt. Allerdings konnte in Studien gezeigt werden, dass Geld in der industrialisierten Welt erst dann zu einem entscheidenden Faktor wird, wenn andere Quellen der Befriedigung fehlen (Weisman & Nathanson 1985). Die Zufriedenheit des Pflegepersonals wird auch durch allgemeine Faktoren wie z.B. politische Unterstützung, Unterstützung der physischen Infrastruktur und dem Engagement des Arbeitgebers für die pflegerische Leistung beeinflusst.

Zurn, Dolea und Stilwell (2005) berichten aus Großbritannien von einer an Mitarbeitern des Gesundheitswesens in London durchgeführten Umfrage, die bei der Frage nach Vorschlägen zur Verbesserung ihres Arbeitslebens zeigen konnte, dass der Wunsch nach „besserer Bezahlung“ erst an vierter Stelle der Wunschliste nach Wünschen wie „mehr Personal“, „bessere Arbeitsbedingungen“ und „bessere Einrichtungen“ rangierte. Auch wenn zutrifft, dass die Bezahlung bei denjenigen, die planen, das System verlassen zu wollen, einen größeren Stellenwert einnahm, so rangierte sie dennoch nur auf Platz zwei bzw. drei (Person et al. 2004).

In ihrer Studie *Nurse Retention and Recruitment: Developing a Motivated Workforce* [Erhaltung und Anwerbung von Pflegepersonal: Entwicklung von motivierten Arbeitskräften, Anm. d. Übers.], die Teil des Global Nursing Workforce Project (2005) ist, zeigen Zurn, Dolea und Stillwell, dass sich eine Relation zwischen beruflicher Zufriedenheit, fehlender Motivation und der Absicht, den Arbeitsplatz zu kündigen, empirisch belegen lässt (Carlson et al. 1992). Eine geringe Zufriedenheit mit der Arbeit ist vor allem in vielen Ländern mit geringer Finanzkraft ein Problem. In Lesotho konnten Schwabe et al. (2004) nachweisen, dass insgesamt 37% der Pflegekräfte mit ihrer aktuell ausgeübten Arbeit unzufrieden sind. Diese prozentualen Angaben schwanken je nach Arbeitsbereich der Pflegekraft und erreichen beispielsweise bei den im psychiatrischen Bereich tätigen Pflegekräften 80%.

Laut dieser Studie sind die Hauptgründe für die berufliche Unzufriedenheit eine unangemessene Bezahlung sowie schlechte Arbeitsbedingungen, wozu auch Defizite in der Arbeitsumgebung wie z.B. die mangelhafte Ausstattung des Arbeitsplatzes zählen. Unzureichende Ausbildung oder Qualifikationen werden ebenfalls als wichtiges Problem benannt. Diese Erkenntnisse werden noch durch eine Umfrage gestützt, die in fünf afrikanischen Ländern durchgeführt wurde, in denen die geringe Motivation eine Abwanderung der im Gesundheitswesen Beschäftigten aus dem Land zur Folge hatte (Awases et al. 2003).

Die Leistung einer Arbeitskraft hängt direkt davon ab, wie hoch ihre Motivation ist, regelmäßig zur Arbeit zu gehen, die Arbeit engagiert und flexibel zu erledigen, sowie anstehende Aufgaben bereitwillig auszuführen. Die Motivation hat jedoch nur Auswirkungen auf diejenigen Bereiche der Leistung, welche unmittelbar dem persönlichen Einfluss der Arbeitskraft unterliegen. Wenn Einrichtungen beispielsweise versäumen, ihren Arbeitskräften die benötigten Hilfsmittel für ihre Arbeit zur Verfügung zu stellen, sind diese Arbeitskräfte aus Gründen, die sich ihrem Einfluss entziehen nicht in der Lage, ihre Arbeit zu erledigen.

Institutionelle Defizite in Bezug auf Material und Personal, auf Lieferung und Verfügbarkeit geeigneter Ausstattung führen zu einem ständigen Verfall des Gesundheitswesens (insbesondere in staatlichen Systemen) und erzeugen berufliche Unzufriedenheit. Es waren Bedingungen dieser Art, die dazu führten, dass Pflegekräfte 1990 (Anselmo, Angerami & Gomez 1997) in Krankenhäusern in Ribeirao Preto kündigten. In dieser Studie wurde gezeigt, dass die Arbeitsbedingungen, die sich aus einer Vielzahl an Einzelkomponenten zusammensetzen (wie Bezahlung, Vergünstigungen, Tätigkeitsumfang, Stundenzahl und Schichten), in allen Angaben, die von den Angestellten als Kündigungsgrund angegeben wurden, eine Rolle spielten. Eine Untersuchung, die in Kolumbien durchgeführt wurde, führte zu vergleichbaren Ergebnissen (Correa, Palacia & Serna 2001).

Es wird also offensichtlich, dass die Produktivität von Arbeitskräften im Gesundheitswesen nicht allein damit zusammenhängt, wie motiviert sie für ihre Arbeit sind, sondern auch davon, wie gut sie für ihre Arbeit ausgebildet und darauf vorbereitet sind (was wiederum eine Konsequenz aus Ausbildung und geeigneten Anwerbungs- und Beschäftigungsstrategien ist). Sie hängt auch davon ab, ob den Arbeitskräften die für ihre Arbeit benötigte Ausstattung, entsprechende Medikamente und Technologien zur Verfügung gestellt werden. Motivation ist also weder ein Synonym für Leistung, noch wird die Leistung unwiderruflich durch die Motivation bestimmt (Kanfer 1999). „Die Motivation wirkt sich auf die Leistung aus, wobei die letztere auch von der durch die Einrichtung vorgegebenen Infrastruktur und Umgebung abhängt.“

## Aspekte der Personalausstattung

Eine frühe Definition der Personalausstattung bezieht sich lediglich auf die Art und Anzahl des für die Patientenpflege benötigten Personals (Giovanetti 1978, wie in McGillis Hall 2005 zitiert). Spätere Autoren haben berücksichtigt, dass die Personalmenge über bloße Zahlen hinausgeht und andere Variablen mitberücksichtigt, die sich auf die Patientenbetreuung und die Erbringung einer sicheren Pflege auswirken. Zu diesen Variablen gehören das Arbeitspensum, die Arbeitsumgebung, Kosteneffizienz und -wirksamkeit, die Komplexität der zu betreuenden Patienten, die vorhandenen Fähigkeiten des Pflegepersonals und die Zusammensetzung des Pflegepersonals.

In *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions* [Der weltweite Mangel an examiniertem Pflegepersonal: ein Überblick über Themen und Aktionen, Anm. der Übers.] (2005) stellt James Buchan fest: „Eine Analyse mit globalem Ansatz, die sich auf WHO-Regionen konzentriert, kann dazu führen, dass wichtige Unterschiede zwischen den Ländern verwischt werden, während eine Analyse auf Landesebene mögliche signifikante geographische Abweichungen in Bezug auf die Verfügbarkeit von Pflegekräften verbergen kann. Selbst in Ländern mit einer niedrigen Quote Pflegekraft pro Kopf der Bevölkerung sind die verfügbaren Pflegekräfte häufig schlecht verteilt, was die Auswirkungen des Mangels noch verschlimmert. Ländliche Gegenden in Entwicklungsländern sind die Gegenden mit der größten Unterversorgung.“

*Die Zahl der Beschäftigten bildet oftmals die Finanzierungsmöglichkeiten und nicht die Bedürfnisse von Personal oder Patienten ab. Das hat zur Folge, dass es nur eine geringe Übereinstimmung zwischen dem Bedarf an Pflege und den Arbeitsplatzvoraussetzungen gibt.*

Gesundheitssysteme brauchen das Potenzial, effiziente Infrastrukturen und Arbeitskräfte zu finanzieren. Obwohl ein Bedarf an Pflegekräften häufig erkannt wird, sind die Gesundheits-

systeme oftmals damit konfrontiert, dass ihnen nicht ausreichend Mittel zur Verfügung stehen, um den Bedarf in der benötigten Größenordnung zu decken. So berichten beispielsweise Malaren und Agudelo in ihrem *Overview of the Nursing Workforce in Latin America* [Überblick über die Arbeitskräfte in der Pflege in Lateinamerika, Anm. d. Übers.], der ebenfalls im Zusammenhang mit dem Global Nursing Workforce Project (2005) entstanden ist, dass in Ländern wie Nicaragua „Pflegekräfte aufgrund der niedrigen wirtschaftlichen Kapazität und Tragfähigkeit dieser Systeme nicht im Gesundheitssystem unterkommen können, obwohl die Zahl der ausgebildeten Pflegekräfte gering ist.“ Das gilt auch für Länder wie Kenia, Sambia, Tansania, die Philippinen und Teile Osteuropas.

Die Bedeutung einer sicheren Personalausstattung ist in den letzten Jahren vor allem als Konsequenz aus den großen Veränderungen innerhalb des Gesundheitssystems weltweit deutlich geworden. Diese Veränderungen wurden ausgelöst durch Krisen wie die AIDS-Pandemie oder SARS, welche einen starken Anstieg der Kosten für die Gesundheitsversorgung zur Folge hatten, und durch wirtschaftliche Rezessionen, die zu einem Pflegekräftemangel führten. Eine zuverlässige Personalpolitik geht einher mit Themen wie Verlässlichkeit, Sicherheit für die Mitarbeiter und Patientensicherheit.

***Personalausstattung und Zusammensetzung des Personals.*** Der amerikanische Lehrerverband American Federation of Teachers (1995) definiert eine sichere Personalausstattung als „die ständige Verfügbarkeit einer angemessenen Zahl von Mitarbeitern mit einer geeigneten Mischung verschiedener Qualifikationen, um sicher zu stellen, dass die Pflegebedürfnisse des Patienten erfüllt werden und riskante Arbeitsbedingungen vermieden werden.“ Eine sichere Personalausstattung ist vom jeweiligen Pflegekontext abhängig. In einer kleinen ländlichen Gemeinde z.B. gehört dazu adäquates Personal, um eine sichere Umgebung zu gewährleisten. In der ambulanten Pflege und im Krankenhaussektor sind Zusammensetzung und Ausbildungsniveau des Personals wichtige Bestandteile einer optimalen Pflege.

Die Zahl der Beschäftigten bildet oftmals die Finanzierungsmöglichkeiten und nicht die Bedürfnisse von Personal oder Patienten ab. Das hat zur Folge, dass es häufig nur geringe Übereinstimmungen zwischen dem Bedarf an Pflegepersonal, den Bedürfnissen der Pflegekräfte und den Arbeitsvoraussetzungen gibt. Ein hoher Prozentsatz der Pflegekräfte in Kanada, den USA, Großbritannien und Schweden haben über einen so hohen Arbeitsdruck berichtet, dass er Auswirkungen auf die Patientenpflege hatte (Nolan, Lundh & Brown 1999; Shullanberger 2000; White 1997). Es gibt auch Belege dafür, dass ein niedriges Verhältnis von Pflegekraft pro Patient zu Komplikationen und schlechteren Heilungsergebnissen führt (Kovner & Gergen 1998; Lancaster 1997; Shullanberger 2000). Das ICN Tool Kit *Sichere Personalausstattung Rettet Leben* (ICN 2006) bestätigt, dass bessere Personalschlüssel mit

verbesserten Ergebnissen korrelieren (Aiken et al. 2002; Lancaster 1997). Das Tool Kit empfiehlt Strategien, die eingesetzt werden können, um eine sichere Personalausstattung voranzubringen. Eine umfassende gesetzliche Regelung, professionelle Rahmenbedingungen und effektive Strategien wurden zur Stärkung und Planung einer angemessenen Personalausstattung als sinnvoll erachtet (ICN 2006).

