



Universität  
Basel

Medizinische Fakultät  
Departement Public Health

Pflegewissenschaft  
Nursing Science

# SPOT<sup>nat</sup>

spitex koordination und qualität  
coordination et qualité de l'aide et des soins à domicile  
coordinamento e qualità dell'assistenza e cura a domicilio

## Nationaler Bericht

Basel, April 2023



**University  
of Basel**

Faculty of Medicine  
Department of Public Health

Pflegewissenschaft  
Nursing Science

**SPOT<sup>nat</sup>**

**Spitex Koordination und Qualität –  
eine nationale Studie**

**Nationaler Bericht**

Basel, April 2023

Tania Martins, Nathalie Möckli, Franziska Zúñiga, Carla Meyer-Masseti, Roland Fischer, Sandrine Pihet,  
Matthias Wächter, Christine Serdaly, Aurora Monticelli, Catherine Blatter, Anja Renner, Michael Simon.



Die SPOT<sup>nat</sup> Studie (Spitex Koordination und Qualität – eine nationale Studie) ist ein Forschungsprojekt zum besseren Verständnis der strukturell-organisatorischen Bedingungen sowie der Situation des Pflege- und Betreuungspersonals in der spitalexternen Pflege und Betreuung (Spitex) in der Schweiz. Die SPOT<sup>nat</sup> Studie wurde vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel unter Mitwirkung folgender Personen durchgeführt (Nennung in alphabetischer Reihenfolge):

### **Studienleitung**

Tania Martins, MSc | Teil-Projektleitung | Universität Basel  
Nathalie Möckli, MSc | Projektleitung | Universität Basel  
Prof. Dr. Franziska Zúñiga | Studienleitung | Universität Basel

### **Forschungsgruppe**

Dr. med. Roland Fischer | Universität Basel  
Tania Martins, MSc | Universität Basel  
Prof. Dr. phil. Carla Meyer-Massetti | Universität Basel und Universität Bern  
Nathalie Möckli, MSc | Universität Basel  
Prof. Dr. Sandrine Pihet | Hochschule für Gesundheit Freiburg  
Christine Serdaly, MSc | Serdaly&Ankers, Conches  
Prof. Dr. Michael Simon | Universität Basel  
Dr. Matthias Wächter | Hochschule Luzern  
Prof. Dr. Franziska Zúñiga | Universität Basel

### **Mitarbeitende am SPOT<sup>nat</sup> Projekt**

Martina Attinger, Dipl.-Forstw. | Universität Basel  
Catherine Blatter, MSc | Universität Basel  
Rachel Bunger | Universität Basel  
Alexander Deiss, Dipl.-Inf. | Universität Basel  
Esther Locatelli, MSc | Universität Basel  
Aurora Monticelli, BSc | Universität Basel  
Noémie Pasquier, MSc | Hochschule für Gesundheit Freiburg  
Michael Ketzer, MSc | Universität Basel  
Anja Renner, MSc | Universität Basel  
Barbara Villiger, MSc | Universität Basel

### **Stakeholder Begleitgruppe**

Esther Bättig | Spitex Schweiz  
Gabriela Bolliger | bolliger gesundheitsmanagement  
Beatrice Caviezel | LangzeitSchweiz  
Dr. Irena Anna Frei | Spitex Basel  
Therese Grolimund | Bundesamt für Gesundheit  
Christina Guéninchault | Institution Genevoise de maintien à domicile (Imad)  
Margrit Hilpertshauer | Spitex Gaiserwald  
Esther Indermauer | Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)  
Rachel Jenkins | Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VFP AFG Spitex)  
Hannes Koch | Swiss Nurse Leaders  
Silvia Marti | Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)



