



**COMPETENCE NETWORK  
HEALTH WORKFORCE**



# **STRAIN** Empfehlungen

**Empfehlungen für die Praxis**

**STRAIN Projekt – Work related stress among health  
professionals in Switzerland**

## **Impressum**

Titel	STRAIN – Empfehlungen für die Praxis
Jahr	2021
Autorenschaft	Karin Anne Peter, Xenia Schmid, Thomas Schwarze, Tanja Lazarevic, Stefan Kunz, Christian Voirol, Sabine Hahn
Copyright ©	Texte und Bilder sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Projektleitung STRAIN

# INHALTSVERZEICHNIS

---

Einleitung	4
1 – Anforderungen bei der Arbeit	6
1.1 Quantitative Anforderungen	6
1.2 Emotionale Anforderungen	8
1.4 Arbeitsumgebungsfaktoren	9
2 – Arbeitsorganisation und -inhalt	10
3 – Soziale Beziehungen und Führung	11
3.1 Rollenklarheit und kompetenzgerechter Einsatz	11
3.2 Rollenkonflikte	12
3.3 Führungsqualitäten, Wertschätzung und Feedback	12
3.4 Soziale Kontakte, Arbeitsatmosphäre und Teamkultur	14
4 – Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben	16
5 – Umsetzung der Empfehlungen im Arbeitsalltag	18
Literaturverzeichnis	19

# EINLEITUNG

---

Der Mangel an gut ausgebildeten Fachpersonen ist im Schweizer Gesundheitswesen ein hochaktuelles Thema. Dieser Mangel kann die Gesundheitsversorgung eines ganzen Landes destabilisieren und sowohl die Verfügbarkeit als auch die Qualität von Gesundheitsleistungen negativ beeinträchtigen [1]. Gründe für den aktuellen Mangel sind zum einen die Alterung der Gesellschaft, welche zu einer zunehmenden Nachfrage an Gesundheitsfachpersonen führt, und zum anderen die damit verbundene Pensionierung des noch tätigen Gesundheitspersonals [2]. Stress am Arbeitsplatz, fehlende personelle Ressourcen und insgesamt schlechte Rahmenbedingungen können die Gesundheit sowie Zufriedenheit der Gesundheitsfachpersonen negativ beeinträchtigen und dazu führen, dass sie ihren Beruf frühzeitig verlassen [3-5]. Daher sind eine Verbesserung der Rahmenbedingungen und die Reduktion von Stress am Arbeitsplatz zentral, um Gesundheitsfachpersonen langfristig und gesund im Beruf halten zu können.

## Die STRAIN Studie

Die STRAIN Studie 'Work-related Stress among health professionals in Switzerland' ist Teil der nationalen Strategie gegen den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen, welche vom Compentece Network Health Workforce (CNHW) in Kooperation mit mehreren Schweizer Hochschulen Gesundheit durchgeführt wird. Ziel der STRAIN Studie ist, bei Gesundheitsfachpersonen (Pflegerberufe, Hebammen, medizinisch-technisch-therapeutische Berufe, Ärztinnen/Ärzten) die arbeitsbedingte Belastung mehrmalig zu erfassen und diese mittels spezifischer Intervention zu reduzieren. Im Fokus steht dabei die Reduktion von Stress am Arbeitsplatz sowie eine generelle Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsberufe in der Schweiz. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde eine randomisierte Interventionsstudie (RCT) mit Kontrollgruppe durchgeführt, an der sich 160 Akutspitäler, Psychiatrien, Rehabilitationskliniken, Alters- und Pflegeheime sowie Spitex Organisationen aus der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Schweiz beteiligen. Die STRAIN-Studie wird von 2017 bis 2021 durchgeführt und durch das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) sowie durch die Kooperation der Hochschulen Gesundheit finanziert.

## Entwicklung der STRAIN Empfehlungen

Zur Entwicklung der STRAIN Empfehlungen wurden verschiedene Datenquellen verwendet. Einerseits wurden die Resultate der STRAIN Basiserhebung (2017/2018) genutzt. Diese basieren auf der Analyse der Aussagen von 8'112 Schweizer Gesundheitsfachpersonen. Bei der Analyse haben wir uns nicht nur auf das Auftreten eines Stressors fokussiert, sondern auch auf dessen tatsächliche Auswirkung auf die Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeitenden (Regressionsanalysen). Dabei konnten wir spezifische Handlungsfelder identifizieren, die durch Führungspersonen mit gezielten Massnahmen beeinflusst werden können und zudem das grösstmögliche positive Wirkungspotential auf die Ergebnisse haben. Andererseits basieren die Empfehlungen auf konkreten Massnahmen zur Reduktion von Stress am Arbeitsplatz, welche in 25 Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 128 teilnehmenden Pflegenden, Hebammen, medizinisch-technisch-therapeutischen Berufspersonen sowie Ärztinnen und Ärzten gesammelt wurden. Zudem wurden die Erkenntnisse aus einer umfassenden Literaturrecherche mit Fokus auf effektive Massnahmen zur Reduktion von Stress und Optimierung von Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz genutzt. Es wurden 1400 Interventionsstudien, Reviews, Metaanalysen und Guidelines analysiert.

## Zielgruppe und Umsetzung der Empfehlungen

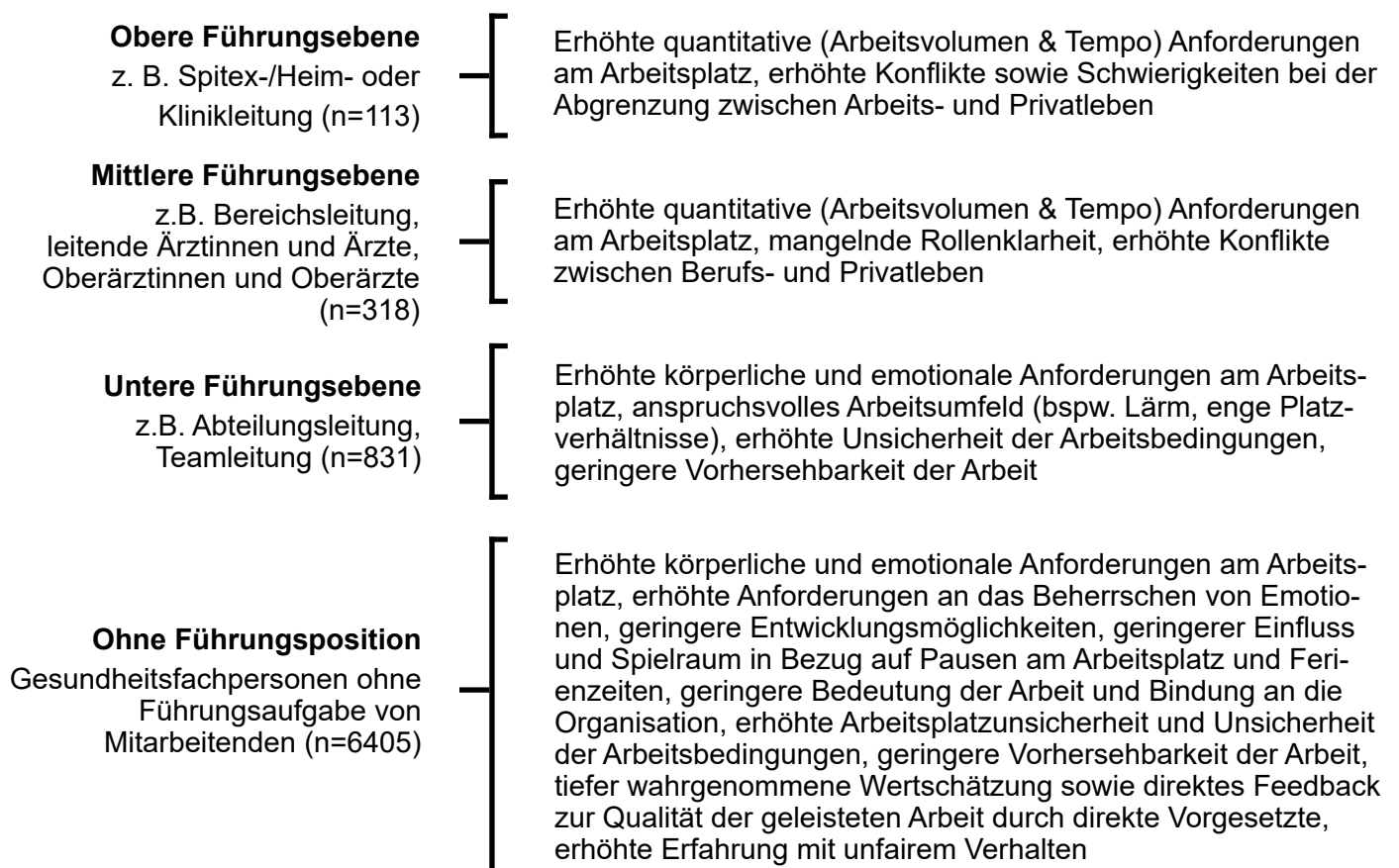
Die STRAIN Empfehlungen thematisieren wichtige Handlungsfelder, um relevante Stressoren zu reduzieren sowie die Gesundheit und Zufriedenheit der Gesundheitsfachpersonen nachhaltig zu fördern. Interventionen zur Reduktion von arbeitsbedingter Belastung können auf organisationaler Ebene (richten sich an Arbeitgeber und Vorgesetzte) sowie auf Ebene der Mitarbeitenden (z. B. durch Achtsamkeits- oder Resilienz Training) ansetzen [6]. Die STRAIN Empfehlungen zielen grösstenteils auf Veränderungen auf organisationaler Ebene ab. Bei der Umsetzung sind Führungspersonen auf allen Führungsebenen zentral. Interventionsmassnahmen sind dann besonders erfolgreich, wenn betroffene Mitarbeitende sowohl bei der Entwicklung wie auch bei der Umsetzung einbezogen werden. Dazu braucht es ein klares Engagement der obersten Führungsebene und eine Unternehmenskultur, die Interventionen zur Stressreduktion zulässt und fördert [6, 7]. Unterschiedliche Anforderungen an die einzelnen Gesundheitsberufe, spezifische Arbeitsabläufe, Organisations- und Führungsstrukturen und die jeweilige Unternehmenskultur beeinflussen die Wahl der geeigneten Massnahmen. Welche der STRAIN Empfehlungen auf die aktuellen Bedingungen innerhalb der Organisation passen und angemessen sind, entscheiden die Führungspersonen auf dem Hintergrund ihrer Erfahrung und Expertise.