## **Materialien zur Personalzusammensetzung**

Es gibt umfangreiche Studien, die den Einfluss einer gemischten Personalzusammensetzung auf das Befinden der Patienten belegen. Die meisten gehen davon aus, dass sich mit dem Niveau der Ausbildung und der beruflichen Position des Pflegepersonals auch die Ergebnisse für die Patienten verbessern.

- Blegen, Goode und Reed (1998) stellten fest, dass ein höherer Anteil examinierten Pflegepersonals mit einer geringeren Häufigkeit an medizinischen Fehlern, weniger Druckgeschwüren und einer höheren Patientenzufriedenheit korrespondiert.
- In einer an 799 Krankenhäusern in 11 amerikanischen Staaten durchgeführten Studie wurde eine Relation zwischen einem höheren Anteil von Pflegeleistung durch examinierte Pflegekräfte und einer größeren Stundenzahl pro Patient mit besseren Patientenergebnissen in Zusammenhang gebracht.
- Sovie und Jawad (2001) stellten fest, dass eine höhere Stundenzahl von examiniertem Pflegepersonal für Patienten mit weniger Stürzen und einer größeren Zufriedenheit beim Umgang mit Schmerzen einherging.
- Eine in den USA von Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart und Zelevinsky durchgeführte Studie (2002), in der Daten aus einer Reihe verschiedener Krankenhäuser unterschiedlicher Staaten verwendet wurde, untersuchte die Beziehung zwischen Pflegepersonalschlüssel und negativen Patientenergebnissen. Die Ergebnisse zeigten, dass eine höhere Pflegestundenzahl durch examiniertes Personal und eine höhere Pflegestundenzahl durch examinierte Pflegekräfte pro Tag verbunden waren mit besseren Pflegeergebnissen bei Krankenhauspatienten.
- Person et al. (2004) stellte fest, dass Patienten mit einem akuten Myokardinfarkt eine geringere Mortalitätsrate in Krankenhäusern mit einem höheren Anteil an examiniertem Pflegepersonal hatten.
- In einer großen retrospektiven Untersuchung (Tourangeau, Giovanetti, Tu & Wood 2002) in Kanada an Patienten mit diagnostiziertem akuten Myokardinfarkt, Schlaganfall, Lungenentzündung und Sepsis, war eine geringere Todesrate innerhalb von 30 Tagen mit einem komplexeren Spektrum der Fähigkeiten des examinierten Pflegepersonals und mehr Jahren an Klinikerfahrung verbunden. Es gibt Hinweise darauf, dass eine höhere Qualifikation des examinierten Pflegepersonals mit besseren Patientenergebnissen korreliert (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane & Silber 2003).



**Der Pflegepersonalschlüssel.** In *The Global Nursing Shortage: Priority Areas for Intervention* [Der globale Pflegekräftemangel: Vordringliche Bereiche der Intervention, Anm. d. Übers.] (2005), berichtet der ICN darüber, dass "einige Staaten wie die USA und Australien neben einer Reihe weiterer Strategien, mit deren Hilfe Arbeitsbedingungen verbessert und dem Personal die Rückkehr in die Berufspraxis ermöglicht werden soll, und um eine sichere Personalausstattung und Pflege zu fördern, zu einem vorgeschriebenen Mindeststandard beim Personalschlüssel übergehen. Unmittelbar nach der Umsetzung von angeordneten Personalquoten in Victoria, Australien, bewarben sich 5.000 arbeitslose Pflegekräfte um Arbeit und die Besetzung der freien Stellen im Gesundheitssystem (Kingma 2006, S.225). Im Folgenden wurde in Untersuchungen, die im Auftrag der australischen Pflegekräftevereinigung ANF durchgeführt wurde, nachgewiesen, dass „über die Hälfte der Pflegekräfte in Victoria kündigen, vorzeitig in Rente gehen oder ihre Arbeitsstunden reduzieren würde, wenn die Mindeststandards beim Pflegepersonalschlüssel abgeschafft würden“ (ANF 2004, S.1)."

**Teamarbeit.** In jüngster Zeit wurde die Bedeutung von Teamarbeit für die Kontinuität in der Pflege hervorgehoben. Teams können interdisziplinär oder innerhalb einer Disziplin gebildet werden.

In vielen Teilen der Welt verhindern finanzielle oder andere Sachzwänge die Einstellung und den Einsatz von professionellen Pflegekräften in großer Zahl. Die Personalausstattung und das, was als sichere Personalausstattung aufgefasst wird, unterscheiden sich je nach den Bedingungen vor Ort. Pflegekräfte arbeiten mit diversen professionellen und nicht-professionellen im Gesundheitswesen Beschäftigten zusammen, vor allem in der häuslichen Pflege (ICN 2006). Rolle und Position des Pflegepersonals können sich in einem Krankenhaussetting in Nordamerika und Westeuropa voneinander unterscheiden. Allerdings wirken sich die Qualität der Beziehungen innerhalb der Arbeitsgruppe, ganz unabhängig von der Art der Pflegeleistung und der Interdisziplinarität des Teams, vermutlich auf das Wohlbefinden von Pflegekraft und Patient aus. Wenn qualitativ gute Pflege geleistet werden soll, sind die Faktoren, die Teamarbeit möglich machen, von großer Bedeutung. Das multinationale, multikulturelle Pflegeteam ist immer öfter anzutreffen. Das vom ICN und dem Ausschuss für Absolventen ausländischer Pflegeschulen eingerichtete Internationale Zentrum zur Migration von Pflegekräften hat eine Reihe von Workshops initiiert, welche die Integration der Pflegekraft mit Migrationshintergrund und der internationalen Pflegekraft unterstützt (siehe [www.intlnursemigration.org](http://www.intlnursemigration.org)).

Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist ebenfalls wichtig. Zu den unbefriedigenden und konkurrierenden Formen der Beziehung, die häufig zwischen Ärzten und Pflegekräften besteht, ist bereits viel geforscht worden. In einer verunsichernden

und streng hierarchisch geordneten Umgebung sind Pflegekräfte möglicherweise so eingeschüchtert, dass sie fehlerhafte bzw. missverständlich kommunizierte schriftliche bzw. mündliche Anweisungen nicht hinterfragen (Institute of Medicine 2000).

## **Aspekte der Sicherheit**

Ein sicherer Arbeitsplatz ist Voraussetzung für eine positive Arbeitsumgebung. Gefahren für Pflegekräfte und Patienten entstehen aus Arbeitsüberlastung, vermeidbaren Verletzungen und Gewalt am Arbeitsplatz.

**Arbeitsüberlastung.** Eine mangelnde Abstimmung zwischen dem der Pflegekraft abverlangten Arbeitspensum und dem, was sie sinnvoll leisten kann, gefährdet ihre Gesundheit und stellt ein Risiko für die Patienten dar. Zeitdruck, widersprüchliche Anforderungen, Unterbrechungen, mangelhafte Fähigkeiten und Kenntnisse und ungenügende bzw. unzugängliche Hilfsmittel werden durch ein großes Arbeitspensum verschärft.

Forschungsarbeiten von O'Brien-Pallas, Thomson, Alksnis und Bruce (2001) haben gezeigt, dass ein extremes Arbeitspensum zu einer beruflichen Überlastung (definiert als eine Kombination aus hohen beruflichen Anforderungen und einem geringen Entscheidungsspielraum) führt und legen den Schluss nahe, dass kurzfristige Produktivitätszuwächse langfristig hohe Gesundheitskosten zur Folge haben werden. In der Studie wurde eine starke Korrelation zwischen der geleisteten Überstundenzahl und den Krankheitszeiten festgestellt.

O'Brien-Pallas, Duffield, Tomblin Murphy, Birch und Meyer berichten in *Nursing workforce planning: mapping the policy trail* [Pflegepersonalplanung: Nachzeichnen des politischen Kurs', Anm. d. Übers.] (2005), dass: „ein extremes Arbeitspensum in vielen Ländern ein wesentliches Problem in Bezug auf Arbeit darstellt (Baumann et al. 2001; Canadian Nursing Advisory Committee 2002; Aiken et al. 2001) und dass dies in Australien als ein Grund von Pflegekräften dokumentiert ist, ihren Beruf vollständig aufzugeben (Duffield, O'Brien-Pallas & Aitken 2004b).“

Malvarez und Agudelo (2005) berichten von einer weiteren Studie über Pflegekräfte in Argentinien und Uruguay (Carrasco & Espejo de Vinas 2000), die auf eine „Beziehung zwischen der zugewiesenen Patientenzahl und den vorgefallenen Unfällen (von Patienten)“ hinwies, und aufzeigen konnte, „dass sich in der Gruppe mit einer höheren Patientenzahl (mehr als 30) die meisten Unfälle ereigneten“, ein für die Patientensicherheit relevanter Aspekt.

**Bemessung des Arbeitspensums.** Für viele Personalleiter ist es verlockend, ein Arbeitspensum mit dem Ziel der Produktivitätsoptimierung fest zu legen, ohne dabei das Wohlergehen von Pflegekräften und Patienten zu berücksichtigen. Weil viele Bereiche der Pflegearbeit aus den gegenwärtig eingesetzten Instrumenten zur Bemessung des Arbeitspensums ausgeschlossen sind, werden pflegerische Leistungen und Expertenwissen nicht angemessen berücksichtigt, gemessen bzw. vergütet (ICN 2004).

Die Forschung zur Arbeitsbelastung in der Pflege und zu Kriterien für einen Patienten-Personal-Schlüssel macht Fortschritte, allerdings befinden sich empirisch gestützte Ansätze auf theoretischer Grundlage und unter Einbeziehung der unterschiedlichen, das Arbeitspensum in der Pflege beeinflussenden Faktoren noch in der Entwicklung. Anstrengungen für die Schaffung von besseren Systemen müssen intensiviert werden, damit Personalplaner in die Lage versetzt werden, bessere Personalentscheidungen zu treffen.