Sonia Pellegrini | Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)  
Rosmarie Pfau | European Patients' Academy on Therapeutic Innovation (EUPATI)  
Markus Reck | Spitex Zürich  
Kirsten Saynisch | Spitex RegioArbon (bis 30. Mai 2022)  
Prof. Dr. René Schwendimann | Universitätsspital Basel  
Brigitta Stocker | Pro Senectute Nidwalden  
Prisca Stucki-Thür | Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VFP AFG Spitex)  
Dr. med. Florian Suter | mediX nordwest  
Kai Trachsel | Association Spitex Privée Suisse (ASPS)  
Stephan Tschöpe | Abteilung Lanzeitpflege, Kanton BS  
Corinne Ullmann | Verwaltung Gemeinde Stein am Rhein  
Valérie Vouillamoz | Walliser Vereinigung der sozialmedizinischen Zentren  
Delphine Vuilloud | Gesundheitsdirektion Kanton VD

### Übersetzungen

Irene Aeberli (Deutsch)  
Gabriela Bertilaccio (Italienisch)  
Katharine Patula (Französisch)  
Carola Schneider (Französisch)

### Lektorat

Angelika Rachor (Deutsch)

### Das SPOT<sup>nat</sup> Projekt wird finanziell unterstützt von

Stiftung Pflegewissenschaft Schweiz, Ebnet Stiftung

### Zitierweise

Martins\*, T., Möckli\*, N., Zúñiga\*, F. et al. (2023). *SPOT<sup>nat</sup> – Spitex Koordination und Qualität – eine nationale Studie. Nationaler Bericht*. Universität Basel. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7843008>

\*Diese Autorinnen haben zu gleichen Teilen zu dieser Arbeit beigetragen.

Alle Rechte vorbehalten.

© 2023 Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität Basel

## Vorwort und Danksagung

Im vorliegenden Schlussbericht stellen wir die Resultate der SPOT<sup>nat</sup> Befragung (Spitex Koordination und Qualität – eine nationale Studie) zusammen, die von Januar 2021 bis September 2021 in 88 Spitex-Organisationen in der Schweiz durchgeführt worden ist. Im Fokus dieser umfassenden Erhebung zur aktuellen Situation in der spitalexternen Pflege und Betreuung stehen die Koordination und Versorgungsqualität, die Arbeitsumgebungsqualität sowie die Personalergebnisse z. B. hinsichtlich Arbeitszufriedenheit oder Kündigungsabsicht. Die Studienresultate erlauben einen ersten Einblick in die aktuellen Bedingungen in der Schweizer Spitex. Der Bericht richtet sich an alle Stakeholder und weitere interessierte Kreise und beschreibt vorwiegend diejenigen Kernthemen der Spitex, in denen national und regional Handlungsbedarf besteht. Angesichts der zunehmenden Verschiebung vom stationären in den ambulanten Sektor hofft die Forschungsgruppe, mit SPOT<sup>nat</sup> Impulse für verschiedene Initiativen zu geben, um die Spitex in der Schweiz und ihre zentrale Rolle für die Versorgung zu Hause weiter zu stärken. Die Ergebnisse können als Basis für die Weiterentwicklung der Pflege- und Betreuungsqualität, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und für die Personalplanung im Spitex-Bereich verwendet werden. Über die nächsten Monate wird die Forschungsgruppe vertiefende wissenschaftliche Analysen durchführen und die Berichterstattung laufend auf der SPOT<sup>nat</sup> Webseite (<https://spotnat.nursing.unibas.ch>) ergänzen.

Wir danken allen herzlich, die an unserer Studie teilgenommen haben, für ihre Unterstützung und für die gute Zusammenarbeit – trotz unsicherer Pandemielage. Ohne den tatkräftigen Einsatz und die aktive Teilnahme der Spitex-Leitungen, -Mitarbeitenden, -Klient/-innen und deren Angehörigen an unserer Befragung wäre dieses Forschungsprojekt nicht möglich gewesen.

Unser Dank gilt auch den Expert/-innen, die mit ihren Kommentaren die Bedeutung und die Auswirkungen der Resultate beleuchten und uns beim Identifizieren von Handlungsbedarf zur Seite stehen. Wir danken den SPOT<sup>nat</sup> Stakeholdern für ihre kontinuierliche Unterstützung, ihre konstruktiven Kommentare und Ratschläge während der gesamten Studie. Dieses Mittragen auf breiter Ebene hilft uns Forschenden, unsere Ziele klar zu definieren und uns anschliessend darauf zu fokussieren. Ebenso gilt unser Dank der Stiftung Pflegewissenschaft Schweiz und der Ebnet Stiftung für ihre grosszügige finanzielle Unterstützung der Studie.