## Zentrale Rolle von Führungspersonen

Um ein optimales und gesundes Arbeitsumfeld für Gesundheitsfachpersonen zu schaffen, spielen Führungspersonen eine zentrale Rolle [8, 9]. Ihr Engagement ist für eine erfolgreiche Umsetzung von effektiven Massnahmen zur Prävention und Reduktion von Stress sowie für die Optimierung der Rahmenbedingungen bei der Arbeit wichtig. Weiter haben Führungspersonen einen relevanten Einfluss auf die Arbeitskultur innerhalb der Organisation. Sie tragen mit ihren Führungsqualitäten und -fähigkeiten sowie ihrer Vorbildfunktion massgeblich dazu bei, den Umgang mit Stress am Arbeitsplatz für Mitarbeitende zu verbessern [3, 6, 9-11].

Nicht nur das Verhalten von Führungspersonen oder deren Führungsstil, sondern auch das persönlich wahrgenommene Ausmass an arbeitsbedingtem Stress kann das Wohlbefinden der Mitarbeitenden direkt positiv oder negativ beeinflussen [12, 13]. Erste Erkenntnisse aus der STRAIN Studie [9] machen deutlich, dass es für Führungspersonen zentral ist, zuerst ihr eigenes arbeitsbedingtes Stresslevel auf ein angemessenes Mass einzupendeln, bevor sie in der Folge effektiv das Stresslevel ihrer Mitarbeitenden reduzieren können. Insbesondere Führungspersonen in höheren Führungsebenen sind stärker von Konflikten zwischen Arbeits- und Privatleben sowie einem hohen Arbeitsvolumen betroffen als Mitarbeitende in unteren Führungsebenen oder ohne Führungsaufgabe.

**Unsere erste Empfehlung heisst daher:** Das Augenmerk sollte in Organisationen auf Führungspersonen gerichtet sein und relevante Stressoren in allen Führungsebenen reduziert werden, damit Führungspersonen im Arbeitsalltag mit positivem Beispiel vorangehen können. Die relevantesten Stressoren im Arbeitsalltag für jede Führungsebene sind in der Abbildung 1 zusammengefasst.



**Abbildung 1:** Zusammenfassung der wichtigsten Resultate pro Führungsebene, veröffentlicht in Peter, et al. [9]

# 1 – ANFORDERUNGEN BEI DER ARBEIT

Die Anforderungen bei der Arbeit sollten in Einklang mit den Fähigkeiten und den zur Verfügung stehenden Ressourcen der Mitarbeitenden sein. Nachfolgend werden die Empfehlungen spezifisch für quantitative Anforderungen (bspw. Arbeitslast, Arbeitstempo), emotionale Anforderungen (bspw. Umgang mit Leid/Tod), körperliche Anforderungen (bspw. Heben schwerer Lasten) sowie Anforderungen durch die Arbeitsumgebung (bspw. Lärm, Kälte, enge Platzverhältnisse) aufgeführt.

## 1.1 Quantitative Anforderungen

Die quantitativen Anforderungen beinhalten die Menge der zu erledigenden Arbeit und den dafür zur Verfügung gestellten Zeitrahmen. Besonders herausfordernd kann dies z. B. sein, wenn Schweregrad und Komplexität von Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten oder Bewohnerinnen und Bewohner im Alltag zunimmt. Dies geht meist mit einem erhöhten Behandlungs- und Pflegeaufwand einher, während die Kosten insgesamt gleich bleiben oder tendenziell reduziert werden sollen (bei gleichbleibender oder höherer Qualität) [14]. Für die Fachpersonen bedeutet dies mehr Arbeit in weniger Zeit zu gleicher Qualität. Ist das Arbeitsvolumen nicht mit den dazu zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen in Einklang zu bringen oder sind Mitarbeitende von einem ständig hohen Arbeitspensum betroffen, kann sich dies nicht nur negativ auf deren Gesundheit (z. B. erhöhte Burnout-Symptome), sondern auch auf deren Zufriedenheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (z. B. mehr Nadelstichverletzungen) auswirken [14-19]. Aber auch die Behandlungsqualität und Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten oder Bewohnerinnen und Bewohner können durch eine längere Behandlungsdauer, häufigere Sturzereignisse, Dekubitus oder nosokomiale Infektionen sowie eine höhere Mortalitätsrate beeinträchtigt werden [14-17, 20, 21]. Eine optimale Personalbesetzung bzw. ein adäquater Grade-Mix angepasst an den tatsächlichen Arbeitsaufwand scheint für den Arbeitsalltag demnach zentral, um negative Folgen vermeiden zu können.

### □ Festlegen einer Mindestpersonalbesetzung

Um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und das definierte Qualitätsniveau nicht dauerhaft zu unterschreiten, empfehlen wir Führungspersonen das verbindliche Festlegen einer Mindestpersonalbesetzung für jede Abteilung und Schicht: Welche personellen Ressourcen werden als absolutes Minimum für jede Abteilung / Schicht benötigt?

Sollte diese Mindestpersonalbesetzung bei unvorhergesehenen Ereignissen nicht eingehalten werden können, empfiehlt es sich, für diesen Fall gemeinsam mit den Mitarbeitenden konkrete Eskalations-Massnahmen festzulegen (bspw. Einsatz von Mitarbeitenden aus einem Personalpool, kurzfristiger Aufnahme-/Behandlungsstopp, usw.). Ein schriftliches Festhalten und Kommunizieren dieser Massnahmen kann in einem weiteren Schritt dazu beitragen, diese verbindlich im Praxisalltag zu verankern.

### □ Festlegen von zu erreichenden Ergebnissen bei zeitlichen oder personellen Engpässen

Für die Mitarbeitenden ist es wichtig, dass sie in das Festlegen der zu erreichenden Ergebnisse einbezogen werden. Insbesondere, wenn die optimale Personalbesetzung nicht erreicht werden kann (z. B. durch einen personellen Engpass, Krankheitsausfälle, hoher Arbeitsaufwand, Reduktion von Stellenprozenten, etc.), sollten die zu erreichenden Ergebnisse realistisch sein. Für die Mitarbeitenden ist es häufig nicht möglich, die gleichen Resultate zu erzielen, wenn zeitliche oder personelle Ressourcen fehlen. Ein gemeinsames Festlegen, was geleistet werden kann und was bei fehlenden Ressourcen weggelassen wird, kann hilfreich sein. Auch ein vorher gemeinsam festgelegtes Ampelsystem (rot / orange / grün) kann bei unvorhergesehenen Personalengpässen eingesetzt werden. Damit werden Prioritäten gesetzt (z. B. Aufgaben mit hoher Priorität werden auch an einem «roten» Tag erfüllt). Das Ergebnis der Diskussion bzw. Analyse sollte schriftlich festgehalten und den Mitarbeitenden zugänglich gemacht werden. Ein Ampelsystem und ein Informationsmanagement, welches ermöglicht, notwendige Informationen zu erhalten und über Engpässe rechtzeitig informiert zu werden, sollte vereinbart werden.

### □ Erfassung der Arbeitsbelastung und Optimierung der Personalbesetzung

Wie eine Studie zeigt, kann das regelmässige Einschätzen der Arbeitslast und Optimieren der Personalbesetzung zu einer signifikanten Reduktion der Arbeitsbelastung sowie einer Zunahme der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden führen [22]. Somit lohnt es sich, die Arbeitslast der Mitarbeitenden regelmässig zu erfragen (z.B. nach jeder Schicht anhand einer kurzen numerischen Skala). Allerdings ist auch wichtig, bei einer regelmässig als hoch eingeschätzten Arbeitslast und tiefer Personalbesetzung entsprechende Massnahmen zu treffen und den Personalschlüssel zu optimieren. In der erwähnten Studie [22] konnte die Optimierung der Personalbesetzung nicht nur den arbeitsbedingten Stress senken, sondern auch die Kultur und Kommunikation sowie die gegenseitige Unterstützung am Arbeitsplatz positiv beeinflussen. Hilfreich kann das Festlegen einer optimalen 'Ratio'

sein (z.B. Nurse-to-Patient Ratios [23]) mit Angaben dazu, wie viele Fachpersonen für eine bestimmte Zahl an Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten oder Bewohnerinnen und Bewohner pro Schicht nötig sind. Dazu sollten auch die Perspektive der Mitarbeitenden sowie patientenspezifische Outcomes, wie bspw. Zufriedenheit, Fehlerereignisse, Sturzereignisse, berücksichtigt werden.

#### □ **Analyse und Reduktion von Arbeitsspitzen**

- Wann treten Arbeitsspitzen bei den Mitarbeitenden am häufigsten auf, bei welchen Tätigkeiten / Schichten?
- Welche Gründe gibt es dafür?
- Wie könnten solche Arbeitsspitzen reduziert werden?
- Gibt es bspw. die Möglichkeit einen zusätzlichen Dienst einzuplanen?
- Kann mit einer anderen Abteilung oder einer anderen Disziplin kooperiert werden, um die Arbeitsspitzen zu dämpfen?

#### □ **Mitarbeitendenpool zum Ausgleich von personellen Engpässen**

Der Einsatz eines Mitarbeiterpools mit sogenannten «Springern» hat das Potential für einen flexibleren Personalaustausch und kann dadurch zu einer Reduktion der Arbeitsbelastung bei den regulären Mitarbeitenden beitragen [24, 25]. Damit der Arbeitsaufwand für die Organisation eines Mitarbeitendenpools oder generell das Planen und Tauschen von Diensten gering bleibt, kann die Verwendung eines Cloud-basierten Systems sinnvoll sein (bspw. mittels einer App). Solche Angebote finden sich auch spezifisch für das Schweizer Gesundheitswesen. Falls die Organisation 'zu klein' ist für einen eigenen Mitarbeitendenpool, könnte sich auch eine Kooperation mit einer oder mehreren Organisationen in der Umgebung lohnen, um von einem gemeinsamen Mitarbeitendenpool profitieren zu können.

#### □ **Optimierte Zeitressourcen und Zuteilung von administrativen Arbeiten**

In den Fokusgruppeninterviews mit betroffenen Gesundheitsfachpersonen ist das Thema der Entlastung und Optimierung von administrativen Arbeiten häufig zur Sprache gekommen. In den medizinisch-therapeutischen Berufen waren die oft nicht ausreichend kalkulierten Wegzeiten zwischen den Behandlungen sowie die mangelnden Zeitfenster für administrative Arbeiten ein wichtiges Thema. Pflegepersonen und Ärztinnen und Ärzte nannten häufig das Delegieren von gewissen administrativen Arbeiten an eine Sekretariatsperson.

- Können Wegzeiten durch optimale Planung verkürzt werden?
- Haben die Mitarbeitenden genügend Zeit für alle anfallenden administrativen Tätigkeiten eingeplant?
- Äussern sich die Mitarbeitenden negativ zu administrativen Arbeiten?
- Gibt es die Möglichkeit, gewisse administrative Arbeiten an eine administrativ tätige Person zu delegieren oder dafür eine zusätzliche neue Stelle zu schaffen?