*Weil viele Bereiche der Pflegearbeit aus den gegenwärtig eingesetzten Instrumenten zur Bemessung des Arbeitspensums ausgeschlossen sind, werden pflegerische Leistungen und Expertenwissen nicht angemessen berücksichtigt, gemessen bzw. vergütet (ICN 2004).*

Im Idealfall sollten Einrichtungen mit ungenügender Personalausstattung ihre Kapazitäten durch die Einstellung von weiteren Pflegekräften und die Schaffung von mehr Vollzeitstellen erhöhen. Sie sollten außerdem dafür sorgen, dass sich das Pflegepersonal auf die Patientenpflege konzentrieren kann, statt sich mit administrativen Aufgaben zu befassen. Daten belegen, dass die mit dem Patienten verbrachte Zeit abnimmt während gleichzeitig die für bürokratische Vorgänge aufgewendete Zeit zunimmt. Die Schaffung von leitenden Pflegepositionen wie die eines klinischen Koordinators ist von großer Bedeutung. Die Einstellung von zusätzlichem Büropersonal, Pflegepersonal und Pflegehilfpersonal trägt in einigen Ländern zur notwendigen Unterstützung rund um die Pflegeleistung bei.

**Vermeidbare Verletzungen.** Beschäftigte im Gesundheitsbereich leiden häufiger unter Muskel- und Skeletterkrankungen als andere Beschäftigungsgruppen. Insbesondere Pflegekräfte haben hohe Zerrungs- und Verstauchungsraten (Choi, Levitsky, Lloyd & Stones 1996). In verschiedenen Untersuchungen wurde eine Beziehung zwischen Personaldichte, Arbeitsüberlastung, Stress und Skelett- und Muskulaturverletzungen am Arbeitsplatz einer Pflegekraft festgestellt. Eine an 4.000 Beschäftigten im Gesundheitswesen von British Columbia, Kanada, durchgeführte Langzeitstudie zeigte, dass Arbeitsbelastung das Risiko für Skelett- und Muskulaturverletzungen sowie Schadensfälle erhöht (Koehoorn, Kennedy, Demers, Hertzman & Village 2000). In einer interdisziplinären Studie an schwedischen Pflegekräften

wurde festgestellt, dass starker Druck am Arbeitsplatz das Risiko für Rückenverletzungen erhöht (Ahlberg-Hult, Theorell & Sigala 1995).

Diese Daten belegen, dass die Arbeitsbedingungen und -praxis von Pflegekräften zu vermeidbaren Verletzungen führen. Bei vielen Pflegekräften kommt es zu Rückenverletzungen, wenn ihre Stationen nur knapp mit Personal ausgestattet sind und sie Patienten alleine heben müssen (Schindul-Rothschild, Berry & Long-Middleton 1996). Eine auf ein Jahr angelegte Studie zu Rückenverletzungen durch Überanstrengung bei 24.500 schwedischen Pflegekräften konnte zeigen, dass die meisten Vorfälle sich während eines Patiententransfers und meist dann ereigneten, wenn die Pflegekräfte allein arbeiteten, (Engkvist, Hagberg, Wigaeus Hjelm, Menckel & Ekenvall 1998).

Ausbildung und entsprechende Verfahren senken das Verletzungsrisiko. Aber auch organisatorische Faktoren spielen eine Rolle. (Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2005). In einer Untersuchung wurden höhere Zahlen bei Verletzungen durch Kanülen in Verbindung mit einem zeitlich befristeten Einsatz von Pflegepersonal gebracht, während eine geringere Verletzungsrate für die so genannten Magnetkrankenhäuser, d.h. Einrichtungen mit stabiler Personalausstattung und dem Ruf ein ausgezeichneter Arbeitsplatz für Pflegepersonal zu sein, charakteristisch ist. (Aiken, Sloan & Klocinski 1997).

*Es gibt viele Programme zur Sicherheit am Arbeitsplatz. Allerdings legt die Literatur nahe, dass sie dort erfolglos bleiben, wo Arbeitsdruck und Personalinstabilität gefährliche Arbeitspraktiken zur Folge haben.*

Daraus kann geschlossen werden, dass Strategien zur Verringerung des Arbeitspensums zu einer Abnahme der Verletzungsrate führen. Es gibt viele Programme zur Sicherheit am Arbeitsplatz. Allerdings zeigt die Literatur, dass sie dort erfolglos bleiben, wo Arbeitsdruck und Personalinstabilität gefährliche Arbeitspraktiken zur Folge haben. Das Material aus der Feldforschung legt nahe, dass eine schlechte Arbeitsplatzgestaltung, unzureichende Ausrüstung und Materialmängel das Risiko von Verletzungen bei Pflegekräften erhöht und dass diese Verletzungen durch eine Ausstattung z.B. mit Krankenhafliften vermieden werden könnten (Baumann et al. 2001).

In den Richtlinien des ICN zu Gesundheit und Sicherheit in der Beschäftigung (2007) wird berichtet, dass „...davon auszugehen ist, dass die Gefahr, mit biologischen Risiken wie HIV, Hepatitis B und C in Kontakt zu kommen, einen ernstzunehmenden Einfluss auf die Pflege hat. In den Ländern mit den weltweit höchsten HIV-Raten werden Pflegekräfte im Durchschnitt zwei bis vier Mal pro Jahr durch Kanülen verletzt und erhöhen dabei ihr Risiko sich mit HIV, Hepatitis B und C anzustecken. Eine Untersuchung an Beschäftigten im Gesund-

heitswesen in drei indischen Krankenhäusern berichtet davon, dass 60% von 100 Befragten (von denen 35 Pflegekräfte waren) bestätigen, dass der Kontakt mit Blut pro Woche und ohne eine persönliche Schutzausrüstung von „häufig“ bis „dauernd“ vorkam.

Neun der 35 Pflegekräfte sagten, dass Verletzungen durch scharfkantige Instrumente oder zerbrochene Glasgegenstände ohne den Schutz durch eine persönliche Schutzausrüstung alltägliche Erscheinungen waren (PRIA 2005) ... Der unterlassene Schutz der Pflegekräfte hat Auswirkungen auf die Patientenpflege. Unfälle und Verletzungen, die sich negativ auf die Personalerhaltung und –einstellung auswirken, führen zu Fehlern, gefährden die Patientensicherheit und gefährden das Behandlungsergebnis des Patienten.“

**Gewalt am Arbeitsplatz.** Gewalt am Arbeitsplatz ist für viele Pflegekräfte Realität. Zu den potentiellen Tätern zählen Arbeitskollegen, andere Beschäftigte, Patienten oder deren Angehörige. In einer Umfrage an ausgewählten Krankenhäusern in British Columbia und Alberta wurde von einer hohen Rate physischer bzw. verbaler Gewalt in den letzten fünf gearbeiteten Schichten berichtet (Duncan et al. 2001). Es ist allerdings schwierig, die Verbreitung von Gewalt am Arbeitsplatz zu bewerten, weil sie nicht eindeutig definiert ist und eher verschwiegen wird (Health Care and Health Safety Association of Ontario 2001).

Viele Gesundheitseinrichtungen streben eine gewaltfreie Umgebung an und haben ihre Sicherheitsmaßnahmen erhöht. Andere Pflegekräfte (z.B. diejenigen, die in kleinen Krankenhäusern mit geringen Finanzmitteln arbeiten), sind weiter gefährdet (Baumann, Hunsberger, Blythe & Crea 2006).

Das *ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector*, also das gemeinsame Programm von ILO/ICN/WHO/PSI zu Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitssektor, hat Fallstudien in repräsentativen Ländern weltweit in Auftrag gegeben und Richtlinien und ein Trainingshandbuch entwickelt ([www.icn.ch](http://www.icn.ch)). Eigenartigerweise ist gerade der Gesundheitssektor dem Phänomen Gewalt am Arbeitsplatz stärker ausgesetzt als jeder andere. In Schweden trat annähernd ein Viertel der berichteten Fälle von Gewalt am Arbeitsplatz in Gesundheitseinrichtungen auf, während Einzelhandel, Polizei, Vollzugsanstalten und Bankwesen jeweils nur mit fünf Prozent vertreten waren.

Untersuchungen im Rahmen des *Joint Programme* bestätigen, dass Gewalt am Arbeitsplatz weltweit ein berufliches Risiko im Gesundheitssektor darstellt, von staatlichen Gesundheitsbehörden zunehmend als Problem erkannt wird und sowohl die Menschenrechte als auch die Rechte der Arbeitnehmer verletzt. Fallstudien aus Australien, Brasilien, Bulgarien, dem Libanon, Portugal, Südafrika und Thailand unterstreichen das Risiko der im Gesundheitswe-

sen Beschäftigten, insbesondere der Sanitäter und des Pflegepersonals. Um ein besseres Verständnis dafür zu bekommen, wie Arbeitsplatzsicherheit erhöht werden kann, bedarf es einer breiteren internationalen Berichterstattung zu diesem Thema. In der Vergangenheit konzentrierten sich die Präventionsmaßnahmen auf eine Schulung der Pflegekräfte. Allerdings wächst die Überzeugung, dass von Einrichtung und Umgebung abhängende Faktoren (z.B. Arbeitsplatzgestaltung, Patientenfluss, Managementstil, Abteilungsstruktur, Lärm und Hitzepegel) ebenfalls angesprochen werden müssen, um die anwachsende Spirale der Gewalt am Arbeitsplatz zu stoppen.

Rahmenrichtlinien gegen die Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen und ein begleitendes Trainingshandbuch wurden im Zuge des *Joint Programme* entwickelt und sind kostenlos erhältlich ([www.icn.ch](http://www.icn.ch)). Der ICN verwendet diese Materialien gemeinsam mit dem norwegischen Verband der Pflegekräfte (Norwegian Nurses Organization), um mit fünf afrikanischen Verbänden von Pflegekräften an einer Verringerung von Gewalt am Arbeitsplatz in deren Ländern zu arbeiten. Aktivitäten in Botswana, Lesotho, Mauritius, Swaziland und Tansania sind bereits in Vorbereitung – zur Schärfung des Bewusstseins von Beschäftigten im Gesundheitswesen, Politikern und der Öffentlichkeit; zur Dokumentation von Vorkommen und Art der Übergriffe; zur Entwicklung von Positionspapieren und politischen Strategien und zur Einführung von lokalen Strategien zu deren Reduktion.

## **Praxisbeispiel: Bekämpfung und Prävention von Gewalt am Arbeitsplatz**

Nach dem Workshop zu *Gewalt am Arbeitsplatz* im März 2006, hat der Verband der Pflegekräfte von Mauritius eine Reihe von Maßnahmen durchgeführt, um sich mit diesem Thema auseinander zusetzen.