Wir wünschen eine aufschlussreiche Lektüre und anregende Diskussionen!



Tania Martins  
Teil-Projektleitung SPOT<sup>nat</sup>



Nathalie Möckli  
Projektleitung SPOT<sup>nat</sup>



Franziska Zúñiga  
Studienleitung SPOT<sup>nat</sup>



## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung .....	ix
1 Einleitung .....	1
1.1 Aufbau des Berichts und Hinweise zur Lektüre .....	1
1.2 Repräsentativität der Daten .....	2
1.3 Informationen zur Darstellung der Resultate .....	2
2 Allgemeine Merkmale der Stichprobe .....	7
2.1 Allgemeine Merkmale der teilnehmenden Spitex-Organisationen .....	7
2.2 Allgemeine Merkmale der teilnehmenden Spitex-Mitarbeitenden .....	9
2.3 Allgemeine Merkmale der teilnehmenden Spitex-Klient/-innen .....	12
2.4 Allgemeine Merkmale der teilnehmenden Angehörigen .....	14
3 Pflege- und Betreuungsqualität .....	16
3.1 Einschätzung der Pflege- und Betreuungsqualität (Sicht Mitarbeitende und Betriebsleitungen) .	16
3.2 Bewertung der erhaltenen Pflege und Betreuung (Sicht Klient/-innen und Angehörige) .....	19
3.3 Massnahmen zur Qualitätssicherung (Sicht Betriebsleitungen) .....	20
3.4 Arbeit mit Advanced Practice Nurses bzw. Pflegeexpert/-innen (Sicht Betriebsleitungen) .....	24
4 Personenzentrierter Pflege- und Versorgungsprozess .....	26
4.1 Pflege- und Versorgungsprozess (Sicht Mitarbeitende) .....	26
4.2 Gespräche mit Klient/-innen über Gesundheitsanliegen (Sicht Klient/-innen) .....	27
4.3 Eintreffen und Anzahl Spitex-Personen (Sicht Klient/-innen) .....	27
5 Arbeitsumgebung der Spitex-Mitarbeitenden .....	30
5.1 Führung (Sicht Mitarbeitende) .....	30
5.2 Vorhersehbarkeit (Sicht Mitarbeitende) .....	33
5.3 Rollenklarheit und Rollenkonflikte (Sicht Mitarbeitende) .....	34
5.4 Soziale Unterstützung und Feedback (Sicht Mitarbeitende) .....	37
6 Sicherheitskultur .....	40
6.1 Umgang mit Fehlern (Sicht Betriebsleitungen) .....	40
6.2 Sicherheitsklima (Sicht Mitarbeitende) .....	41
6.3 Teamwork (Sicht Mitarbeitende) .....	43
7 Medikationsmanagement .....	48
8 Kommunikation .....	50
8.1 Kommunikationssysteme (Sicht Betriebsleitungen) .....	50
8.2 Kommunikationskanäle (Sicht Mitarbeitende) .....	51
8.3 Fallbesprechungen (Sicht Betriebsleitungen) .....	51
8.4 Elektronischer Datenaustausch (Sicht Betriebsleitungen) .....	52