#### □ **Einführung neuer Mitarbeitenden sowie Berufseinsteigerinnen und -einsteiger optimieren**

Damit neue Mitarbeitende sowie Berufseinsteigerinnen und -einsteiger optimal starten und baldmöglichst das bestehende Team unterstützen können, ist eine gut geplante Einarbeitungszeit zentral. Eine stärkere Begleitung von neuen Mitarbeitenden haben nicht nur Teilnehmende aus den Fokusgruppeninterviews als wichtig genannt. Auch in der Literatur zeigt sich, dass gezielte und verstärkte Einführungsprogramme für neue Mitarbeitende sowie Berufseinsteigerinnen und -einsteiger zu einer Reduktion der Arbeitsbelastung beitragen kann [22, 26]. Besonders im ärztlichen Dienst [27] wurde dieses Thema in den Fokusgruppeninterviews häufig aufgegriffen, betroffen davon sind jedoch alle Berufsgruppen.

- Existieren spezifische Einführungsprogramme oder Dokumente für neue Mitarbeitende sowie Berufseinsteigerinnen und -einsteiger?
- Wird die darin festgelegte 'Einarbeitungszeit' im Alltag verbindlich umgesetzt, z.B. auch bei personellen Engpässen?
- Werden neue Mitarbeitende sowie Berufseinsteigerinnen und -einsteiger nach der Einarbeitungszeit über die ersten Erfahrungen und Optimierungspotential der Einarbeitungsphase befragt?

Besonders für Berufseinsteigerinnen und -einsteiger ist eine gute Begleitung zentral, damit sich diese gut in ihre neuen Rollen und Tätigkeitsfelder einfinden und Strategien entwickeln können, um den Anforderungen in ihrem Arbeitsalltag langfristig gerecht zu werden (z.B. durch Mentoring-Programme).

## 1.2 Emotionale Anforderungen

Emotionale Anforderungen, wie der Umgang mit Leid, Tod oder Aggression, sind im Arbeitsalltag von Gesundheitsfachpersonen häufig [3, 28]. Hohe emotionale Anforderungen bei Gesundheitsfachpersonen stehen einerseits mit erhöhten Burnout-Symptomen in Zusammenhang und können andererseits die Absicht erhöhen, die Organisation oder den Beruf frühzeitig zu verlassen [4, 29]. Daher sind, neben Prävention sowie zielgerichteter Interventionen, um belastende Situationen zu reduzieren (wie z. B. Aggression), Massnahmen zum Umgang mit emotional belastenden Situationen im Arbeitsalltag von Gesundheitsfachpersonen besonders wichtig.

### □ **Begleitung nach emotional belastenden Situationen**

Eine gezielte Reflexion (selbst-reflexion, Reflexion in Gruppen, web-basierte Reflexionsprogramme) von emotional belastenden Situationen im Arbeitsalltag von Gesundheitsfachpersonen kann deren Gesundheit und Zufriedenheit positiv beeinflussen [30-32]. In den STRAIN Fokusgruppeninterviews äusserten Gesundheitsfachpersonen in Spitälern, Psychiatrien, Alters-/Pflegeheime sowie Spitex Organisationen oftmals den Wunsch nach einer gezielten Begleitung bei emotional belastenden Situationen im Arbeitsalltag. Die gemeinsame Analyse und Diskussion emotional belastender Situationen im intra-/interprofessionellen Team sowie ein zur Verfügung stehendes Care Team oder psychologischer Dienst wurden häufig als sinnvoll genannt. Besonders Gesundheitsfachpersonen in Alters- und Pflegeheime sowie Spitex Organisationen äusserten in den STRAIN Fokusgruppeninterviews zudem, dass sie sich Zeit zum Abschied nehmen nach einem Todesfall wünschen (bspw. durch ein Ritual im Team).

### □ **Stärkung der Ressourcen zum Umgang mit emotional belastenden Situationen**

In den STRAIN Fokusgruppeninterviews wurde ebenfalls die Stärkung von Ressourcen zum Umgang mit emotional belastenden Situationen im Arbeitsalltag häufig erwähnt. Dabei scheint zentral, dass die Organisationsstrategie die Mitarbeitenden und deren Gesundheit in den Fokus stellt, um dadurch den Stress zu reduzieren, stressinduzierte Erkrankungen zu senken und eine langfristige Gesundheitsförderung zu erreichen. Präventive Massnahmen wie gezielte interne oder externe Trainingsangebote für bestimmte Themen (bspw. Umgang mit Aggression, Sterbebegleitung, ethisch schwierigen Entscheidungen), Berufsgruppen oder Arbeitsbereiche sowie eine Stärkung von Ressourcen zum Umgang mit emotional belastenden Situationen können hier hilfreich sein [33, 34].

### □ **Umgang mit Aggression am Arbeitsplatz**

Gesundheitsfachpersonen sind in ihrem Arbeitsalltag häufig mit aggressivem Verhalten seitens der Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten oder Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren Angehörigen konfrontiert [28, 35, 36]. Auch Aggression zwischen den Mitarbeitenden selbst kann zu einem Problem im Arbeitsalltag werden [34]. Das Ausmass von Aggression und das Stress-Level am Arbeitsplatz sind dabei stark miteinander verbunden [34, 36]. Massnahmen zur Prävention, Deeskalation und Verarbeitung von Aggressionseignissen im Arbeitsalltag sind daher nicht nur für die Mitarbeitenden selbst, sondern für die gesamte Betriebskultur relevant. Hilfreich kann bspw. ein gezieltes multiprofessionelles Weiterbildungsangebot im Bereich Kommunikation, Deeskalation und Aggressionsmanagement sein. Voraussetzung sind zudem organisationsinterne Richtlinien zur Prävention und zum Umgang mit Aggression im Arbeitsalltag.



### 1.3 Körperliche Anforderungen

Gesundheitsfachpersonen sind durch schmerzhafte oder ermüdende Haltungen, das Tragen oder Bewegen von Personen, schwerer Lasten sowie sich ständig wiederholenden Bewegungen teilweise hohen körperlichen Anforderungen bei der Arbeit ausgesetzt [3] und berichten über muskuloskelettale Beschwerden [37]. Beschwerden im unteren Rückenbereich können zu Problemen in anderen Körperregionen führen (bspw. durch schmerzbedingte Fehlhaltungen). Um muskuloskelettalen Beschwerden, einer möglichen Chronifizierung und damit verbundenen Langzeitabsenzen vorzubeugen, sind daher präventive Massnahmen sowie eine regelmässige Evaluation der Ergonomie am Arbeitsplatz sinnvoll [38].

#### □ Förderung körperlicher Aktivität

Mehrere Studien zeigen, dass kurze und regelmässige körperliche Aktivitäten durch gezielte Übungen einen positiven Effekt auf Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen zeigen. Zudem können einfache körperliche Aktivitäten am Arbeitsplatz die Wahrnehmung der Schmerzintensität bei Kopfschmerzen, Nacken- und Schulterschmerzen reduzieren. Arbeitgebende können ihren Mitarbeitenden bspw. kurze Videos mit gezielten Übungen, regelmässige Trainingseinheiten (bspw. mit einem Physiotherapeuten), oder den (vergünstigten) Zugang zu Fitnessstudios zur Verfügung stellen [39-41].

#### □ Physische Entspannung

Wie mehrere Studien zeigen, können physische (z. B. passiv in Form von Massagen oder aktiv durch spezifische Übungen) sowie mentale Entspannungstechniken (z. B. Meditation, Yoga) zu einer Reduktion der Arbeitsbelastung beitragen [42]. Hilfreich können bspw. vergünstigte organisationsinterne oder externe Massagen sowie Yoga-Angebote sein [42, 43].

#### □ Ergonomie und Hilfsmittel am Arbeitsplatz

Das Arbeitsgesetz weist Organisationen auf eine ergonomische Gestaltung der Arbeitsplätze, -geräte und Hilfsmittel hin, um Mitarbeitende vor körperlichen Schäden zu schützen [44]. Bei Einzel- oder Mehrfachbenutzung von Büro-Arbeitsplätzen können individuell verstellbare Stühle und Tische (bspw. Stehpulte) sowie das Angebot einer organisationsinternen ergonomischen Beratung am Arbeitsplatz sinnvoll sein. Zusätzliche Hilfsmittel wie bspw. ein höhenverstellbares Pflegebett, Duschstühle sowie Hilfsmittel für die Mobilisation (bspw. einen Personen-Hebelift) können sehr wichtig sein. Auch gezielte Weiterbildungsangeboten im Bereich Ergonomie und Kinästhetik können die Mitarbeitenden unterstützen, eine optimale ergonomische Arbeitsweise im Alltag umsetzen zu können.

### 1.4 Arbeitsumgebungsfaktoren

#### □ Gesundheit und Lärmbelastung in der Arbeitsumgebung

Mitarbeitende in Spitälern sind pausenlos Geräuschen ausgesetzt. Die Hintergrundgeräusche werden u.a. durch die Lüftung, medizinische Geräte und Gespräche der Personen im Spital verursacht. Laute, aber kurze Geräusche können zusätzlich vorkommen, wie z. B. das Schlagen von Türen, Aufeinanderschlagen von Metall oder Alarmsignale. Von Gesundheitsfachpersonen wird diese Geräuschkulisse mit erhöhtem Stress, Irritation, Müdigkeit und Spannungskopfschmerz in Verbindung gebracht [45]. Bei einer regelmässigen starken Lärmbelastung können akustische Interventionen, wie z. B. Verhaltensänderungen, Ruhezeiten oder das Reduzieren der Lautstärke von Alarmsignalen, Geräusche vermindern. Auch können spezielle Ruhe- und Rückzugszonen für das Personal eingerichtet werden. Auch ein ruhiges Piket-Zimmer als Ruhe- und Rückzugsort sollte zur Verfügung stehen. Die Lautstärke am Arbeitsplatz kann zudem durch das Reduzieren der Lautstärke von Alarmsignalen (falls möglich) sowie einer gezielten Geräuschkürzung durch räumliche Abtrennungen erreicht werden. Andererseits kann bspw. bereits in der Bauphase darauf geachtet werden, dass Lärm absorbierendes Material verwendet wird und der architektonische Grundriss schalldämpfend ist [45].

#### □ Gesundheit und Temperatur in der Arbeitsumgebung

Die thermische Behaglichkeit kann das Wohlbefinden und die Gesundheit von Gesundheitsfachpersonen beeinflussen. Gemäss internationalen Standards beträgt die ideale Arbeitstemperatur 24°C - 26°C. Niedrigere oder höhere Temperaturen sind dann zu empfehlen, wenn der Patientenkomfort oder die medizinischen Bedingungen danach verlangen [46]. In den STRAIN Fokusgruppeninterviews äusserten einige der befragten Gesundheitsfachpersonen, dass sie sich besonders im Sommer eine stärkere klimatische Regulierung am Arbeitsplatz wünschen (bspw. durch eine Klimaanlage).