- ✓ Regelmäßige Treffen mit Teilnehmern von *Gewalt am Arbeitsplatz*, um deren Aktivitäten an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz zu begleiten und auszuwerten.
- ✓ In allen 11 Krankenhäusern der Insel wurde ein Anti-Gewalt Ausschuss eingerichtet, der jeden Monat zusammentritt, um den erreichten Fortschritt zu bewerten und gegebenenfalls Aktionen in die Wege zu leiten.
- ✓ Ein Buch zur Dokumentation von Gewalt, das in Stationen und Abteilungen aller Krankenhäuser ausliegt, um Pflegekräfte und Hebammen zu ermutigen, alle Vorfälle gegen sie gerichteter verbaler oder physischer Gewalt zu dokumentieren.
- ✓ Besuche in verschiedenen Krankenhäusern durch einen staatlichen Vertreter zur Überprüfung der Fortschritte.
- ✓ Eine Kampagne mit Postern und Schriften in allen Abteilungen und Einheiten der Gesundheitseinrichtungen des Landes.
- ✓ Verschiedene Treffen mit den offiziellen Vertretern des Gesundheitsministeriums, um Gewaltthemen zu diskutieren, wie das NNO/SANNAM/ICN-Projekt zur Förderung von Nulltoleranz bei Gewalt am Arbeitsplatz.
- ✓ Eine Partnerschaft, die zusammen mit dem Gesundheitsministerium entwickelt wurde und die regionalen Gesundheitsdirektoren angewiesen hat, die Aktivitäten des Pflegeverbands in den Gesundheitseinrichtungen zu unterstützen und mit ihnen zusammenzuarbeiten.
- ✓ Zusammenarbeit mit den Medien, um ein öffentliches Bewusstsein für die negativen Folgen von Gewalt auf die Beschäftigten des Gesundheitswesens zu entwickeln.

Das Klima in einem Unternehmen bezieht sich auf die Wahrnehmungen, die von allen Mitarbeitern in Bezug auf ihre Umgebung geteilt werden. Trotz dieser Generalisierung ist „Unternehmensklima“ ein sinnvoller Terminus zur Beschreibung und für das Verständnis von Aspekten, die im Zusammenhang mit der Arbeitsumgebung stehen (Al-Shammari 1992). Wenn Einzelne über das Unternehmensklima berichten, bilanzieren sie ihre Erfahrungen bzw. Wahrnehmungen in Bezug auf die Erfahrungen anderer, so dass eine kognitive Karte des Unternehmens erstellt werden kann (Al-Shammari 1992). Die Vorstellung vom Unternehmensklima ist eng verbunden, jedoch nicht identisch mit Wahrnehmungen in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit, eine Unternehmenskultur und den Führungsstil.

#### **Welches sind die Merkmale für das Klima?**

Der Begriff Klima ist ein facettenreicher Ausdruck zur Beschreibung des Charakters einer Einrichtung. Kultur und Klima werden fast synonym zur Beschreibung von Werten, Überzeugungen, der Philosophie und den Bräuchen einer Einrichtung gebraucht (Al Shammari 1992). Allerdings werden zur Untersuchung der Unternehmenskultur generell qualitative Methoden angewendet, wohingegen quantitative Methoden zur Untersuchung des Klimas eingesetzt werden. Viele Eigenschaften eines Arbeitsplatzes können auf das Klima in der Einrichtung zurückgeführt werden. Drei für eine positive Arbeitsumgebung wesentliche Eigenschaften sind (1) ein Klima der Sicherheit für Pflegekräfte und Patienten; (2) ein Klima, in dem lebenslanges Lernen von Seiten der Einrichtung unterstützt wird; (3) ein Klima der Führungsverantwortung.

*Viele Eigenschaften eines Arbeitsplatzes können auf das Klima in der Einrichtung zurückgeführt werden. Drei für eine positive Arbeitsumgebung wesentliche Attribute sind eine Sicherheitskultur für Pflegekräfte und Patienten, Unterstützung für lebenslanges Lernen von Seiten der Einrichtung und Führungsverantwortung.*

**Sicherheitsklima für Pflegekräfte und Patienten.** Der Begriff Sicherheitsklima wird universell akzeptiert und häufig in Zusammenhang mit Sicherheitskultur verwendet, wobei dazwischen kaum oder gar keine Unterschiede gemacht werden (Cox & Flin 1998; Mearns & Flin 1999). Für beide liegt eine Vielzahl an Definitionen vor. Obwohl diese Bandbreite an Definitionen existiert, legt die Auswertung verschiedener Berichte nahe, dass es mindestens fünf allgemeine Komponenten bzw. Indikatoren einer Sicherheitskultur gibt (Wiegmann, Zhang, von Thaden, Sharnam & Mitchell



2002): Identifikation mit der Einrichtung, Engagement des Managements, Stärkung der Mitarbeiter, Systeme zur Anerkennung und Meldesysteme.

Der Komplex Sicherheitsklima umfasst die Sicherheit innerhalb der Einrichtung und Sicherheit in Bezug auf Strategien, Verfahren und Entlohnung (Brown & Leigh 1996). Die Sicherheit innerhalb des Unternehmens bezieht sich sowohl auf physische wie auch psychologische Aspekte. Zu den physischen Aspekten gehören die Ausstattung mit angemessener Ausrüstung, sichere materielle Strukturen und eine geeignete Arbeitsumgebung. Die Komponenten der psychologischen Sicherheit beinhalten Belohnungen für Beschäftigte, und sorgen dafür, dass Mitarbeiter ohne Angst vor negativen Folgen Fragen stellen können. Das Sicherheitsklima wurde vor kurzem in sieben bedeutenden Studien thematisiert, die der Sicherheit oberste Priorität auf der Gesundheits- und Arbeitsagenda einräumen. In der wichtigen kanadischen Studie zu Komplikationen, der *Canadian Adverse Events Study* (Baker et al. 2004), wurde damit begonnen, der Sicherheit in allen Bereichen des Gesundheitswesens Aufmerksamkeit zu schenken. Griffin und Neal (2000) haben das Sicherheitsklima als eine Vorstufe für eine sichere Leistung beschrieben.

Untersuchungen zur Patientensicherheit dokumentieren eine Verbindung zwischen einem Klima, das von Konkurrenz und Beleidigungen innerhalb einer Einrichtung und der Angst, Fehler zu melden bzw. Beinahe-Fehler und Komplikationen zu melden, geprägt ist. Verletzendes Verhalten wird häufig verschwiegen, weil nicht davon ausgegangen wird, dass Präventivmaßnahmen ergriffen werden. Negative Einstellungen, negatives Verhalten und schlechte Pflege werden auf diese Weise wiederholt und beeinflussen nicht nur das Patientenergebnis, sondern auch die Anwerbung von Beschäftigten des Gesundheitswesens und deren Erhalt für die Einrichtung.

**Ausbildungsklima.** Ein Klima, das Lernen unterstützt, stellt die Weichen für eine positive und sichere Arbeitsumgebung. Wenn Unternehmen das Konzept für ein lebenslanges Lernen dadurch stärken, dass sie die professionelle Weiterentwicklung und den gegenseitigen Austausch von Wissen unterstützen, verwandeln sie sich in Lehreinrichtungen. In einem solchen, das Lernen unterstützenden Klima, haben die Arbeitgeber begriffen, welche Bedeutung Zeit, Einsatz und Mittel für die berufliche Förderung ihrer Mitarbeiter und für die Verbesserung von deren Kenntnissen, Fähigkeiten und Urteilskraft haben.

*Wenn Unternehmen das Konzept für ein lebenslanges Lernen dadurch stärken, dass sie die professionelle Weiterentwicklung und den gegenseitigen Austausch von Wissen unterstützen, verwandeln sie sich in Lehreinrichtungen.*

In den vergangenen Jahren wurde von professionellen Institutionen das Konzept der reflektierenden Praxis gefördert. Hier wird eine schriftliche Zusammenfassung von Themen aus der Praxis, welche das Jahr über eine Rolle gespielt haben, durch Pflegekräfte ausgearbeitet. Der Einsatz von Tagebüchern erlaubt es den Pflegekräften, ihre Arbeit in einer sicheren Umgebung zu reflektieren. Dieser Ansatz macht es für Einzelne und Teams möglich, Rückmeldungen von Kollegen und Patienten zu bekommen.

**Klima der Führungsverantwortung.** Die Führung ist für den Umgangston in einer Einrichtung verantwortlich (Al Shamari 1992). Die Leitungsebene liefert die Vorstellung von den Zielen einer Einrichtung und einen Plan, wie diese realisiert werden können. Sie ist dafür verantwortlich, dass Motivation, Mittel, Wissen und Fähigkeiten, die zur Erreichung der Zielvorgaben benötigt werden, zur Verfügung stehen.

Lowe (2004) zeigt auf, dass das Engagement des Topmanagements von großer Bedeutung für eine positive Arbeitsumgebung ist und Führung erkennbar sein muss. Mitarbeiter beurteilen ein Unternehmen nach den Handlungen seiner Geschäftsführung und des Vorstands. Im Allgemeinen wächst das Engagement von Pflegekräften, die in einer Einrichtung mit positivem Klima arbeiten, für die Einrichtung, außerdem kündigen sie seltener. Personen, deren Werte mit denen der Einrichtung, für die sie arbeiten, übereinstimmen, zeigen bessere Leistungen und eine größere Zufriedenheit mit ihrer Arbeit, als diejenigen, deren Werte abweichen (Downey, Hellriegel & Slocum 1975).

Die Führungsstrukturen müssen im ganzen Unternehmen präsent sein und Leiter von Betriebszweigen mit einschließen. In Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass gute Leitungskräfte in der Pflege den Gruppenzusammenhalt fördern und zum Stressabbau beitragen können (Leveck & Jones 1996); es ist auch belegt, dass durch eine Führung, die die Pflegekräfte unterstützt und zu eigenverantwortlichem Handeln anhält, die Personalfuktuation abnimmt (Laschenger, Wong, McMahon & Kaufmann 1999; Kramer & Schmallenberg 1988; Morrison, Jones & Fuller 1997). Wilson und Laschinger (1994) fanden heraus, dass die Ansichten von Pflegekräften über ihren Zugang zu Verantwortung und Möglichkeiten in ihrer Arbeit davon abhing, wie sie die Macht der Führungskräfte wahrnahmen. Eine gute Leitung in allen Bereichen einer Einrichtung setzt voraus, dass Mittel für Weiterbildung, Zeit und Anreize von Führungskräften und Managern sowie andere Unterstützung für die Initiierung von nachhaltigen Verbesserungen zur Verfügung stehen (Lowe 2004).

*Wenn das Klima einer Einrichtung die Eigenständigkeit der einzelnen Mitarbeiter fördert, äußern die Pflegekräfte eine größere Arbeitszufriedenheit; das Befinden der Patienten wird besser.*

Führungseigenschaften in positiven Arbeitsumgebungen beschränken sich nicht auf formale Führungskräfte. Untersuchungen in so genannten Magnetkrankenhäusern zeigen, dass Pflegekräfte in einer positiven Arbeitsumgebung autonom handeln, ihre Arbeitskraft voll entfalten und initiativ sein können. Es liegt im eigenen Interesse einer Einrichtung, von den gesamten Kompetenzen ihrer Mitarbeiter voll Gebrauch zu machen. Wenn das Klima einer Einrichtung die Eigenständigkeit der einzelnen Mitarbeiter fördert, äußern die Pflegekräfte eine größere Arbeitszufriedenheit; das Befinden der Patienten ist besser (Aiken et al. 2002; McClure 2005).