8.5	Kommunikation und Informationsaustausch im Versorgungsteam (Sicht Mitarbeitende)	53
8.6	Kommunikation mit der Spitex (Sicht Klient/-innen)	54
9	Zusammenarbeit im Versorgungsteam	57
9.1	Einschätzung der Zusammenarbeit im Versorgungsteam (Sicht Mitarbeitende)	57
9.2	Abstimmung der Arbeit mit anderen Berufsgruppen (Sicht Mitarbeitende)	58
9.3	Anzahl involvierte Fachpersonen (Sicht Klient/-innen)	58
9.4	Anzahl involvierte Fachpersonen (Sicht Angehörige)	58
10	Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem	60
11	Koordination	62
11.1	Einschätzung der Zusammenarbeit und Koordination der Spitex (Sicht Klient/-innen)	62
11.2	Einschätzung der Koordinationsrolle der Spitex-Mitarbeitenden (Sicht Klient/-innen)	63
11.3	Koordination im Versorgungsteam (Sicht Mitarbeitende)	67
11.4	Koordinationslücken (Sicht Mitarbeitende)	67
11.5	Erlebte Koordination der gesundheitlichen Dienstleistungen (Sicht Klient/-innen)	69
11.6	Allgemeine Einschätzung der Koordination (Sicht Klient/-innen)	71
11.7	Allgemeine Einschätzung der Koordination (Sicht Angehörige)	71
11.8	Allgemeine Einschätzung der Koordination (Sicht Mitarbeitende)	72
12	Zusammenarbeit mit Angehörigen	74
12.1	Erlebte Zusammenarbeit und Koordination mit Angehörigen (Sicht Mitarbeitende)	74
12.2	Erlebte Koordination mit der Bezugsperson (Sicht Angehörige)	76
12.3	Erlebte Koordination mit dem Spitex-Personal (Sicht Angehörige)	78
12.4	Einbezug der Angehörigen in die Planung der Versorgung (Sicht Angehörige)	80
13	Unterstützung durch die Angehörigen	82
13.1	Unterstützung durch Familie, Freunde oder Bekannte (Sicht Klient/-innen)	82
13.2	Angaben zur Betreuung / Unterstützung durch die Angehörigen (Sicht Angehörige)	83
14	Personalausstattung	86
14.1	Gesamter Personalbestand im 2020 (Sicht Betriebsleitungen)	86
14.2	Ressourcen und Personalausstattung (Sicht Mitarbeitende)	87
14.3	Fluktuation im Jahr 2020 (Sicht Betriebsleitungen)	89
14.4	Beurteilung der Rekrutierungssituation (Sicht Betriebsleitungen)	90
14.5	Ausbildungsplätze (Sicht Betriebsleitungen)	93
15	Arbeitsplanung	94
15.1	Bezugspersonensysteme (Sicht Betriebsleitungen)	94
15.2	Tourenplanung (Sicht Betriebsleitungen)	96
15.3	Arbeitsgestaltung der letzten drei Arbeitstage (Sicht Mitarbeitende)	98



15.4	Schichtarbeit (Sicht Mitarbeitende).....	99
15.5	Überzeit (Sicht Mitarbeitende) .....	99
16	Betriebliche Angebote, Anforderungen und Zufriedenheit der Mitarbeitende.....	101
16.1	Betriebliche Angebote für Mitarbeitende (Sicht Betriebsleitungen).....	101
16.2	Erlebte Anforderungen bei der Arbeit (Sicht Mitarbeitende) .....	101
16.3	Arbeitszufriedenheit (Sicht Mitarbeitende) .....	103
16.4	Kündigungsabsicht (Sicht Mitarbeitende) .....	104
17	Gesundheit der Mitarbeitenden .....	107
17.1	Absentismus und Präsentismus (Sicht Mitarbeitende).....	107
17.2	Gesundheit am Arbeitsplatz (Sicht Mitarbeitende) .....	107
17.3	Burnout (Sicht Mitarbeitende).....	108
17.4	Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben (Sicht Mitarbeitende).....	110
18	Gewalt durch Klient/-innen gegenüber Spitex-Mitarbeitenden .....	114
19	Finanzierung der Spitex-Leistungen .....	116
19.1	Auflagen im Rahmen von Leistungsverträgen (Sicht Betriebsleitungen).....	116
19.2	Restfinanzierung Pflege (Sicht Betriebsleitungen).....	118
19.3	Patientenbeteiligung (Sicht Betriebsleitungen).....	120
19.4	Finanzierungsarten (Sicht Betriebsleitungen) .....	121
19.5	Kostendruck (Sicht Betriebsleitungen) .....	122
20	Finanzielle Belastungen der Klient/-innen.....	125
20.1	Finanzielle Belastungen der Klient/-innen (Sicht Klient/-innen) .....	125
20.2	Verzicht auf Leistungen (Sicht Betriebsleitungen).....	127
21	COVID-19 .....	129
21.1	COVID-19 (Sicht Betriebsleitungen).....	129
21.2	COVID-19 (Sicht Mitarbeitende).....	130
21.2.1	Auswirkungen der Pandemie .....	131
21.2.2	Umgang mit der Pandemie.....	132
22	Diskussion .....	134
22.1	Pflege- und Betreuungsqualität .....	134
22.2	Koordination.....	135
22.3	Kommunikation .....	136
22.4	Bezugspersonensystem .....	137
22.5	Klientensicherheit .....	137
22.6	Personalausstattung.....	138
22.7	Gesundheit der Mitarbeitenden .....	138
22.8	Psychosoziale Aspekte der Arbeitsumgebung .....	139