## 2 – ARBEITSORGANISATION UND -INHALT

---

Dieses Kapitel beinhaltet Empfehlungen zur Förderung von Entwicklungsmöglichkeiten, Optimierung des Handlungsspielraums sowie zur Stärkung der Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz von Gesundheitsfachpersonen. Wie Studienresultate zeigen, sind Führung, Arbeitszufriedenheit und Verbundenheit zum Arbeitsplatz eng miteinander verbunden [47, 48]. Dabei spielen auch Entwicklungsmöglichkeiten, Entlohnung sowie zwischenmenschliche Beziehungen eine wichtige Rolle [3, 47, 49]. Diese Themen wurden nicht nur in früheren Studienresultaten bereits als zentral identifiziert, sondern zeigen sich ebenfalls in den ersten STRAIN Resultaten als wichtige Anhaltspunkte für das Schweizer Gesundheitspersonal [3, 9].

### □ **Optimale Entwicklungsmöglichkeiten schaffen**

Organisationen, welche ihre Mitarbeitenden bei der Karriereentwicklung unterstützen und ihnen vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten bieten, weisen eine stärkere Bindung sowie eine bessere Verbleibquote ihrer Mitarbeitenden in der Organisation beziehungsweise dem Beruf auf [50, 51]. Aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels sind gute Entwicklungsmöglichkeiten für alle Gesundheitsfachpersonen zentral, um die Bindung an die Organisation zu verbessern [3]. Entwicklungsmöglichkeiten können durch umfassende Bildungsangebote, einer Erweiterung der beruflichen Kompetenzen sowie klaren beruflichen Beschäftigungsverhältnissen gefördert werden [6, 52]. Um die Karriere von Mitarbeitenden gezielt zu fördern und zu managen, können zudem Mentoringprogramme, organisationspezifische Richtlinien oder Workshops sowie gezielte regelmässige Gespräche zur Karriereplanung sinnvoll sein [53, 54]. Ziel dabei ist es, individuelle Interessen und Fähigkeiten der Mitarbeitenden mit organisatorischen Möglichkeiten in Einklang zu bringen [54].

### □ **Handlungsspielraum optimieren**

Wie auch das «Job-Demand-Control-Modell» verdeutlicht, können hohe Anforderungen und wenig Kontrolle / Entscheidungsspielraum bei der Arbeit zu einer stärkeren Belastung (Erschöpfung, Depressionen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) führen [55, 56]. Wie auch aus den STRAIN Fokusgruppeninterviews hervorgegangen ist, wünschen sich viele Mitarbeitende eine oder einen Vorgesetzten, die oder der selbstbestimmtes Arbeiten zulässt und fördert. Der Handlungsspielraum sollte daher in regelmässigen Gesprächen durch die vorgesetzte Person evaluiert und optimiert werden.

### □ **Faire und einheitliche Entlohnung**

Die befragten Gesundheitsfachpersonen in den Fokusgruppeninterviews haben nicht grundsätzlich mehr Lohn vorgeschlagen, sondern möchten vielmehr eine einheitliche und faire Entlohnung in der Organisation erreichen. Themen wie Lohngleichheit bezüglich Berufserfahrung, Geschlecht und Qualifikation von Mitarbeitenden sowie eine faire Entlohnung von Pikett- oder Bereitschaftsdiensten sowie Zusatzfunktionen wurden als zentral genannt.

### □ **Verbundenheit fördern durch positives Denken**

Die Identifikation der Mitarbeitenden mit dem Arbeitgeber kann durch die Stärkung des Gemeinschaftsgefühls erhöht werden. Dadurch werden diese zu Botschafterinnen und Botschaftern für das Unternehmen, was die Arbeitgeberattraktivität auf dem Markt erhöht [57]. Den Fokus auf positive Erfahrungen und gemeinsam erreichte Erfolge zu richten, hat das Potenzial, das generelle Wohlbefinden sowie das Gemeinschaftsgefühl zu stärken und positiv auf zwischenmenschliche Beziehungen zu wirken [58]. Es geht einerseits darum, den Mitarbeitenden gezielte und regelmässige Wertschätzung entgegenzubringen und diese in bereits bestehenden Routinen zu verankern. Andererseits geht es auch darum, gemeinsame Erfolge im Team bewusst zu feiern und positive Ereignisse aus dem Arbeitsalltag zu teilen.

## 3 – SOZIALE BEZIEHUNGEN UND FÜHRUNG

Die STRAIN Empfehlungen im Bereich 'Soziale Beziehungen und Führung' beinhalten Themen zur Rollenklarheit, Rollenkonflikten, Führungsqualitäten, Wertschätzung, Feedback und Fehlerkultur sowie zu sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz. In diesem Kapitel erläutern wir diese Thematik ausführlich.

### 3.1 Rollenklarheit und kompetenzgerechter Einsatz

Ein guter Mix und optimaler Arbeitseinsatz von Gesundheitsfachpersonen ist in Anbetracht der zur Verfügung stehenden Ressourcen und Anforderungen im Gesundheitswesen ein zentrales Thema [59]. Erste Resultate der STRAIN Basismessung 2017/2018 zeigen, dass 37% der befragten Gesundheitsfachpersonen in bis zu 20% ihrer Arbeitszeit Tätigkeiten erledigen, welche ihrer Ansicht nach nicht in ihr berufliches Aufgabengebiet gehören. Weitere 10% der befragten Gesundheitsfachpersonen gaben zudem an, dass dies in mehr als 20% ihrer Arbeitszeit der Fall ist. Von diesen Personen gaben 54% der Ärztinnen und Ärzte, 44% der medizinisch-technisch-therapeutischen Berufspersonen und 37% der Pflegepersonen an, oftmals bis immer Aufgaben erledigen zu müssen, für die sie ihrer Ansicht nach überqualifiziert sind. Um die vorhandenen Personalressourcen optimal einzusetzen und gleichzeitig die Rollenklarheit und Zusammenarbeit der Mitarbeitenden zu fördern, können sich Interventionen in diesem Bereich lohnen.

#### □ Mix und Tätigkeitsprofil der Mitarbeitenden optimieren

Es gibt verschiedene Ansätze, um den Skill- und Grade Mix und das Aufgabengebiet der Mitarbeitenden zu analysieren und zu optimieren [59, 60]. Untenstehend sind einige Möglichkeiten zur Umsetzung vorgestellt:

1. **Klare Definition der zu erfüllenden Aufgaben:** Erstellung einer Liste mit Aufgaben, welche die Mitarbeitenden im Rahmen ihrer Rolle erfüllen sollen (z. B. Stellenbeschreibung)
2. **Ist-Situation:** Erstellung einer Liste gemeinsam mit den Mitarbeitenden mit Aufgaben, welche die Mitarbeitenden während ihrer Dienstzeit tatsächlich ausführen.
3. **Identifizieren von Unterschieden (Aufgaben abgeben):**
  - 3.1 Identifizieren von Tätigkeiten, welche von Mitarbeitenden ausgeführt werden, obwohl diese nicht der tatsächlichen Rolle entsprechen.
  - 3.2 Wer sollte diese Tätigkeit stattdessen ausführen (bspw. administrative Arbeitskraft)? Können diese Tätigkeit an eine bereits bestehende Stelle delegiert werden oder muss eine neue Stelle für diese Arbeit geschaffen werden?
4. **Identifizieren von Unterschieden (Aufgaben hinzufügen):**
  - 4.1 Welche Tätigkeiten sollten die Mitarbeitenden stattdessen erfüllen, für die aktuell die Zeit fehlt? Werden diese durch eine andere Berufsgruppe oder gar nicht ausgeführt?
  - 4.2 Wer führt aktuell die Tätigkeit aus? Wie könnte diese Tätigkeit der geeigneten Funktionsstufe/Rolle übergeben werden? Falls Aufgaben weggelassen werden: Weshalb wird diese Aufgabe weggelassen? Ist diese wichtig für das zu erfüllende Tätigkeitsgebiet? Falls ja, wie könnte diese Aufgabe integriert werden?

In den STRAIN Fokusgruppeninterviews haben Gesundheitsfachpersonen aus verschiedenen Arbeitsbereichen und Disziplinen häufig vorgeschlagen, vor allem administrative und logistische Tätigkeiten zentral zu bündeln und auf administratives Personal auszulagern. Ebenso wird ein stärkerer Einsatz von technologischen Hilfsmitteln im Alltag gewünscht.

#### □ Klare Arbeitsabläufe und Prozesse definieren

Klar strukturierte Arbeitsabläufe und Arbeitsprozesse können nicht nur förderlich sein, um Verantwortlichkeiten bei der Zusammenarbeit zu definieren, sondern auch um Arbeitsabläufe klarer zu gestalten und Ressourcen zu schonen. In den Fokusgruppeninterviews äusserten einige der befragten Gesundheitsfachpersonen den Wunsch nach klaren und einheitlichen Arbeitsabläufen und Verantwortlichkeiten (bspw. bei einem Belegarztsystem, der Zusammenarbeit von Hausärztinnen und -ärzten und Spitexmitarbeitenden, usw.). Interprofessionell gemeinsam definierte Arbeitsabläufe klären Aufgaben und Verantwortlichkeiten und können die künftige Zusammenarbeit verbessern.

### □ Klarheit bezüglich Rollen und Kompetenzen schaffen

Das Erstellen von klaren und einheitlich geregelten Kompetenzen und Aufgabenbeschreibungen für jede 'Rolle' oder 'Funktion' ist nicht nur für die betroffenen Mitarbeitenden zentral, sondern auch für die Zusammenarbeit in der eigenen Disziplin sowie interprofessionell. Eine Funktions- und Kompetenzmatrix bietet einen geeigneten Überblick zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen und ihren Verantwortlichkeiten.

- Gibt es im eigenen Arbeitsbereich klare Kompetenzen und Rollen für jede 'Funktion'?
- Unterscheiden sich diese in Bezug auf Aufgaben und Verantwortung zu anderen Teams oder Stationen in der Organisation?
- Sind diese Kompetenzen für andere Disziplinen transparent und klar?
- Werden alle Mitarbeitende nach ihrem Ausbildungsstand entsprechend eingesetzt (bspw. bei Personen in Ausbildung)?

### 3.2 Rollenkonflikte

Rollenkonflikte können aufgrund widersprüchlichen Rollenanforderungen im Alltag entstehen und stehen bei Gesundheitsfachpersonen in Zusammenhang mit einer höheren Unzufriedenheit und der Absicht, die Organisation sowie den Beruf zu verlassen [3, 61]. Zu den Rollenkonflikten gehört, dass Mitarbeitende Arbeiten ausführen müssen, die sie gerne auf andere Weise umsetzen würden. Dies kann zu moralischen Konflikten in Bezug auf die eigene Rolle und zu einer verminderten Produktivität führen. Gesundheitsfachpersonen können als Folge von moralischen Konflikten auch Wut gegenüber sich selbst oder anderen empfinden sowie Angst vor weiteren ähnlichen Konflikten, Selbstzweifel, Resignation und Burnout-Symptome entwickeln [61-65].