Das Programm Leadership For Change™ [Führungskräfte für Veränderung, Anm. d. Übers.] (LFC) des ICN trägt dazu bei, Pflegekräfte zu effektiven Leitungs- und Führungskräften in einem sich unablässig verändernden Gesundheitssystem weiterzubilden. Wenn Pflegekräfte über starke Führungsqualitäten verfügen, profitieren davon Gesundheitssysteme und Patienten. Das Programm Leadership For Change™ zielt darauf ab, den Beitrag der Pflegekräfte zur Gesundheitsversorgung zu stärken und durch geeignete und auf Eigeninitiative beruhende Führungsstrategien Patientensicherheit und qualitativ gute Pflege zu fördern.

Ein starkes und positives Unternehmensklima ist wichtig, da es Übereinstimmungen im Verhalten (Dickson, Resick & Hagnes 2006) auf der Grundlage gemeinsamer Wahrnehmungen fördert. Es schafft insbesondere einen Kontext für die Integration neuer Mitarbeiter. Arbeitsplätze im Pflegebereich mit einem schlechten Klima gefährden den Patienten und setzen das Pflegepersonal einem größeren Risiko für Burnout und Fehlzeiten aus. Pflegekräfte sollten sich bewusst mit dem Klima ihrer Einrichtung auseinandersetzen, um festzustellen, ob es mit ihrem beruflichen und persönlichen Arbeitsethos übereinstimmt, ihre Rolle und Leistungen unterstützt und die Sicherheit fördert. Das Projekt *Leadership in Negotiation* unterstützt seit Jahrzehnten Nationale Pflegeverbände bei der Schulung von Pflegeführungskräften am Arbeitsplatz, die in der Lage sind, Gefahren in Beschäftigung und Leistung zu erkennen und sie zu verringern.

## Kapitel 4

### Global relevante Themen des Arbeitslebens

Pflegekräfte gehen ihrer Arbeit in einer großen Bandbreite unterschiedlicher Umgebungen nach. Das reicht von kleinen, ländlichen und von Pflegekräften betriebenen Krankenhäusern in Südafrika und medizinischen Außenposten in Nordkanada bis hin zu städtischen Abteilungen für Intensivmedizin in den USA. Ausstattung und Material können sowohl rudimentär (z.B. ein Thermometer und einige Basismedikamente) als auch hochkomplex (z.B. das modernste digitale Bildgebungsverfahren) sein. Eine Pflegekraft kann sowohl als Mitglied eines interdisziplinären Teams in großen Lehrkrankenhäusern als auch in entlegenen Gebieten wie in Nordpakistan allein auf sich gestellt arbeiten.

Unabhängig von der Umgebungssituation wirkt sich eine positive Arbeitsumgebung unterstützend auf ihre berufliche Aufgabe, die Pflege von Patienten, aus. Mangelt es einer Pflegekraft an der für ihre Arbeit notwendigen Unterstützung, kann sie kein optimales Patientenergebnis erreichen. Stattdessen könnte sie sich entmutigen lassen, die Arbeitsstelle kündigen oder gar den Beruf wechseln.

Ein bedeutender Teil des Bruttoinlandsprodukts fließt in vielen Ländern häufig in das Gesundheitswesen. Da zwischen den einzelnen Ländern allerdings große Unterschiede in Bezug auf ihren Reichtum bestehen, differieren die absolut aufgewendeten Mittel für das Gesundheitswesen erheblich. Die Unterschiede in Bezug auf die Ressourcen für Einrichtungen, Leistungen oder Gehälter beeinflussen die globale Migration von Gesundheitspersonal, wie z.B. Pflegekräften. Migranten ziehen in der Regel innerhalb eines Landes aus ländlichen in urbane Regionen und international in industrialisiertere Länder (Kingma 2006). Dieser Prozess hinterlässt seine Spuren im Arbeitspensum in den Gebieten, aus denen Beschäftigte des Gesundheitswesens abgewandert sind. Die Konsequenz aus

#### **Das Verhältnis Pflegekraft je Einwohner weltweit**

*Weltweit betrachtet gibt es große Unterschiede in Bezug auf das Verhältnis von Pflegekräften pro Kopf der Bevölkerung, die von einem Verhältnis von 10 Pflegekräften auf 100.000 Einwohner bis zu mehr als 1.000 Pflegekräften je 100.000 Einwohner reichen. Das durchschnittliche Verhältnis liegt in Europa, der Region mit den besten Raten, um das zehnfache über dem der Regionen mit den niedrigsten Raten (Afrika und Südostasien). Allerdings müssen die Quoten ins Verhältnis zu den Anteilen gesetzt werden, die andere Angehörige medizinischer Berufe in der Zahl der Beschäftigten einnehmen. In Südamerika gibt es beispielsweise viel mehr Ärzte im Verhältnis zur Zahl der Pflegekräfte, als in Nordamerika und Europa (ICN, undatiert).*

einer geringeren Arbeitskräftekapazität oder Arbeitskräftefehlverteilung ist eine stärkere Arbeitslast für diejenigen, die im System zurückbleiben (Buchan & Calman 2004).

Trotz der Korrelation zwischen der Höhe der Ausgaben für das Gesundheitswesen und den Migrationsraten wird die Frage, ob eine Pflegekraft geht oder nicht, von anderen Faktoren beeinflusst.

- In vielen Ländern und Kulturen gibt es nach wie vor geschlechtsspezifische Diskriminierungen, wenn z.B. Pflege als „Frauenarbeit“ unterschätzt oder abgewertet wird.
- Häufiges Vorkommen von Gewalt am Arbeitsplatz und fehlender wirksamer Schutz vor Ansteckungen können sich in einigen Ländern auf die Personalfluktuationsrate auswirken (Buchan & Calman 2004). So haben Pflegekräfte in einigen afrikanischen Ländern beispielsweise ein hohes Risiko, sich mit AIDS zu infizieren (Kingma 2006).
- Die Belastung mit Überstunden oder durch Gefährdungen kann bei Pflegekräften das Gefühl erzeugen, nicht genügend respektiert und geschätzt zu werden.

Die Mittel, die von den nationalen Gesundheitssystemen zur Verfügung gestellt werden können, sind begrenzt. Daraus folgt, dass es von grundlegender Bedeutung ist, dass sie die ihnen zur Verfügung stehenden Mittel sinnvoll einsetzen und sich auf Bereiche der Gesundheitsversorgung konzentrieren, die sich durch höhere Effizienz, bessere Zusammenarbeit und höhere Investitionen in das medizinische Personal noch verbessern lassen.

Länder, die relativ erfolgreich dabei sind, ihre in der Pflege Beschäftigten zu halten, teilen einige Gemeinsamkeiten (Baumann, Yan, Degelder & Malikov 2006). Ein Vergleich in Bezug auf Personalerhaltung in Kanada, Großbritannien, Uganda und Thailand hat gezeigt, dass jedes Land hohe Investitionen in seine Gesundheitssysteme getätigt hatte und allgemeine gesundheitspolitische Rahmenrichtlinien für den Umgang mit Themen wie der verstärkten Anwerbung von Pflegepersonal, einer breiter angelegten Rolle von Pflegehilfskräften und die Unterstützung von Weiterbildung besaß. In Uganda und Thailand wurden die Gehälter der Pflegekräfte erhöht und dem Arbeitsort mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Kanada und Großbritannien setzten auf Strategien, zu denen auf Arbeitsplätze im Gesundheitswesen gerichtete Initiativen gehörten, wie z.B. Mietzuschüsse, erweiterte Kinderbetreuungsmöglichkeiten, flexiblere Arbeitszeiten und Weiterbildung.

## **Praxisbeispiel: Realisierte Innovationen**

In afrikanischen Staaten südlich der Sahara arbeiten der ICN und die Stephen Lewis Stiftung gemeinsam mit nationalen Pflegeverbänden und Becton Dickinson & Company daran, Beschäftigten des Gesundheitswesens und ihren Familien Betreuungszentren zur Verfügung zu stellen. Ziel ist es, notwendige Mittel und Material "für die Erhaltung von Gesundheit, Motivation und Produktivität der Beschäftigten im Gesundheitswesen zur Stärkung der Gesundheitsversorgung" zur Verfügung zu stellen (ICN 2006). Die Betreuungszentren bieten eine Reihe von Dienstleistungen an, wie HIV- und Tuberkulose-Tests, -beratungen und -behandlungen; vorgeburtliche Leistungen, wie der Verhinderung einer Übertragung von Mutter zu Kind (PMTCT); Stressmanagement; Prophylaxe nach einem potentiellen Infektionsrisiko; ein Screening für chronische Erkrankungen und ein Ausbildungs- bzw. Ressourcen-/Wissenszentrum zur kontinuierlichen beruflichen Weiterbildung. Ziel ist, sich um die Beschäftigten im Gesundheitswesen zu kümmern, so dass sie ihre Patienten und Dörfer im Gegenzug ebenfalls besser betreuen können.

## Kapitel 5

### Was können nationale Pflegeverbände tun?

Bemühungen auf nationaler Ebene können bei der Verbesserung der Arbeitsumgebung von Pflegekräften eine große Rolle spielen. Auf nationaler Ebene vertreten Berufsverbände und Aufsichtsbehörden die Interessen der Pflegekräfte und Patienten gleichermaßen. Pflegeverbände als Interessenvertreter:

- setzen sich aktiv für eine Gesetzgebung und gesetzliche Regelungen ein, die den notwendigen Schutz der Berufsangehörigen regeln (Rowell 2003); und
- bemühen sich, „eine förderliche und mit den notwendigen Mitteln ausgestattete Arbeitsumgebung, sowie ein Gesundheitssystem, in dem das Fachwissen aller an dem auf den Patienten ausgerichteten Entscheidungsfindungsprozess Beteiligten berücksichtigt wird, herbeizuführen“ (Rowell 2003).

Ihr Ziel wird durch die Entwicklung entsprechender Strategien zum Umgang mit zentralen Gesundheits- und Sicherheitsaspekten (z.B. einer angemessenen Personalausstattung, der Meldung von Komplikationen und dem Schutz von Personen, die unerwünschte Ereignisse, Fehler oder vermeintliche Fehler öffentlich machen) und zur Förderung einer positiven Arbeitsumgebung ergänzt.

In dem im vorangegangenen Kapitel erwähnten Vier-Länder-Vergleich wurde festgestellt, dass es in Ländern mit einer hohen Personalerhaltungsquote (d.h. Uganda, Großbritannien, Kanada und Thailand) eine funktionierende Gesundheitsstrukturpolitik gab. Alle Länder stellten Mittel für die Ausbildung zur Verfügung, trugen für eine Stärkung der Position der Pflegekraft Sorge und schufen Bedingungen zum Abbau von Gewalt und zur Etablierung von Kommunikationsstrukturen für die Verbesserung von Arbeitsbedingungen (Bauermann, Yan et al. 2006).