22.9	Implikationen für die Zukunft.....	139
23	Schlussfolgerungen .....	140
	Abkürzungsverzeichnis .....	141
	Tabellenverzeichnis.....	142
	Abbildungsverzeichnis.....	142
	Referenzen .....	146
	Appendix.....	154
A1.	Hintergrund der SPOT <sup>nat</sup> Studie .....	154
A2.	Fragestellungen .....	155
A3.	Methoden .....	155
A4.	Datensammlung.....	156
A5.	Datenanalyse .....	156
A6.	Skalen .....	157
A7.	Quellen der nicht durch das SPOT <sup>nat</sup> Team entwickelten Items.....	172



## Zusammenfassung

SPOT<sup>nat</sup> (Spitex Koordination und Qualität – eine nationale Studie) hat die **Koordination und Pflege- / Versorgungsqualität in Schweizer Spitex-Organisationen** mit einer schriftlichen Umfrage zwischen Januar und September 2021 untersucht. Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel hat die Studie in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Gesundheit Freiburg (HEdS-FR) und weiteren Partnern umgesetzt. 88 durch eine Zufallsstichprobe gezogene Spitex-Organisationen (aus allen sieben Grossregionen der Schweiz) haben an der Studie teilgenommen. Aus den 88 Spitex-Organisationen sind 88 Betriebsleitungen, 3'223 Spitex-Mitarbeitende (mit direktem oder indirektem Klientenkontakt), 1'509 Klient/-innen (60-jährig und älter, die pflegerische Dienstleistungen in Anspruch nehmen) und 1'165 Angehörige befragt worden. Die Befragung adressiert Themen wie Einschätzung der Pflege- und Betreuungsqualität, Koordination, Kommunikation, Bezugspersonensystem, Sicherheit der Klient/-innen, Personalausstattung, Gesundheit der Mitarbeitenden und Arbeitsumgebung.

Insgesamt gesehen erbringt die Schweizer Spitex eine sehr gute **Pflegequalität**, und zwar sowohl aus der Sicht der Klient/-innen und Angehörigen als auch aus der Sicht der Mitarbeitenden. Während die Klient/-innen die Arbeit der Spitex-Teams schätzen, steht die Spitex selbst vor verschiedenen Herausforderungen bezüglich personenzentrierter und interprofessioneller Behandlungs- und Versorgungsprozesse. Verbesserungspotential besteht z. B. hinsichtlich des Einbezugs der Klient/-innen und Angehörigen in der Festlegung von Zielen und der Gestaltung einer situativ angepassten Pflege und Versorgung. Diese Herausforderungen verstärken sich zusätzlich, sobald die Spitex Leistungen mit anderen Berufsgruppen wie Ärzt/-innen und Therapeut/-innen koordinieren muss. Darüber hinaus kommen unter den aktuellen Rahmenbedingungen die präventiven Tätigkeiten zu kurz, obwohl es gerade die vorbeugenden Massnahmen den älteren Menschen erlauben, möglichst lange zu Hause wohnen zu bleiben.

Ein Schwerpunkt der Studie ist die **Koordination**. Während diese innerhalb der Spitex-Organisationen gut gelingt, wird es schwieriger, wenn verschiedene Leistungserbringer in die Versorgung involviert sind, z. B. wenn Klient/-innen ins Spital eintreten oder wieder nach Hause zurückkehren. Manchen Spitex-Personen mangelt es an Zeit, um kritische Situationen mit anderen Leistungserbringern zu besprechen, und sie erhalten nicht immer alle benötigten Informationen, um für Kontinuität im Behandlung- und Versorgungsprozess zu sorgen. Es scheint auch an angemessener Finanzierung, passenden Rahmenbedingungen, klaren Prozessen und insbesondere an unterstützenden IT-Angeboten und interprofessionellen Austauschmöglichkeiten zu fehlen.