### □ Transparenz und Diskussion von Rollenkonflikten

Rollenkonflikte können bspw. in Zusammenhang mit Zeitmangel bei der Pflege- und Behandlung oder ökonomischen Einschränkungen auftreten. Wie Interventionsstudien zu diesem Thema aufzeigen, scheinen gezielte Benennung, Diskussion und das gemeinsame Ausarbeiten von Strategien im Arbeitsalltag zur Prävention und Umgang mit Rollenkonflikten sinnvoll zu sein [61, 66, 67]. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auch auf Auszubildende und Berufseinsteiger gelegt werden, um diese optimal bei ihrem Einstieg in den Arbeitsalltag vorzubereiten und Rollenkonflikte transparent zu diskutieren [62].

### 3.3 Führungsqualitäten, Wertschätzung und Feedback

Führungspersonen haben eine wichtige Schlüsselrolle, wenn es um arbeitsbedingten Stress ihrer Mitarbeitenden geht [8, 9, 68]. Studien zeigen, dass die 'Führung' (positiv oder negativ) einen starken Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit, das Wohlbefinden sowie die Krankheitsabwesenheit von Mitarbeitenden haben kann [8, 69, 70]. Das Verhalten der Führungspersonen und das der Mitarbeitenden ist zudem stark miteinander verbunden (feedback loop). 'Gestresste' Führungspersonen können demnach eine Zunahme negativer Gefühle der Mitarbeitenden bewirken, die wiederum zu einer Abnahme des unterstützenden Führungsverhaltens führen und umgekehrt [71]. Dies funktioniert jedoch auch in die andere Richtung, indem Führungspersonen mit einem aktiven und unterstützenden Führungsstil auch positive Reaktionen bei den Mitarbeitenden auslösen, was insgesamt die Ressourcen und das Wohlbefinden von Mitarbeitenden und Führungspersonen steigern kann [71]. Führungspersonen sind also zentral, wenn es um die gesetzten Rahmenbedingungen, den wahrgenommenen arbeitsbedingten Stress sowie die Zufriedenheit und das Wohlbefinden ihrer Mitarbeitenden geht.

### □ Direktes Feedback zu eigenen Führungsqualitäten einholen

Eine direkte Bewertung durch die Mitarbeitenden kann hilfreich sein, um als Führungsperson die eigenen Führungsfähigkeiten zu optimieren [72, 73]. Feedback können in Form einer regelmässigen kurzen anonymen Umfrage (bspw. mittels 360° Feedback), an Teamsitzungen oder bei regelmässigen Mitarbeitergesprächen eingeholt werden. Dabei können auch die hier beschriebenen Punkte thematisiert werden: Umgang mit Fehlern, Feedbackkultur, Miteinbezug der Mitarbeitenden bei Entscheidungen, Führungsstil und Unterstützung im Alltag, das Arbeitsklima sowie den Handlungsspielraum.

## □ **Miteinbezug von Mitarbeitenden und kurze Entscheidungswege**

Die befragten Mitarbeitenden in den Fokusgruppeninterviews wünschen sich einen partizipativen Führungsstil und kurze Entscheidungswege in ihrer Organisation. Führungspersonen sollten jedoch vor allem den besten Führungsstil entsprechend der Unternehmenskultur und organisatorischer Reife wählen und dabei Charakteristika, Kompetenzen und Entwicklungspotential einzelner Mitarbeitenden berücksichtigen [47, 74].

- Welcher Führungsstil wird in der Organisation gelebt?
- Wie sind die hierarchischen Strukturen und Entscheidungswege in der Organisation geregelt?
- Sind relevante Berufsgruppen in der Geschäftsleitung vertreten?
- Werden Mitarbeitende bei wichtigen Entscheidungen, welche ihre Arbeit betreffen, miteinbezogen, bspw. bei der Erstellung des neuen Leitbildes, neu ausgearbeiteten Richtlinien, Rekrutierung von neuen Teammitgliedern?
- Werden gemeinsam mit den Mitarbeitenden Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation ausgearbeitet?
- Haben Mitarbeitende die Möglichkeit, ihre Ideen einzubringen und wird dies grundsätzlich gefördert?

## □ **Unterstützung, Präsenz und klare Positionierung**

Die Unterstützung durch Führungspersonen im Arbeitsalltag wird nicht nur in der Literatur als wichtiges Führungsverhalten beschrieben [75, 76], sondern wurde auch in den STRAIN Fokusgruppeninterviews von Mitarbeitenden aus verschiedensten Gesundheitsberufen und Organisationen als zentral genannt. Dabei geht es einerseits darum, als vorgesetzte Person grundsätzlich präsent zu sein und andererseits die Mitarbeitenden in schwierigen Situationen zu unterstützen. Das bedeutet, sich bspw. als vorgesetzte Person in Konflikt- und Krisensituationen für die Mitarbeitenden einzusetzen und sich klar zu positionieren (bspw. bei Aggressionsereignissen von Patientinnen und Patienten oder Besucherinnen und Besucher, bei fehlenden personellen Ressourcen im Arbeitsfeld oder bei Konflikten betreffend Rollen und Kompetenzen).

## □ **Begleitung von neuen Führungspersonen**

Fachpersonen, welche neu eine Führungsrolle übernehmen, benötigen diesbezüglich Begleitung und Unterstützung [74]. Es geht darum, künftige Führungspersonen von Seiten der Ausbildung, wie auch von Seiten der Organisation zu unterstützen. Einerseits sollten neue Führungspersonen die benötigten Skills in Weiterbildungen erlernen und andererseits mit gezielten Programmen besser auf ihre neue Rolle vorbereitet und in der Organisation begleitet werden (z.B. in Form eines Mentoring-Programms [77]).

## □ **Feedbackkultur gezielt fördern**

Wie sich in den ersten STRAIN Resultaten gezeigt hat, gab die Mehrheit der befragten Gesundheitsfachpersonen an, nicht ausreichend Feedback von ihrer oder ihrem direkten Vorgesetzten zur Qualität ihrer Arbeit zu erhalten (25% selten-nie, 36% teilweise erhaltenes Feedback). Eine systematische Feedbackkultur ist jedoch für Führungspersonen zentral, um gegenüber den Mitarbeitenden regelmässige Anerkennung und Wertschätzung auszudrücken, ihnen gezielte Unterstützung und Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen und sie somit langfristig in der Organisation halten zu können [10, 78, 79]. Eine regelmässige, offene und konstruktive Feedbackkultur hat nicht nur das Potential, den individuellen Lerneffekt von Mitarbeitenden zu fördern und Arbeitsprozesse zu optimieren, sondern auch insgesamt das Arbeitsklima positiv zu beeinflussen [10]. Das Planen von regelmässigen Feedback-Gesprächen kann dazu dienen, individuelle Entwicklungsmöglichkeiten und Förderung fachlicher Stärken der Mitarbeitenden zu thematisieren, Wertschätzung für die geleistete Arbeit zu zeigen sowie auch gezieltes Feedback zu den eigenen Führungsqualitäten bei den Mitarbeitenden einzuholen.

## □ **Erreichen einer positiven Fehlerkultur**

Dies wurde in den STRAIN Fokusgruppeninterviews von Teilnehmenden aus verschiedenen Gesundheitsorganisationen und Berufsgruppen als einer der wichtigsten Entwicklungspunkte identifiziert. Hier stellt sich zunächst wieder die Frage nach der vorherrschenden 'Haltung' oder 'Kultur', welche aktuell dazu im Arbeitsfeld gelebt wird:

- Wie werden 'Fehler' oder 'beinahe Fehler' erfasst und kommuniziert, gibt es eine Regelkommunikation?
- Werden Fehler offen angesprochen oder verschwiegen?
- Haben Fehler negative Folgen für Mitarbeitende?

- Wird aus Fehlern gelernt und deren direktes Optimierungspotenzial genutzt (bspw. in einer Wissensdatenbank)?
- Spricht die Führungsperson offen über ihre eigenen Fehler?

Für das Erreichen einer positiven Fehlerkultur ist es in einem ersten Schritt wichtig zu akzeptieren, dass Fehler zum Arbeitsalltag dazu gehören. Zudem bergen Fehler viel Lernpotential. Ein positiver und offener Umgang mit Fehlern kann helfen, bspw. Arbeitsabläufe oder Kommunikationsstrukturen zu optimieren. Auch ein regelmässiger professionsspezifischer sowie interprofessioneller Austausch kann hilfreich sein, um gegenseitiges Feedback geben zu können, mögliche Fehlerquellen aus dem Alltag zu diskutieren und gemeinsame Optimierungsmassnahmen auszuarbeiten und bspw. Prozesse qualitativ zu verbessern.

### **3.4 Soziale Kontakte, Arbeitsatmosphäre und Teamkultur**

Eine gute Zusammenarbeit und funktionierende Kommunikationskultur sind essenziell. Sie haben nicht nur einen direkten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit, die Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz und das Arbeitsklima unter den Mitarbeitenden, sondern wirken sich auch auf die Qualität der Versorgung sowie den langfristigen Erfolg der Organisationen aus [42, 80-83]. Zur Stärkung der Zusammenarbeit und Kommunikationskultur spielen Faktoren wie Offenheit und Transparenz der Kommunikation, der Teamzusammenhalt sowie die Förderung eines interprofessionellen Austauschs eine zentrale Rolle.

#### **□ Erreichen einer offenen und transparenten Kommunikationskultur**

Eine offene, klare und transparente Kommunikation kann potenzielle Mitarbeitende begeistern und somit die Attraktivität der Organisation erhöhen [84]. Zur Erreichung einer guten Kommunikationskultur ist die Mitsprachemöglichkeit der Mitarbeitenden sowie gegenseitiges Verständnis, Respekt und Wertschätzung zentral [85]. Auch Inputs von Führungspersonen zu Themen wie Kommunikationsfähigkeit, Konfliktlösungsansätzen und Empowerment führen gemäss Studien zu einer Reduktion der Burnout-Symptome und emotionaler Erschöpfung bei den Mitarbeitenden [86]. Zudem können regelmässige Veranstaltungen für Mitarbeitende hilfreich sein. An diesen Anlässen soll die Unternehmens-/Bereichsleitung den Mitarbeitenden offen die wirtschaftlichen Daten, Projekte und Entwicklungen der Organisation präsentieren und anschliessend mit den Mitarbeitenden in den Dialog treten [87].

#### **□ Fokus auf Sozialkompetenz und Kollegialität**

Der Wunsch nach einem guten Arbeitsklima wurde von den befragten Gesundheitsfachpersonen in den STRAIN Fokusgruppeninterviews häufig genannt. Es geht darum, nachhaltig ein unterstützender, verständnis- und respektvoller Umgang im intra-/interprofessionellen Team wie auch von Seiten der vorgesetzten Person zu erreichen. Soziale Unterstützung kann sich positiv auf persönliche Kompetenzen, gesundheitsförderndes Verhalten, effektive Copingstrategien, das Gefühl von Stabilität und Selbstwert, die eigene Stimmung sowie das Erleben von Angst und Depression auswirken [88, 89]. Daher sollten Sozialkompetenz und Kollegialität sowohl bei der Rekrutierung neuer Mitarbeitenden wie auch bei der Beförderung aktueller Mitarbeitenden ein wichtiges Kriterium darstellen [74].