*Stabile, nationale Rahmenrichtlinien als Grundlage für die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften und allen Beschäftigten sind von großer Bedeutung. Diese Richtlinien können als Richtschnur für die Entwicklung von Leitlinien auf Verbands- bzw. Einrichtungsebene dienen.*

Stabile, nationale politische Rahmenvereinbarungen als Grundlage für die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften und allen Beschäftigten sind von großer Wichtigkeit. Diese politischen

Grundlagen können zur Entwicklung von Richtlinien auf Verbands- bzw. Einrichtungsebene verwendet werden. Der beispielsweise vom britischen Gesundheitsministerium ausgearbeitete, so genannte Standard zur Verbesserung des Arbeitslebens, der *Improving Working Lives Standard* (IWL) setzt Maßstäbe, die von allen Arbeitgebern im britischen Gesundheitswesen, dem National Health Service (NHS) einzuhalten sind (Baumann, Yan et al. 2006) und zeigt gesunde Arbeitsplatzpraktiken. Der IWL unterstützt die Prinzipien des NHS wie beispielsweise im Zusammenhang mit Nulltoleranz bei Gewalt gegen Beschäftigte (*National Task Force on Violence Against Social Care Staff* [Die nationale Arbeitsgruppe zur Gewalt gegen Beschäftigte in Sozialberufen, Anm. d. Übers.] 2001).

Auf Regierungsebene spielen die überregionalen Pflegeverbände eine Schlüsselrolle, indem sie sich für die Anerkennung der Bedeutung von umfassenden Arbeits- und Gesundheitsregelungen einsetzen. Sie entwickeln nationale Standards und Strategien, die ein gesundes Arbeitsumfeld unterstützen und etablieren Mechanismen zur Überwachung von Arbeitsplatzrichtlinien. Sie ermutigen spezielle Interessengruppen und/oder geben ihr Wissen über die besten Praktiken weiter.

## Empfehlungen

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung von positiven Arbeitsumgebungen sollten Berufsverbände für Pflegekräfte:

- bestehende lokale und nationale Strategien zu Arbeitsbedingungen definieren.
- für Politiker die Verbindung zwischen Patientensicherheit und einer positiven Arbeitsumgebung herstellen.
- alle wichtigen Informationsblätter und Positionspapiere, die auf internationaler Ebene existieren, sammeln.
- die Aktivitäten von Pflegekräften unterstützen und sie befragen, um die wichtigsten Themen mit Handlungsbedarf zu eruieren.
- Richtlinien entwickeln, die Aspekte bestimmter Arbeitsbedingungen behandeln.
- Informationsmaterial zur besten Arbeitspraxis verteilen.
- Kommunikationspläne ausarbeiten, die sich auf Aspekte der Arbeitsumgebung konzentrieren.
- Ausschüsse auf Unternehmensebene einsetzen, die sich auf Themen im Zusammenhang mit der Arbeitsumgebung konzentrieren.
- das ICN Tool Kit zur Sammlung von Hintergrundmaterial einsetzen, um Forderungen und/oder Positionspapiere zu unterstützen.



- wirksame Argumente für den Kauf und die Erhaltung von Sicherheitsausrüstung und die Mechanismen für deren Entsorgung im Gesundheitswesen (z.B. die Entsorgung von Kanülen) darstellen.
- sich in Ausschüssen einzelner Einrichtungen engagieren, die Probleme im Zusammenhang mit der Arbeit untersuchen und effektive Strategien zum Umgang mit den Anforderungen initiieren.
- Lobbyarbeit für positive Arbeitsumgebungen und eine Verbesserung der Personalerhaltung bei Arbeitgebern und Einrichtungen betreiben.
- sich zu Gunsten einer angstfreien Berichterstattung einsetzen, um die Identifikation von problematischen Praktiken und Handlungsmöglichkeiten zu deren Beseitigung zu fördern.
- die Verbesserung von Initiativen für einen gesunden Arbeitsplatz in die bestehenden Personalbestandsplanungen und die Vorstellungen der Einrichtung integrieren.

# **TOOL KIT**

**ARBEITSPLATZ PFLEGE:  
MIT QUALITÄT ARBEITEN =  
MIT QUALITÄT PFLEGEN**

## Instrument zur Bewertung einer Arbeitsumgebung in der Pflege

Die folgenden Fragen zielen darauf ab, Denk- und Entwicklungsstrategien anzuregen, die zu positiven Arbeitsumgebungen führen. Je nach Pflegeprofil unterscheiden sich die einzelnen Organisationen bzw. Gesundheitseinrichtungen voneinander. Infolgedessen sind die Antworten auf die Fragen immer individuell anzupassen zum jeweiligen Setting.

### **Einrichtungen**

- Werden die Pflegekräfte in der Umgebung/Einrichtung als Fachkräfte anerkannt?
- Werden die Pflegekräfte für ihre Arbeit angemessen entlohnt?
- Ist in der Pflege beruflicher Aufstieg möglich?
- Erlauben die Arbeitsbedingungen die optimale Rekrutierung und Erhaltung von Pflegepersonal?
- Gibt es in der Einrichtung Grundsätze, die als Richtschnur für die Arbeitsumgebung dienen?
- Gibt es Strategien in der Arbeitsumgebung/der Einrichtung zum Umgang mit Gefährdungen und zur Förderung von Sicherheit am Arbeitsplatz?
  - Wird die Umsetzung dieser Strategien überprüft?
  - Werden die Strategien regelmäßig überprüft und gegebenenfalls überarbeitet?
- Steht Sicherheitsausrüstung zur Verfügung und befindet sie sich in gutem Zustand?
- Werden Missstände aufgedeckt und effektiv bearbeitet?
- Gibt es eine Möglichkeit für die anonymisierte Weitergabe von Informationen? Gibt es Verfahren, die den Informanten schützen?
- Gibt es Strategien, die es den Pflegekräften ermöglichen, selbst über ihre Arbeit und den Dienstplan zu entscheiden?
- Gibt es Strategien, die Vorhersehbarkeit und Spezifizierung der Arbeitstätigkeit zulassen?
- Gibt es Grundsätze für Personalerhalt und -anwerbung bzw. -einstellung?
- Wirken sich Personalfluktuaton und unbesetzte Stellen außerordentlich bzw. negativ auf das Patientenergebnis aus?
- Gibt es Maßnahmen zur Anerkennung und Belohnung?
- Gibt es grundsätzliche Strategien zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz?
- Ist das Personal am Entscheidungsfindungsprozess der Einrichtung beteiligt?

### ***Pflegekraft***

- Handelt das Pflegepersonal auf der Grundlage eines umfassenden ethischen Kodex?
- Ist die Kommunikation zwischen Pflegekräften und den anderen beteiligten Berufsgruppen gut?
- Gibt es Anerkennungen/Anreize für Pflegekräfte, die sich durch eine besondere Fähigkeit zur Kommunikation mit den anderen Pflegekräften bzw. anderen Disziplinen auszeichnen?
- Gibt es Programme zur Förderung der individuellen Gesundheit?
- Gibt es eine angemessene materielle Unterstützung bzw. Ausstattung zur Förderung der sicheren Arbeitspraxis?
- Stehen den Pflegekräften Strategien zur Bewältigung des Arbeitspensums zur Verfügung?
- Ist der ungehinderte Zugang zu Mentoren- und Coaching-Programme möglich?
- Stehen den Pflegekräften Fort- und Weiterbildungsprogramme zur Verfügung?

### ***Staat***

- Gibt es auf staatlicher Seite einen Fachbereich zum Thema Gesundheitsversorgung?
- Werden von staatlicher Seite Mittel für die Fortführung/die Einrichtung von Forschung zum Thema Arbeitsumgebung bereitgestellt?
- Existieren Strategien auf regionaler Ebene?
- Unterstützt die staatliche Politik die im Pflegebereich Beschäftigten dabei, ihren professionellen Status anzunehmen/zu behaupten?
- Sorgt der Staat für einen regulativen Rahmen, um eine sichere Arbeitsumgebung zu gewährleisten?
- Investiert der Staat in Gesundheit und Arbeitsumgebungen?
- Werden vom Staat genügend Mittel/Unterstützung für das Gesundheitswesen bereitgestellt?

### ***Nationale Pflegeverbände***

- Unterstützt und fördert der Berufsverband eine gesunde Arbeitsumgebung für Pflegekräfte?
- Unterstützt und fördert der Berufsverband berufliche Standards bei Pflegekräften?
- Engagiert sich der Berufsverband bei der Aufklärung der Öffentlichkeit über Pflege und berufliche Weiterentwicklung?
- Fördert der Berufsverband Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen bzw. bietet sie an?
- Werden Kooperationen mit Patientenorganisationen bzw. anderen Berufsgruppen angestrebt, um ein sicheres Arbeitsumfeld zu gewährleisten?

- Sucht und pflegt der Berufsverband den Dialog mit Pflegekräften?

### ***Aufsichtsbehörde***

- Überprüft die Behörde regelmäßig die Praxis- und Kompetenzrahmen?
- Werden Praxisstandards deutlich kommuniziert und eingefordert?
- Gibt es geeignete Sanktionsmaßnahmen bei Fällen von Nichteinhaltung der Standards?
- Gibt es ein Verfahren, um Einspruch zu äußern und ist es allgemein bekannt?
- Analysiert die Behörde Trends, um Arbeitgeber und die Regierung über auftretende Probleme von Beschäftigten zu informieren?

## Strategien zur Entwicklung von positiven Arbeitsumgebungen

Der Prozess zur Ausarbeitung einer positiven Arbeitsumgebung ist facettenreich, findet auf vielen Ebenen einer Einrichtung statt und schließt eine ganze Reihe von Akteuren ein. Als Ausgangspunkt sollte jede Organisation ein Profil der Beschäftigten mit Faktoren wie Fehlzeiten, unbesetzte Stellen und Fluktuationsrate, aber auch demographische Informationen wie Alter und Berufserfahrung ausarbeiten. Diese Daten stellen eine solide Basis für Entscheidungen dar. Pflegekräfte können ihrerseits die Entwicklung einer positiven Arbeitsumgebung dadurch voranbringen, dass sie:

- sich kontinuierlich für die Rolle der Pflege einsetzen.
- die Bandbreite der Pflege aufzeigen, damit Pflegekräften, anderen Berufsgruppen und auch der Öffentlichkeit die Entwicklung innerhalb dieses Berufs bewusst ist.
- Lobbyarbeit für berufliche Anerkennung und Entlohnung betreiben.
- Stellungnahmen zur Bedeutung von sicheren Arbeitsumgebungen entwickeln und verbreiten.
- dafür sorgen, dass andere Berufsgruppen in die Entwicklung von Strategien für eine sichere Arbeitsumgebung mit einbezogen werden.
- die Forschung unterstützen, Daten für die beste Arbeitspraxis sammeln und diese Daten verbreiten, sobald sie zur Verfügung stehen.
- Bildungsinstitute dazu anhalten, verstärkt auf Teamwork zu setzen, indem sie Gelegenheiten zur Zusammenarbeit anbieten und Teamworktheorien in den Vordergrund stellen.
- Auszeichnungen an Gesundheitseinrichtungen vergeben, die die Wirksamkeit einer positiven Arbeitsumgebung mit Hilfe von Einstellungs- und Personalerhaltungsinitiativen, reduzierten Abwanderungsraten, öffentlicher Meinung, verbesserter Pflege und höherer Zufriedenheit bei den Patienten zeigen.
- das ICN Tool Kit einsetzen, um Hintergrundinformationen über die Bedeutung einer positiven Arbeitsumgebung zur Verfügung zu stellen.