Dieselbe Problematik zeigt sich auch im Bereich der **Kommunikation**: Während die Kommunikation innerhalb der Spitex-Teams gut funktioniert, sind die Möglichkeiten für einen medienbruchfreien Informationsfluss unter den verschiedenen Leistungserbringern mangelhaft, was die Kommunikationsprozesse und damit wiederum die Koordination erschweren. Es kann zu Verzögerungen in der Informationsübermittlung bis hin zum Informationsverlust kommen. Dementsprechend dringend wären Fortschritte im Ausbau der Digitalisierung, um die Kommunikationsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit mit allen Leistungserbringern weiter zu verbessern. Auch für den mündlichen Austausch im interprofessionellen Team fehlen teils entsprechende Gefässe, teils die Verrechenbarkeit der aufgewendeten Zeit. Doch gerade in komplexen Situationen ist der Austausch im Versorgungsteam und mit den Klient/-innen und Angehörigen zentral, um gemeinsam den besten Pflege- und Behandlungsplan zu definieren, die Versorgung optimal abzustimmen und unnötige Spitaleinweisungen oder Komplikationen zu verhindern.

Eine Mehrheit der Spitex-Organisationen organisiert sich mit sogenannten Fallverantwortlichen, d. h. Pflegefachpersonen agieren als **Bezugspersonen** und steuern den Versorgungsprozess. Sie stellen die Kontinuität in der Versorgung sicher und leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Prävention, zur besseren Koordination der Dienstleistungen und schliesslich zu einer sicheren Versorgung zu Hause. Dennoch sehen 40 % der Fallverantwortlichen die Klient/-innen, für die sie zuständig sind, nur einmal pro Monat oder weniger; und nur ein Drittel der Angehörigen bestätigt, dass die Bezugsperson „oft“ mit ihnen kommuniziert.



Auch hier besteht Bedarf nach Massnahmen zur Definition und Stärkung der Rolle der Fallverantwortlichen im Versorgungsteam, damit sie die Versorgung adäquat zusammen mit allen Involvierten koordinieren können. Ein gemeinsames Verständnis der Rolle ist umso wichtiger, wenn mehrere spitexexterne Fachpersonen involviert sind, damit auch für die Klient/-innen Klarheit besteht, wer verantwortlich für die Koordination ist.

Für die **Sicherheit der Klient/-innen** ist u. a. eine gute Sicherheitskultur in den Organisationen und im Versorgungsteam wichtig, so dass allfällige Sicherheitsprobleme erkannt, gemeinsam nach Lösungen gesucht und diese konstruktiv umgesetzt werden können. Das gemeinsame Lernen aus (Beinahe-) Fehlern und unerwünschten Ereignissen hilft allen Beteiligten dabei, die Sicherheit kontinuierlich zu gewährleisten und weiter zu verbessern. Die Spitex-Mitarbeitenden stellen ihren Organisationen ein gutes Zeugnis zum Thema Sicherheit aus: Es ist klar, wie bei Fehlern vorgegangen werden soll, und in den Teams wird laut den Umfrageergebnissen angemessen mit Fehlern umgegangen. Doch auch hier besteht Optimierungspotenzial: Nur 21 % der befragten Spitex-Organisationen arbeiten mit einem *Critical Incident Reporting System* (CIRS). Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz bietet ein nationales CIRS für Spitex-Organisationen an, dieses müsste jedoch auf breiterer Basis genutzt werden, um schweizweit – gerade auch in Spitex-Kleinbetrieben – gemeinsam aus Fehlern zu lernen.