- Welche Kompetenzen neuer Mitarbeitenden stehen für die Führungsperson im Vordergrund?
- Stehen bei der Neubesetzung einer Führungsposition die Sozial- und Führungskompetenzen oder eher die fachlichen Kompetenzen der Kandidatinnen und Kandidaten im Vordergrund?
- Werden Mitarbeitende aktiv in den Rekrutierungsprozess neuer Teammitglieder oder Vorgesetzten einbezogen?

#### **□ Teambildung und Teamzusammenhalt stärken**

Zur Stärkung der Teambildung und des Teamzusammenhalts sind aktive Massnahmen notwendig. Studienresultate zeigen auf, dass dadurch einerseits das Arbeitsumfeld und andererseits die Fähigkeit, Konflikte im Team besser lösen zu können, verbessert werden [90]. Ein starker Teamzusammenhalt führt zudem zu einer Reduktion von Stress- und Burnout-Symptomen, einer Stärkung des Gemeinschaftsgefühls und einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit [82]. Faktoren wie die gegenseitige Unterstützung, Vertrauen, klare Kommunikation, Rollenklarheit sowie gemeinsame Werte und eine klare Richtung im Team tragen zu einer guten Zusammenarbeit bei [91]. Mitarbeitende aus allen Disziplinen erwähnen in den Fokusgruppeninterviews die Förderung des regelmässigen Austauschs im Team als weiteren wichtigen Faktor. Dieser Austausch kann beispielsweise durch regelmässige Feedbackrunden, einen fachlichen Austausch zu bestimmten Themen, Supervision oder durch Teamweiterbildungen und Teamanlässe erfolgen.

## □ **Gezielte Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit**

Eine gezielte Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit führt zu einer deutlichen Reduktion von Stressoren und einer Erhöhung der erlebten Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen sowie der Führungsperson [24, 92]. Die Einführung von regelmässigen interprofessionellen Teammeetings, gemeinsamen Fallbesprechungen, Workshadowing, Weiterbildungen zu spezifischen Themen, wie auch das Treffen von gezielten Massnahmen zur Förderung des Gemeinschaftsgefühls sind wichtige Punkte, welche Führungspersonen bei der interprofessionellen Zusammenarbeit beachten können. Die Voraussetzung dazu ist eine klare Definition und Aufteilung der Rollen sowie von Arbeitsabläufen und Verantwortungsbereichen. Auch das Definieren von gemeinsamen Zielen für die Patientinnen und Patienten sowie das Treffen von verbindlichen Absprachen, wie z. B. die Planung der ärztlichen Visite, sind zentral, damit die interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert.

## 4 – VEREINBARKEIT VON ARBEITS- UND PRIVATLEBEN

Die Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben hat sich in der STRAIN Studie wie auch in anderen Studienergebnissen als relevantester Ansatzpunkt gezeigt, wenn es um die Gesundheit, Zufriedenheit und den Verbleib im Beruf von Schweizer Gesundheitsfachpersonen geht [4, 93]. Dabei spielen Führungspersonen eine grosse Rolle für positive Veränderungen [16].

Bei Massnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben ist in einem ersten Schritt wichtig zu identifizieren, welche Kultur diesbezüglich in der eigenen Organisation sowie Disziplin gelebt wird. Folgende Fragen geben Hinweise auf die gelebte Unternehmenskultur:

- Wird es als 'leistungsfähig' oder 'gewünscht' angesehen, wenn Mitarbeitende und Führungspersonen häufig Überstunden leisten?
- Werden Mitarbeitende gelobt, wenn sie trotz Krankheit zur Arbeit erscheinen?
- Werden Präferenzen der Mitarbeitenden bei der Arbeitsplanung berücksichtigt?
- Werden neue Modelle entwickelt, um die Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben stärker zu fördern?

Nachfolgend befinden sich Massnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben von Mitarbeitenden. Die einzelnen Vertiefungsfragen können dazu dienen, das Potenzial der Stressreduktion sichtbar zu machen.

### □ Einhalten von gesetzlich festgelegten Pausen- und Ruhezeiten

In der STRAIN Basismessung gaben 10 % der teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen an, die gesetzlich festgelegten Pausenzeiten in ihrem Arbeitsalltag selten bis nie einhalten zu können. Auch in den STRAIN Fokusgruppeninterviews wurde das Einhalten der gesetzlich festgelegten Pausen- und Ruhezeiten als zentraler Handlungspunkt genannt. Auch das häufige Leisten von Mehrarbeit und Überstunden kann sich negativ auf die Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben der Mitarbeitenden auswirken [16]. Hier lohnt es sich deshalb, genauer hinzuschauen:

- Gibt es Dienste, bei welchen aktuell keine Pausenablösung möglich ist (bspw. im Nachtdienst, im Triage-Dienst in der Notaufnahme, etc.)?
- Werden Dienste geleistet, welche nicht mit den gesetzlichen Bestimmungen vereinbar sind (bspw. 'Bereitschaftsdienst' zu Hause auf Abruf ohne Pikettvergütung)?
- Können Mitarbeitende ihre geleistete Überzeit erfassen und zeitnah kompensieren?

### □ Mitarbeiterfreundliche Dienste priorisieren

Häufiges Leisten von Pikettdiensten/Rufbereitschaft, Wochenenddiensten und geteilten Diensten zeigen sich in den Resultaten der STRAIN Basismessung als besonders negativ in ihrer Auswirkung, wenn es um die Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben der Mitarbeitenden geht. Hier kann es sich deshalb lohnen, auf eine faire Verteilung dieser Dienste unter den Mitarbeitenden zu achten und zu prüfen, ob z.B. geteilte Dienste in jedem Fall benötigt werden oder ob gewisse Kompromisslösungen bezüglich der Gestaltung der Dienstzeiten gefunden werden. Möglich ist auch ein Mitarbeitendenpool, welcher z.B. reguläre Mitarbeitende in Nachtdiensten oder Spätdiensten entlasten kann.

### □ Frühzeitige und individuelle Dienstplanung

Die Dienstplanung zeigte sich in den meisten Fokusgruppeninterviews von Mitarbeitenden aus allen Disziplinen sowie in den quantitativen Resultaten aus der STRAIN Basismessung als zentral. Denn 16 % der befragten Gesundheitsfachpersonen äussern sich als nicht zufrieden mit ihren Arbeitszeiten in Bezug auf ihr persönliches Wohlergehen und 26 % als nicht zufrieden in Bezug auf ihr Privatleben. Zudem äusserten 37 % der Gesundheitsfachpersonen wenig bis keinen Einfluss auf die Erstellung ihres Dienstplans zu haben und 46 % würden gerne ihre gegenwärtige Schichtform ändern (und bspw. mehrheitlich in einer bestimmten Schicht arbeiten). Hier lohnt es sich deshalb, sich folgende Fragen zu stellen:

- Welchen Einfluss haben die Mitarbeitenden auf ihren Dienstplan?
- Ist das Tauschen von Diensten einfach?
- Kann der Arbeitseinsatzplan ein Monat früher erstellt und ausgehändigt werden?
- Wissen die Führungspersonen über persönliche Präferenzen und die privaten Anforderungen ihrer Mitarbeitenden Bescheid und fliessen diese Informationen mehrheitlich in die Arbeitsplanung ein?
- Wäre es auch denkbar, dass die Mitarbeitenden ihren Arbeitsplan selbst erstellen? (Zeigte signifikante Verbesserung der Work-Life-Balance und Arbeitszufriedenheit [94])



## □ **Ferienplanung und Möglichkeit auf unbezahlten Urlaub**

Über 30 % der befragten Gesundheitsfachpersonen haben angegeben, teilweise bis gar nicht frei entscheiden zu können, wann sie ihre Ferien machen.

- Können alle Mitarbeitenden den Zeitpunkt der Ferien selbst bestimmen?
- Wird es den Mitarbeitenden ermöglicht, ohne grosse bürokratische Hürden unbezahlten Urlaub oder einzelne unbezahlte freie Tage für private Angelegenheiten oder zur Entlastung zu beziehen?

## □ **Flexible Arbeits- und Dienstplanmodelle**

Der Wunsch nach flexiblen Arbeits- und Dienstplanmodellen wurde von teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen in den STRAIN Fokusgruppeninterviews häufig geäussert.

- Wird «Home-Office» bei administrativen Tätigkeiten ermöglicht?
- Sind Gleitarbeitszeiten in gewissen Diensten oder Arbeitsbereichen möglich, um die Flexibilität für Mitarbeitende zu erhöhen?
- Wäre es möglich, dass die Mitarbeitenden ihren Dienstplan selbst erstellen (siehe Punkt «Frühzeitige und individuelle Dienstplanung»)?
- Werden individuelle Lösungen betreffend Arbeitszeiten z. B. für Teilzeitarbeitende angeboten?
- Besteht die Möglichkeit für «Job Sharing» für Mitarbeitende mit und ohne Führungsaufgaben?
- Werden geeignete Dienstplanmodelle für spezifische Mitarbeitergruppen (z. B. Mitarbeitende 50+) und deren Bedarfe angeboten?

## □ **Family-Supportive Supervisor Behaviour**

Wie mehrere Studien aufzeigen, kann ein 'familienförderndes Verhalten' der oder des direkten Vorgesetzten nicht nur die Zufriedenheit, sondern auch die Gesundheit der Mitarbeitenden positiv beeinflussen [95, 96]. Ein 'familienförderndes' Verhalten meint, dass die oder der Vorgesetzte effektive Verhaltensweisen zeigt, wie Konflikte zwischen Arbeits- und Privatleben von Mitarbeitenden gehandhabt werden können. Dies beinhaltet z. B. den Mitarbeitenden mehr Kontrolle über ihre individuelle Arbeitszeit zu geben sowie das Privatleben und die Freizeit der Mitarbeitenden bewusst zu respektieren (z. B. kurzfristige Änderungen in der Dienstplanung minimieren, regelmässiges 'Einspringen' vermeiden, keine obligate Erreichbarkeit, Sitzungen oder Anlässe in der Freizeit). Ebenso beinhaltet dies, dass Vorgesetzte die Mitarbeitenden gezielt darin unterstützen, die Anforderungen aus dem Arbeits- und Privatleben besser zu vereinen oder als Führungsperson mit einem positiven Beispiel voranzugehen. Auch ein 'creative management' ist hier zentral, wobei es darum geht, erfinderisch und flexibel zu sein, um die Arbeit so zu planen, dass sowohl das Leben der Mitarbeitenden als auch die Produktivität am Arbeitsplatz davon profitieren. Es können auch Mitarbeitende dazu ermutigt werden, kreative Anregungen einzubringen, wie ihre Arbeit sowohl zum Wohle der Organisation als auch der Familie oder der persönlichen Prioritäten organisiert werden kann (z. B. Implementierung neuer Formen der Zusammenarbeit).