## Sicherheit des Patienten

### ***Position des ICN:***

Die Sicherheit der Patienten ist von grundlegender Bedeutung für die Qualität von Gesundheitsversorgung und Pflege. Im ICN wird die Ansicht vertreten, dass zur Verbesserung der Patientensicherheit eine breit gefächerte Kombination verschiedener Maßnahmen in Bezug auf Anwerbung, Ausbildung und Erhaltung von professionellen Pflegekräften, Leistungsverbesserungen, Sicherheit am Arbeitsplatz und dem Risikomanagement bei der Infektionskontrolle, der sicheren Verwendung von Medikamenten, der Sicherheit der Ausstattung, der sicheren klinischen Praxis, dem sicherem Pflegeumfeld, sowie die Integration von Forschungswissen mit Konzentration auf der Patientensicherheit und der Infrastruktur zur Unterstützung seiner Entwicklung notwendig ist.

Pflegekräfte sind in allen Pflegesituationen mit der Patientensicherheit befasst. Das schließt auch die Information von Patienten und der Allgemeinheit über Risiken und deren Vermeidung, ihren Einsatz für die Sicherheit der Patienten und die Berichterstattung über Komplikationen mit ein.

Eine frühzeitige Identifizierung von Risiken ist wesentlich für die Vermeidung von Patientenverletzungen und hängt davon ab, ob eine Kultur des Vertrauens, der Aufrichtigkeit, der Integrität und offenen Kommunikation zwischen Patienten und dem medizinischen Personal existiert. Der ICN setzt sich vehement für einen systemischen Ansatz ein, der sich auf eine Philosophie der Transparenz und Information bezieht und nicht darauf abzielt, die einzelne Pflegekraft anzuklagen oder zu diskriminieren, und der Maßnahmen zum Umgang mit den menschlichen und systemischen Faktoren im Fall von unerwünschten Ereignissen beinhaltet.

Der ICN ist sehr besorgt über die ernste Gefahr, die von der unzureichenden Zahl angemessen ausgebildeter Arbeitskräfte für die Patientensicherheit und Qualität der Pflege ausgeht. Der gegenwärtige globale Mangel an Pflegekräften stellt eine solche Gefahr dar.

Der ICN vertritt die Ansicht, dass Pflegepersonal und die nationalen Pflegeberufsverbände verantwortlich sind dafür,

- Patienten und ihre Angehörigen über potentielle Risiken zu informieren.
- Komplikationen unverzüglich der zuständigen Stelle zu melden.
- eine aktive Rolle bei der Bewertung von Sicherheit und Qualität der Pflege zu übernehmen.
- die Kommunikation mit den Patienten und anderem medizinischen Personal zu verbessern.
- sich für eine angemessene Personalausstattung einzusetzen.
- Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu unterstützen.
- eine strikte Infektionskontrolle zu unterstützen.
- sich für standardisierte Behandlungsstrategien und -protokolle einzusetzen, die die Wahrscheinlichkeit von Fehlern minimieren.
- Kontakte zu suchen mit Berufsverbänden von Pharmazeuten, Medizinern oder anderen, um Verpackung und Beschriftung von Medikamenten zu verbessern.
- mit nationalen Meldesystemen zusammen zu arbeiten, um unerwünschte Ereignisse zu dokumentieren, zu analysieren und daraus zu lernen.
- Mechanismen (z.B. Zertifizierung) zu entwickeln, mit deren Hilfe die Merkmale von Gesundheitsdienstleistern anerkannt werden, die exzellente Maßstäbe in der Patientensicherheit bieten.

### **Hintergrund**

Während Interventionen in der Gesundheitsversorgung darauf abzielen, nutzbringend für die Menschen zu sein, bleibt immer das Risiko, dass aufgrund der komplexen Kombination von Verfahren, Technologien und des menschlichen Faktors in der Gesundheitsversorgung Fehler und Komplikationen (= unerwünschte Ereignisse) auftreten. Ein unerwünschtes Ereignis kann als ein Schaden oder eine Verletzung definiert werden, die eher durch den Umgang mit der Krankheit oder der Befindlichkeit des Patienten durch das medizinische Personal als durch die zugrunde liegende Krankheit oder das Befinden des Patienten selbst verursacht werden.<sup>2</sup> Verbreitete Gefahren für die Sicherheit des Patienten sind Medikationsfehler, im Krankenhaus erworbene Infektionen, Exposition gegenüber hohen Strahlungs Dosen und die Verabreichung gefälschter Medikamente.

---

<sup>2</sup> Thomas, E.J; & Brennan, BMJ, Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. 18 März 2000. S.9.



Obwohl menschliches Versagen bei schwerwiegenden Komplikationen eine Rolle spielt, existieren in der Regel auch systemimmanente Faktoren, die den Fehler verhindert hätten, wenn sie richtig angewendet worden wären.

Es gibt zunehmend Belege dafür, dass eine unzureichende Personalausstattung mit der Zunahme an negativen Vorfällen korrelieren, wie z.B. Patientenstürzen, Wundliegen, Medikationsfehlern, nosokomialen Infektionen und Rückfallquoten, die zu längeren Krankenhausaufenthalten und erhöhten Mortalitätsraten<sup>3</sup> im Krankenhaus führen können. Personalmangel und schlechte Leistungen des Personals aufgrund der geringen Motivation oder mangelhafte Fertigkeiten sind ebenfalls wichtige Determinanten für die Patientensicherheit.

Qualitativ schlechte Pflege verursacht eine erhebliche Zahl negativer Vorfälle mit ernsthaften finanziellen Folgen für die Gesundheitssysteme.

#### 2002 verabschiedet

##### Ähnliche Positionspapiere des ICN

- Schutz der Bezeichnung "Pflegekraft"
- Richtlinien zur Pflege
- Die Bandbreite der pflegerischen Praxis
- Unterstützendes bzw. Assistenzpflegepersonal

##### Veröffentlichungen des ICN:

- Patient Safety, WHPA, Fact Sheet (2001).

Der (ICN) ist ein Zusammenschluss von 129 nationalen Pflegeverbänden und vertritt weltweit Millionen von Pflegenden. Seit 1899 ist der von Pflegenden für Pflegenden geführte Verband die internationale Stimme der Pflege und macht sich zum Ziel, Pflege von hoher Qualität für alle sicherzustellen und sich für eine vernünftige Gesundheitspolitik weltweit einzusetzen. [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

---

3 Aiken, I.H. et al. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA (2002); 288: 1987-1993.

## **Weiterführende Materialien deutschsprachiger Initiativen, Organisationen und Behörden**

*Autor: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK*

Die hier aufgeführten Angebote geben einen Startpunkt für weiterführende Informationen und Materialien, die im Internet zur Verfügung stehen. Die Auswahl der Anbieter ist weder vollständig noch bevorzugend. Gelistet sind Projekte mit ausdrücklichen Bezügen zum Arbeitsplatz Pflege. Über die Angebote sind Themenrecherchen und Information zu weiteren thematisch relevanten Bereichen möglich.

### **Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz – OSHA**

Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz wurde eingerichtet, um Informationen im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit zu sammeln, zu analysieren und zu verbreiten. Aufgabe der Agentur ist es, Europas Arbeitsplätze sicherer, gesünder und produktiver zu machen, und insbesondere eine wirksame Präventionskultur am Arbeitsplatz zu fördern.

<http://www.osha.de>

### **Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – BAuA**

Die BAuA als Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales versteht sich als Kompetenzpool und Wissensdienstleister in Sachen Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und steht den Betrieben, der Politik, den Sozialpartnern, der Öffentlichkeit und den Arbeitnehmern mit Rat und Tat zur Seite.

Prävention von Schnitt- und Nadelstichverletzungen: Einführung sicherer Instrumente und Spritzensysteme zur Prävention von Schnitt- und Nadelstichverletzungen.

[http://www.baua.de/de/ueber-die-BAuA/Modellprogramm/Schwerpunktthemen/Nadelstichverletzungen.html\\_\\_nnn=true](http://www.baua.de/de/ueber-die-BAuA/Modellprogramm/Schwerpunktthemen/Nadelstichverletzungen.html__nnn=true)

Laufendes Modellprojekt STOP: Einführung sicherer Instrumente und Spritzensysteme zur Prävention von Schnitt- und Nadelstichverletzungen.

<http://www.stopnadelstich.de/>

INQA Thematischer Initiativkreis (TIK) Gesund pflegen

<http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Gesund-Pflegen/tik-gesund-pflegen,did=158390.html>

### **Robert Koch-Institut – RKI**

Kernaufgaben des RKI sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten.

[http://www.rki.de/cln\\_048/nn\\_203792/DE/Content/Infekt/Aktuelles/aktuelles\\_\\_node.html?\\_\\_nnn=true](http://www.rki.de/cln_048/nn_203792/DE/Content/Infekt/Aktuelles/aktuelles__node.html?__nnn=true)

### **Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit – LGL**

Präventionsnetzwerk „Mobbing, Gewalt am Arbeitsplatz, posttraumatische Belastungsstörungen, Burnout“

<http://www.lgl.bayern.de/arbeitsschutz/arbeitspsychologie/praeventionsnetzwerk.htm>

Nadelstichverletzungen: Vorkommen, Häufigkeit von Verletzungen, Vorbeugung

<http://www.lgl.bayern.de/arbeitsschutz/arbeitsmedizin/nadelstichverletzungen.htm>

### **Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften – HVBG**

Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit präventiver Maßnahmen zur Vermeidung von Nadelstichverletzungen bei Beschäftigten in Gesundheitsberufen

[http://www.hvbg.de/d/bia/pub/rep/rep05/pdf\\_datei/nadelstich/nadelstichverletzungen.pdf](http://www.hvbg.de/d/bia/pub/rep/rep05/pdf_datei/nadelstich/nadelstichverletzungen.pdf)

### **Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege - BGW**

Die BGW ist die gesetzliche Unfallversicherung für nichtstaatliche Einrichtungen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. Zentrale Aufgabe der BGW ist die Prävention von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Eine der jüngsten Kampagnen ist „Aufbruch Pflege“ - Moderne Prävention für Altenpflegekräfte.

[http://www.bgw-online.de/internet/portal/group/internetuser/page/default.psml?path=/Navi-bgw-online/NavigationLinks/Aufbruch\\_20Pflege/navi.html](http://www.bgw-online.de/internet/portal/group/internetuser/page/default.psml?path=/Navi-bgw-online/NavigationLinks/Aufbruch_20Pflege/navi.html)

### **Bundesverband Medizintechnologie e.V.**

<http://www.bvmed.de/themen/Nadelstichverletzungen/>

### **Gemeinschaftsinitiative SAFETY FIRST!**

<http://www.nadelstichverletzung.de/>

## Literaturverzeichnis

- Ahlberg-Hulten GK, Theorell T & Sigala F (1995). Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 21(6), 435-439.
- Aiken L, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J & Silber JH (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Aiken L, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM & Silber JH (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617-1619.
- Aiken LH, Sloane, DM & Klocinski JL (1997). Hospital nurses occupational exposure to blood: Prospective, retrospective, and institutional reports. *American Journal of Public Health*, 87(1), 103-107.
- Alexander JA, Bloom JR & Nuchols BA (1994). Nursing turnover and hospital efficiency: An organization-level analysis. *Industrial Relations*, 33(4), 505-520.
- Al-Shammari MM (1992). Organizational climate. *Leadership & Organization Development*, 13(6), 30-32.
- American Federation of Teachers (1995). Definition of "safe staffing." Available from the American Federation of Teachers Web site, <http://www.aft.org/topics/healthcarestaffing/definition.htm>
- Baguley K (1999). Workplace empowerment, job strain, and affective organizational commitment in critical care nurses: Testing Kanter's structural theory of organizational behavior. Unpublished master's thesis, University of Western Ontario, London, Ontario, Canada.
- Baker R, Norton P, Flitoff V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686.
- Baumann A, Blythe J, Cleverley K, Grinspun D & Tompkins A (2006). Health Human Resource Series Number 3. Educated and underemployed: The paradox for nursing graduands. Hamilton, Ontario, Canada: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University.
- Baumann A, Yan J, Degelder J & Malikov K (2006). Health Human Resource Series Number 4. Retention strategies for nurses: A four country comparison. Geneva: International Council of Nurses.
- Baumann A, Hunsberger M, Blythe J & Crea M (2006). Health Human Resource Series Number 6. The new healthcare worker: Implications of changing employment patterns in rural and community hospitals. Hamilton, Ontario, Canada: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University.
- Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron, et al. (2001). Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation.
- Becton, Dickinson and Company (2006). BD and International Council of Nurses collaborate to address the health human resource crisis in Africa. Available from the BD Worldwide Web site, <http://www.bd.com/>
- Best M & Thurston E (2004). Measuring nurse job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 34(6). 283-290.
- Best M & Thurston E (2006). Canadian public health nurses' job satisfaction. *Public Health Nursing*, 23(3), 250-255.
- Blegen MA (2006). Patient safety in hospital acute care units. *Annual Review of Nursing Research*, 24.
- Blegen MA, Goode CJ & Reed L (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47(1), 43-50.
- Bryce EA, Ford J, Chase L, Taylor C & Scharf S (1999). Sharps injuries: Defining prevention priorities. *American Journal of Infection Control*, 27(5), 447-452.
- Brown SP & Leigh TW (1996). A new look at psychological climate and its relationship to job involvement, effort, and performance. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 358-368.

- Buchan J & Calman L (2004). The global shortage of registered nurses: An overview of issues and actions. Geneva: International Nursing Council.
- Canadian Centre for Occupational Health and Safety (2005, January). Needlestick injuries. Available from the Canadian Centre for Occupational Health and Safety Web site, [http://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/needlestick\\_injuries.html](http://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/needlestick_injuries.html)
- Canadian Nurses Association (2006). Vision and mission. Retrieved December 1, 2006, from [http://www.cna-nurses.ca/CNA/about/mission/default\\_e.aspx](http://www.cna-nurses.ca/CNA/about/mission/default_e.aspx)
- Choi BCK, Levitsky M, Lloyd RD & Stones IM (1996). Patterns and risk factors for sprains and strains in Ontario, Canada 1990: An analysis of the workplace health and safety agency database. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38(4), 379-389.
- Cox S & Flin R (1998). Safety culture: Philosopher's stone or man of straw? *Work & Stress*, 12(3), 189-201.
- Dickson M W, Resick C J & Hanges PJ (2006). When organizational climate is unambiguous, it is also strong. *Journal of Applied Psychology*, 91(2), 351-364.
- Downey HK, Hellriegel D & Slocum JW (1975). Congruence between individual needs, organizational climate, job satisfaction and performance. *The Academy of Management Journal*, 18(1), 149-155.
- Engkvist IL, Hagberg M, Wigaeus Hjelm E, Menckel E & Ekenvall L (1998). PROSA study group. The accident process preceding overexertion back injuries in nursing personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 24, 367-375.
- Flexner A (1910). Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching. Retrieved October 18, 2006, from [http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner\\_report.pdf](http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf)
- Gaudine AP (2000). What do nurses mean by workload and work overload? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(2), 22-27.
- Griffin MA & Neal A (2000). Perceptions of safety at work: A framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 347-358.
- International Council of Nurses (n.d.). Nurse: Patient ratios. Available from the ICN Web site, [http://www.icn.ch/matters\\_rnpratio.htm](http://www.icn.ch/matters_rnpratio.htm)
- International Council of Nurses (2004). Workload measurement in determining staffing levels. Geneva, Switzerland
- International Council of Nurses (2006). Safe staffing saves lives information and action tool kit. Available from the ICN Web site, <http://www.icn.ch/indkit2006.htm>
- Institute of Medicine (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine 2000). Available from <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>
- Kingma M (2006). Nurses on the move. New York: Cornell University Press.
- Koehoorn M, Kennedy S, Demers P, Clyde Hertzman C & and Village J (2000). Musculoskeletal injuries among health care workers: Individual, biomechanical and work organization factors. Available from the Work Safe BC Web site, [http://www.worksafebc.com/about\\_us/library\\_services/reports\\_and\\_guides/wcb\\_research/Default.asp](http://www.worksafebc.com/about_us/library_services/reports_and_guides/wcb_research/Default.asp)
- Kovner C & Gergen PJ (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Kramer M & Schmallenberg C (1988). Magnet hospitals: Part 1 institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration* 18(1), 13-24.
- Kristensen TS (1999). Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 25(6), 550-557.
- Lancaster AD (1997). Consult stat: Understaffing can increase infection rates. *RN*, 60(10), 79.
- Laschenger HKS, Wong C, McMahon L & Kaufmann C (1999). Leader behaviour effect on staff nurse empowerment, job tension and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 29 (5), 28-39.

- Leveck ML & Jones CB (1996). The nursing practice environment, staff retention and quality of care. *Research in Nursing and Health* 19(4), 331-343.
- Lowe GS (2004). Healthy workplace strategies: Creating change and achieving results. Available from the Canadian Policy Research Network Web site, <http://www.cprn.com/en/doc.cfm?doc=536>
- Lowe GS (2005). Raising the bar for people practices: Helping all health organizations become "preferred employers." *Healthcare Quarterly*, 8, 60-63.
- McClure ML (2005). Magnet hospitals: Insights and issues. *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), 198-201.
- McClure M, Poulin M, Sovie M & Wandelt M (1983). Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses. Kansas City, MO: American Academy of Nurses.
- McGillis Hall L (2005). Nurse staffing. In L. McGillis Hall (Ed.), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp. 9-37). Jones and Bartlett: Sudbury, MA.
- Mearns KJ & Flin R (1999). Assessing the state of organizational safety—Culture or climate? *Current Psychology: Development, Learning, Personality, Social* 18(1), 5-17.
- Morrison R S, Jones C B & Fuller B (1997). The relationship between leadership style and empowerment on job satisfaction on nurses. *Journal of Nursing Administration* 29(5), 28-29.
- National Task Force on Violence Against Social Care Staff (2001). Report and national action plan. Retrieved December 1, 2006, from <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/28/20/04062820.pdf>
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M & Zelevinsky K (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Nolan M, Lundh U & Brown J (1999). Changing aspects of nurses' work environment: A comparison of perceptions in two hospitals in Sweden and the UK and implications for recruitment and retention of staff. *NT Research*, 4(3), 221-233.
- O'Brien-Pallas L, Thomson D, Alksnis C & Bruce S (2001). The economic impact of nurse staffing decisions: Time to turn down another road? *Hospital Quarterly*, 4(3), 42-50.
- Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weave, MT, Williams OD et al. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006a). Healthy work environments best practice guidelines: Collaborative practice among nursing teams. Toronto, Ontario, Canada: Author. (Forthcoming: Winter 2006).
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006b). Healthy work environments best practice guidelines: Developing and sustaining effective staffing and workload practices. Toronto, Ontario, Canada: Author. (Forthcoming: Winter 2006).
- Registered Nurses Association of Ontario (2006c). Healthy work environments best practice guidelines: Developing and sustaining nursing leadership. Toronto, Ontario, Canada: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006d). Healthy work environments best practice guidelines: Professionalism in nursing. Toronto, Ontario, Canada: Author. (Forthcoming: Winter 2006).
- Rousseau DM (1996). *Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rowell P (2003, September 30). The professional nursing association's role in patient safety. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(3), Manuscript 3. Retrieved December 1, 2006, from [www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22\\_3.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22_3.htm)
- Schindul-Rothschild J, Berry D & Long-Middleton E (1996). Where have all the nurses gone? *American Journal of Nursing*, 96(11), 25-39.
- Scott J, Sochalski J & Aiken L (1999). Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9-19.
- Siegrist J (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.

- Shullanberger G (2000). Nurse staffing decisions: An integrative review of the literature. *Nursing Economic\$,* 18(3), 124-132, 146-148.
- Sinclair CM (2000). Report of the Manitoba pediatric cardiac surgery inquest. Available from the Province of Manitoba Pediatric Cardiac Inquest Web site, <http://www.pediatriccardiacinquest.mb.ca/>
- Sovie MD & Jawad AF (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration,* 31(12), 588-600.
- Tourangeau AE, Giovanetti P, Tu JV & Wood M (2002). Nursing-related determinants of 30-mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research,* 33(4), 71-88.
- Tovey EJ & Adams AE (1999). The changing nature of nurses' job satisfaction: An exploration of sources of satisfaction in the 1990s. *Journal of Advanced Nursing,* 30(1), 150-158.
- Weisman CS & Nathanson CA (1985). Professional satisfaction and client outcomes: A comparative organizational analysis. *Medical Care,* 23(10), 1179-1192.
- White JP (1997). Health care, hospitals, and reengineering: The nightingales sing the blues. In A. Duffy, D. Glenday, & N. Pupo (Eds.), *Good jobs, bad jobs, no jobs: The transformation of work in the 21st century.* Toronto, Ontario, Canada: Harcourt & Brace.
- Wiegmann DA, Zhang H, von Thaden T, Sharnam G & Mitchell A (2002). A synthesis of safety culture and safety climate research. Technical Report ARL-02-3/FA-02-2. Prepared for Federal Aviation Administration Atlantic City International Airport, NJ. Contract DTFA 01-G-015.
- Wilson B & Laschinger HKS (1994). Staff nurse perception of job empowerment: A test of Kantor's theory of structural power in organizations. *Journal of Nurse Administration,* 24(Suppl. 4), 39-47.