## 5 – UMSETZUNG DER EMPFEHLUNGEN IM ARBEITS- ALLTAG

---

Organisationsinterne Richtlinien und Kommunikationsstrategien mit proaktiven und sichtbaren Engagements für die Gesundheit und Sicherheit der beschäftigten Gesundheitsfachpersonen sind als Teil der Organisationskultur wesentlich [10]. Bei der Planung und Umsetzung von Präventions- und Interventionsstrategien zur Reduktion von Stress am Arbeitsplatz können einerseits übergreifende Massnahmen für alle Gesundheitsfachpersonen in der Organisation sinnvoll sein (wie bspw. zusätzliche Flexibilität durch unbezahlten Urlaub oder einzelne unbezahlte freie Tage einzuführen). Andererseits zeigen die STRAIN Resultate, dass sich das Ausmass von gewissen Stressoren in unterschiedlichen Hierarchien [9] und Berufsgruppen [3] unterscheiden kann. Daher sind gezielte Präventions- und Interventionsmassnahmen für spezifische Rollen und Arbeitsfelder zielführend. Es empfiehlt sich, das Ausmass von Stressoren, Stressreaktion und Langzeitkonsequenzen auch nach Abschluss der STRAIN Studie regelmässig weiterhin zu erfassen, um Veränderungen erkennen und darauf reagieren zu können [7, 52].

### Was braucht es für eine erfolgreiche Umsetzung der STRAIN Empfehlungen?

- **Engagement und Priorität des Managements** – Das Engagement von Führungspersonen spielt eine zentrale Rolle bei der erfolgreichen Umsetzung der Massnahmen zur Stressreduktion in der Organisation [6]. Vor allem ein deutliches Engagement des Top-Managements innerhalb der Organisation ist nötig, um effektive Massnahmen zur Prävention und Reduktion von Stress am Arbeitsplatz zu implementieren. Entscheidend für den Erfolg sind zudem die aktive Umsetzten der Massnahmen auf allen Führungsebenen [6, 7, 10, 52]. Für die Steigerung der Arbeitgeberattraktivität und für den Erhalt bestehender Fachkräfte innerhalb der Organisation, sollten die Gesundheit der Mitarbeitenden die Kernpriorität für das Top-Management sein [10].
- **Bereitschaft des Umfelds** – Eine Organisationskultur, die Interventionen zur Stressreduzierung unterstützt, scheint wesentlich für den Erfolg zu sein [6, 7]. Außerdem sollten die Massnahmen auf die spezifischen Begebenheiten der Organisation zugeschnitten werden, Barrieren und Hürden bei der Umsetzung sollten evaluiert werden sowie adäquate Ressourcen für eine erfolgreiche Umsetzung verfügbar sein [10, 52].
- **Partizipativer Prozess** – In mehreren Leitfäden wird darauf hingewiesen, dass der Einbezug von Mitarbeitenden bei der der Entwicklung, Planung, Umsetzung und Evaluation beeinflusst, ob die Massnahme zur Prävention und Reduktion von Stress am Arbeitsplatz in der Organisation erfolgreich umgesetzt werden kann [6, 7, 10, 52, 97, 98].
- **Werbung und Kommunikation** – Die Sensibilisierung und adäquate Kommunikation der geplanten Massnahme vor der Umsetzung durch routinemäßige Kommunikationskanäle, in Meetings oder in internen Mitarbeiterbesprechungen sowie eine klare Kommunikation realistischer Erwartungen sind für eine erfolgreiche Umsetzung ebenfalls wichtig [7, 10, 52].
- **Evaluation** – Eine Ausgangsbewertung vor Einführung der Massnahme und eine anschließende regelmäßige Evaluierung des Umsetzungsprozesses sowie der Implementierung wird ebenfalls empfohlen. Dabei soll auf die tatsächlichen Auswirkungen der gewählten Massnahme(n) zur Stressreduktion geachtet werden [6, 7, 10, 52, 97].

# LITERATURVERZEICHNIS

---

1. World Health Organisation, *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. 2016, Geneva: World Health Organization.
2. Merçay, C., L. Burla, and M. Widmer, *Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030 (Obsan Bericht 71)*. 2016, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
3. Peter, K.A., et al., *Work-related stress among health professionals in Swiss acute care and rehabilitation hospitals-A cross-sectional study*. Journal of Clinical Nursing, 2020. 29(15-16): p. 3064-3081.
4. Hämmig, O., *Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals - a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland*. BMC Health Service Research, 2018. 18(1): p. 785.
5. Kroezen, M., et al., *Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research*. Health Policy, 2015. 119(12): p. 1517-28.
6. NIOSH, *Exposure to Stress. Occupational Hazards in Hospitals*. 2008: National Institute for Occupational Safety and Health.
7. Leka, S., A. Griffiths, and T. Cox, *Work Organization and Stress*. 2003, World Health Organisation: Geneva.
8. Donaldson-Feilder, E., J. Yarker, and R. Lewis, *Line management competence: the key to preventing and reducing stress at work*. Strategic HR Review, 2008. 7(2): p. 11-16.
9. Peter, K.A., et al., *Investigating work-related stress among health professionals at different hierarchical levels: A cross-sectional study*. Nursing Open, 2020. 7(4): p. 969-979.
10. NICE, *Workplace health: management practices - NICE guideline*. 2015, London: National Institute for Health and Care Excellence.
11. Peter, K. A., R. J. G. Halfens, S. Hahn, and J. M. G. A. Schols, *Factors associated with work-private life conflict and leadership qualities among line managers of health professionals in Swiss acute and rehabilitation hospitals – a cross-sectional study*. BMC Health Services Research, 2021. 21(1): p. 81. doi:10.1186/s12913-021-06092-1
12. Skakon, J., et al., *Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research*. Work & Stress, 2010. 24(2): p. 107-139.
13. Glasø, L. and S. Einarsen, *Experienced affects in leader-subordinate relationships*. Scandinavian Journal of Management, 2006. 22(1): p. 49-73.
14. Schubert, M., *Rationing of Nursing Care: Associations with Patient Safety and Quality of Hospital Care*. 2008, Basel: Medizinischen Fakultät und der Philosophisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Basel.
15. Pronovost, P.J., et al., *Physician Staffing Patterns and Clinical Outcomes in Critically Ill Patients: A Systematic Review*. Journal of the American Medical Association, 2002. 288(17): p. 2151-2162.
16. Albertsen, K., et al., *Workhours and worklife balance*. Scandinavian Journal of Work Environment & Health, 2008. 5: p. 14-21.
17. Aiken, L.H., et al., *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. Journal of the American Medical Association, 2002. 288(16): p. 1987-93.
18. Aiken, L.H., et al., *Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States*. BMJ, 2012. 344: p. e1717.
19. Schubert, M., et al., *RICH - Nursing Study. Rationing of Nursing Care in Switzerland = CH*. 2005, Basel: Institut für Pflegewissenschaft im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.
20. Duffield, C., et al., *Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes*. Appl Nurs Res, 2011. 24(4): p. 244-55.
21. Zúñiga, F., et al., *Are staffing, work environment, work stressors, and rationing of care related to care Workers' perception of quality of care? A cross-sectional study*. Journal of the American Medical Directors Association, 2015. 16(10): p. 860-866.
22. Rickard, G., et al., *Organisational intervention to reduce occupational stress and turnover in hospital nurses in the Northern Territory, Australia*. Collegian, 2012. 19(4): p. 211-21.

23. Simon, M. and S. Mehmecke, *Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser*. 2017, Hans-Böckler-Stiftung WPdFd.
24. Bourbonnais, R., C. Brisson, and M. Vézina, *Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting*. *Occupational & Environmental Medicine*, 2011. 68(7): p. 479-486.
25. Dziuba-Ellis, J., *Float Pools and Resource Teams: A Review of the Literature*. *Journal of Nursing Care Quality*, 2006. 21(4): p. 352-359.
26. Johnstone, M.-J., O. Kanitsaki, and T. Currie, *The Nature and Implications of Support in Graduate Nurse Transition Programs: An Australian Study*. *Journal of Professional Nursing*, 2008. 24(1): p. 46-53.
27. Buddeberg-Fischer, B., et al., *Junior physicians' workplace experiences in clinical fields in German-speaking Switzerland*. *Swiss Med Wkly*, 2005. 135(01-02): p. 19-26.
28. Hahn, S., et al., *Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey*. *Journal of Advanced Nursing*, 2012. 68(12): p. 2685-99.
29. Peter, K.A., *Work-related stress among health professionals working in Swiss hospitals, nursing homes and home care organisations: an analysis of stressors, stress reactions and long-term consequences of stress at work among Swiss health professionals*. 2020, Maastricht University: Ridderprint.
30. Kang HJ and B. KS., *Development and Evaluation of a Self-Reflection Program for Intensive Care Unit Nurses Who Have Experienced the Death of Pediatric Patients*. *J Korean Acad Nurs*, 2017. 47(3): p. 392-405.
31. Zwijsen, S., et al., *Coming to grips with challenging behaviour: a cluster randomised controlled trial on the effects of a new care programme for challenging behaviour on burnout, job satisfaction and job demands of care staff on dementia special care units*. *International Journal of Nursing Studies*, 2015. 52(1): p. 68-74.
32. Harder, N., J. Lemoine, and R. Harwood, *Psychological outcomes of debriefing healthcare providers who experience expected and unexpected patient death in clinical or simulation experiences: A scoping review*. *Journal of Clinical Nursing*, 2019. 29: p. 330-346.
33. O'Keefe, P.A. and L. Linnenbrink-Garcia, *The Role of Interest in Optimizing Performance and Self-Regulation*. *Journal of Experimental Social Psychology* 58:70-78, 2014. 58: p. 70-78.
34. Lim, J., F. Bogossian, and K. Ahern, *Stress and coping in Australian nurses: a systematic review*. *International Nursing Review*, 2010. 57(1): p. 22-31.
35. Peter, K.A. and S. Hahn, *Aggressionserlebnisse junger Pflegefachpersonen im Akutspital: Eine qualitative Situationsanalyse*. *Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft*, 2014. 1(1): p. 32-39.
36. Magnavita, N., *Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: a chicken-and-egg situation-results of a 6-year follow-up study*. *J Nurs Scholarsh*, 2014. 46(5): p. 366-76.
37. Menzel, N.N., et al., *The physical workload of nursing personnel: association with musculoskeletal discomfort*. *International Journal of Nursing Studies*, 2004. 41: p. 859-867.
38. Daraiseh, N.M., et al., *Low back symptoms among hospital nurses, associations to individual factors and pain in multiple body regions*. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 2010. 40: p. 19-24.
39. White, M.I., et al., *Physical Activity and Exercise Interventions in the Workplace Impacting Work Outcomes: A Stakeholder-Centered Best Evidence Synthesis of Systematic Reviews*. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2016. 7(2): p. 61-74.
40. Sjögren T., et al., *Effects of a workplace physical exercise intervention on the intensity of headache and neck and shoulder symptoms and upper extremity muscular strength of office workers: a cluster randomized controlled cross-over trial*. *Pain*, 2005. 116(1-2): p. 119-128.
41. Voit, S., *Work-site health and fitness programs: Impact on the employee and employer*. *Work*, 2001. 16(3): p. 273-286.
42. Ruotsalainen, J., et al., *Preventing occupational stress in healthcare workers*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(11): p. Cd002892.

43. Dwivedi, U., S. Kumari, and H. Nagendra, *Effect of yoga practices in reducing counterproductive work behavior and its predictors*. Indian J Psychiatry, 2016. 58(2): p. 216-219.
44. SECO. *Ergonomie der Arbeitsplätze und körperliche Belastungen*. 2017; Available from: <https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/gesundheitschutz-am-arbeitsplatz/Ergonomie.html>.
45. Ryherd, E.E., et al., *Noise Pollution in Hospitals: Impacts on Staff*. Journal of clinical outcomes management, 2012. 19(11): p. 491-500.
46. Khodakarami, J. and N. Nasrollahi, *Thermal comfort in hospitals – A literature review*. Renewable and Sustainable Energy Reviews, 2012. 16(6): p. 4071– 4077.
47. Mosadeghrad, A.M. and M. Ferdosi, *Leadership, job satisfaction and organizational commitment in healthcare sector: proposing and testing a model*. Mater Sociomed, 2013. 25(2): p. 121-6.
48. Wong, C.A. and H.K. Spence Laschinger, *The influence of frontline manager job strain on burnout, commitment and turnover intention: a cross-sectional study*. International Journal of Nursing Studies, 2015. 52(12): p. 1824-33.
49. Azeem, S.M. and N. Akhtar, *The Influence of Work Life Balance and Job Satisfaction on Organizational Commitment of Healthcare Employees*. International Journal of Human Resource Studies, 2014. 4(2): p. 18-24.
50. Gaffney, S., *Career Development as a Retention and Succession Planning Tool*. The Journal for Quality and Participation, 2005. 28(3): p. 7-10.
51. Arar, T. and M. Öneren, *Role of Talent Management in Career Development of Generation Z: A Case Study of a Telecommunication Firm*. International Academic Journal of Social Sciences, 2018. 5(1): p. 28-44.
52. RNAO, *Developing and Sustaining Safe, Effective Staffing and Workload Practices (2nd ed.)*. 2017, Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.
53. Adekola, B., *Career planning and career management as correlates for career development and job satisfaction. A case study of nigerian bank employees*. Australian Journal of Business and Management Research, 2011. 1(2): p. 100-112.
54. Morrison, R.F. and R.R. Hock, *Career building: Learning from cumulative work experiences*, in Career development in organizations, D.T. Hall and Associates., Editors. 1986, Jossey-Bass: San Francisco. p. 236-273.
55. Bosma, H., et al., *Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study*. BMJ, 1997. 314(7080): p. 558-65.
56. Karasek, R.A., *Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign*. Administrative Science Quarterly, 1979. 24(2): p. 285.
57. Lange, J., *Feel Good Management – Anforderungen und Aufgabengebiete*. 2019, Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.
58. Gable, S., et al., *What Do You Do When Things Go Right? The Intrapersonal and Interpersonal Benefits of Sharing Positive Events*. Journal of personality and social psychology, 2004. 87: p. 228-45.
59. Buchan, J., J. Ball, and F. O'May, *Determining skill mix in the health workforce: guidelines for managers and health professionals. Issues in health services delivery. Discussion Paper 3. Dept. of Organization of Health Services Delivery*. 2000, Geneva: World Health Organization.
60. Brearley, B. *How Leaders Can Fix Unclear Roles and Responsibilities*. 2016; Available from: <https://www.thoughtfulleader.com/unclear-roles-and-responsibilities/>.
61. Lamiani, G., L. Borghi, and P. Argentero, *When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates*. Journal of Health Psychology, 2015. 22(1): p. 51-67.
62. Berger, J.T., *Moral Distress in Medical Education and Training*. Journal of General Internal Medicine, 2014. 29(2): p. 395-398.
63. Piko, B.F., *Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey*. International Journal of Nursing Studies, 2006. 43(3): p. 311-8.

64. Rovithis, M., et al., *Role conflict and ambiguity among physicians and nurses in the public health care sector in Crete*. Archives of Hellenic Medicine, 2017. 34(5): p. 648-655.
65. Tunc, T. and R.O. Kutanis, *Role conflict, role ambiguity, and burnout in nurses and physicians at a university hospital in Turkey*. Nursing & health sciences, 2009. 11(4): p. 410-6.
66. Beumer, C., *Innovative solutions: The effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting*. Dimensions of Critical Care Nursing, 2008. 27(6): p. 263–267.
67. Leggett, J., et al., *A pilot study examining moral distress in nurses working in one United States burn center*. Journal of Burn Care & Research, 2013. 34(5): p. 521–528.
68. Kelloway, E.K., et al., *Transformational leadership and employee psychological well-being: The mediating role of employee trust in leadership*. Work and Stress, 2012. 26(1): p. 39-55.
69. Kuoppala, J., et al., *Leadership, job well-being, and health effects--a systematic review and a meta-analysis*. Journal of occupational Environment & Medicine, 2008. 50(8): p. 904-15.
70. Kelloway, E.K. and J. Barling, *Leadership development as an intervention in occupational health psychology*. Work and Stress, 2010. 24(3): p. 260-279.
71. van Dierendonck, D., et al., *Leadership behavior and subordinate well-being*. J Occup Health Psychol, 2004. 9(2): p. 165-75.
72. Azam, A., *Combined leadership development practices: improving organizational performance through organizational commitment*. International Journal of Business Reflections, 2020. 1(1).
73. Das, U.K. and J. Panda, *The Impact of 360 Degree Feedback on Employee Role in Leadership Development*. Asian Journal of Management, 2017. 8(4): p. 962-966.
74. Daly, J., et al., *The importance of clinical leadership in the hospital setting*. Journal of Healthcare Leadership, 2014. 2014(6): p. 75-83.
75. Gilbreath, B. and P.G. Benson, *The contribution of supervisor behaviour to employee psychological well-being*. Work and Stress, 2004. 18(3): p. 255-266.
76. Van der Heijden, B.I., et al., *Toward a mediation model for nurses' well-being and psychological distress effects of quality of leadership and social support at work*. Medicine (Baltimore), 2017. 96(15): p. 1-6.
77. Buddeberg-Fischer, B., E. Vetsch, and G. Mattanza, *Career support in medicine - experiences with a mentoring program for junior physicians at a university hospital*. Psycho-social medicine, 2004. 1: p. Doc04-Doc04.
78. Flüter-Hoffmann, C., *Vertrauen – Ergebnisorientierung – Eigenverantwortung: Unternehmenskultur aus Sicht der Arbeitgeber*, in Fehlzeiten-Report 2016: Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen, B. Badura, et al., Editors. 2016, Springer Berlin Heidelberg: Berlin, Heidelberg. p. 33-42.
79. Kuvaas, B., R. Buch, and A. Dysvik, *Constructive supervisor feedback is not sufficient: Immediacy and frequency is essential*. Human Resource Management, 2017. 53(3): p. 519-531.
80. Delarue, A., et al., *Teamworking and organizational performance: A review of survey-based research*. International Journal of Management Reviews, 2008. 10(2): p. 127-148.
81. Li, J., et al., *Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession--prospective results from the European longitudinal NEXT study*. International Journal of Nursing Studies, 2011. 48(5): p. 628-35.
82. Li, A., et al., *Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout*. Journal of Professional Nursing, 2014. 30(1): p. 89-99.
83. Estryng-Behar, M., et al., *The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses*. Medical Care, 2007. 45(10): p. 939-50.
84. Matzke, U., *Personalgewinnung und -bindung im Wandel*, in Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal. Entwicklung und Chancen, A. Simon, Editor. 2018, Springer-Verlag GmbH: Berlin-Heidelberg. p. 115-136.

85. Flin, R., et al., *Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools*. 2009, Geneva: World Health Organization .
86. Wei, R., et al., *Active Intervention Can Decrease Burnout In Ed Nurses*. *Journal of emergency nursing*, 2017. 43: p. 145-149.
87. Kappel, J., *Interne Entwicklung zu einem attraktiven Arbeitgeber im Gesundheitswesen - Massnahmen zur Mitarbeiterbindung*, in *Sanierungsfall Krankenhaus*, K. Blum and A. Weigand, Editors. 2015, Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft mbH: Düsseldorf. p. 269-272.
88. Shirey, M.R., *Social Support in the Workplace: Nurse Leader Implications*. *Nursing Economics*, 2004. 22(6): p. 313-319.
89. Langford, C.P., et al., *Social support: a conceptual analysis*. *Journal of Advanced Nursing*, 1997. 25(1): p. 95-100.
90. Ostermann, T., M. Bertram, and A. Büssing, *A pilot study on the effects of a team building process on the perception of work environment in an integrative hospital for neurological rehabilitation*. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2010. 10: p. 10-10.
91. Rubin, I., M. Plovnick, and R. Fry, *Initiating Planned Change in Health Care Systems*. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 1974. 10.
92. Mikkelsen, A., P. Øystein Saksvik, and P. Landsbergis, *The impact of a participatory organizational intervention on job stress in community health care institutions*. *Work & Stress*, 2000. 14(2): p. 156-170.
93. Hausler, N., M. Bopp, and O. Hammig, *Effort-Reward Imbalance, Work-Privacy Conflict, and Burnout Among Hospital Employees*. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2018. 60(4): p. e183-e187.
94. Pryce, J., K. Albertsen, and K. Nielsen, *Evaluation of an open-rota system in a Danish psychiatric hospital: a mechanism for improving job satisfaction and work-life balance*. *Journal of Nursing Management*, 2006. 14(4): p. 282-288.
95. Hammer, L.B., et al., *Clarifying work-family intervention processes: the roles of work-family conflict and family-supportive supervisor behaviors*. *Journal of Applied Psychology*, 2011. 96(1): p. 134-50.
96. Hammer, L.B. and E. Kossek, *Family Supportive Supervisor Behaviors (FSSB)- Training Manual* 2013.
97. European Commission, *Occupational health and safety risks in the healthcare sector - Guide to prevention and good practice*. 2011, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
98. RNAO, *Developing and Sustaining Effective Staffing and Workload Practice*. 2007, Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

## **KONTAKT**

STRAIN  
Berner Fachhochschule  
Gesundheit  
Murtenstrasse 10  
3008 Bern

E-Mail: [strain.health@bfh.ch](mailto:strain.health@bfh.ch)

[www.gesundheit.bfh.ch/strain](http://www.gesundheit.bfh.ch/strain)