Eine sichere Versorgung der Klient/-innen beruht auf einer angemessenen Personalausstattung. Die Umfrageresultate zur **Personalstruktur** verweisen insgesamt auf eine gute Stabilität mit hoher Verweildauer des Personals in der Spitex. Dennoch gilt es zu bedenken, dass jede/-r zehnte Mitarbeiter/-in ihre / seine Arbeit in der Spitex aufgeben möchte. Unter Berücksichtigung der sehr schwierigen aktuellen Rekrutierungssituation beim Pflegepersonal führen diese Abgänge zu empfindlichen Lücken. Zudem haben vorwiegend Organisationen in stabileren Phasen (z. B. in Bezug auf Personalressourcen, COVID-19-Ausfälle, Umstrukturierungen / Fusionierungen) an der Studie teilgenommen, und gerade Betriebe mit Personalproblemen haben die Teilnahme abgelehnt. Dementsprechend kann der beschriebene Zustand bezüglich Personalsituation nicht ohne weiteres auf die gesamtschweizerische Situation übertragen werden. Deshalb ist es von Bedeutung, dass mit der Pflegeinitiative auch Massnahmen ergriffen werden, um dem Fachkräftemangel in der Spitex entgegen zu wirken und die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin zu erhöhen.

Trotz der grundsätzlich positiven Rückmeldung zur Personalausstattung sind die Aussagen zur **Gesundheit der Spitex-Mitarbeitenden** ein Warnzeichen, das es ernst zu nehmen gilt. Das Spitex-Personal leistet regelmässig Überzeit und geht trotz Krankheit zur Arbeit. 70 % berichten über Schwäche und Müdigkeit, 67 % über Rücken- oder Kreuzschmerzen, 57 % zeigen Anzeichen für eine körperliche und 52 % für eine emotionale Erschöpfung. Zwei Fünftel haben in der letzten Woche mindestens einmal ohne Pause durchgearbeitet. Diese Resultate sind deutliche Signale für eine Verdichtung der Arbeitsmenge einerseits und andererseits für Mitarbeitende, die bis an ihre Grenzen gehen, um eine gute Qualität erbringen zu können. Das *Commitment* in der Spitex zeigt sich hoch, aber es geht auf Kosten der eigenen Gesundheit. Damit wird die Gesundheitsförderung für Spitex-Organisationen zu einem wichtigen Thema, um Mitarbeitende zu halten.

Gleichzeitig gelingt es den Spitex-Organisationen jedoch, eine positive **Arbeitsumgebung** zu schaffen, in denen die Mitarbeitenden zufrieden sind mit ihrer Arbeit und mit ihren Vorgesetzten. Einzig die Zufriedenheit mit dem Lohn schneidet etwas tief ab, was die Attraktivität des Spitex-Settings senkt.

Die SPOT<sup>nat</sup> Studie hat zum ersten Mal eine **Datengrundlage für die Schweizer Spitex** geschaffen und trägt damit zur Sichtbarkeit dieses Dienstleistungssektors bei. Die Datensammlung ist allerdings während der COVID-19-Pandemie erfolgt und einige Organisationen haben wegen schwierigen Personalsituationen nicht daran teilnehmen können. Wegen dieses Vorbehalts geht die Forschungsgruppe davon aus, dass die Stichprobe trotz Zufallsauswahl nicht ganz repräsentativ ist, sondern wahrscheinlich eher stabilere Organisationen mit besseren Resultaten abdeckt. Die Ergebnisse der Studie sind den teilnehmenden Organisationen zur Verfügung gestellt worden. Sie werden weiter analysiert und verwendet, um Handlungsbedarf zu erkennen und Verbesserungsmassnahmen umzusetzen.

## 1 Einleitung

SPOT<sup>nat</sup> ist ein vom Institut für Pflegewissenschaft (INS) der Universität Basel in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Gesundheit Freiburg (HEdS-FR) durchgeführtes Forschungsprojekt. Das Projekt ist im Jahr 2019 gestartet und endet mit der Publikation des vorliegenden nationalen Berichts 2023. Anhand der sieben Schweizer Grossregionen ist eine zufällige Stichprobe aus 88 Spitex-Organisationen gebildet worden (siehe Abbildung 1). Die Datensammlung ist zwischen Januar und September 2021 erfolgt.

Anzahl teilnehmender Spitex-Organisationen - Sieben Grossregionen der Schweiz

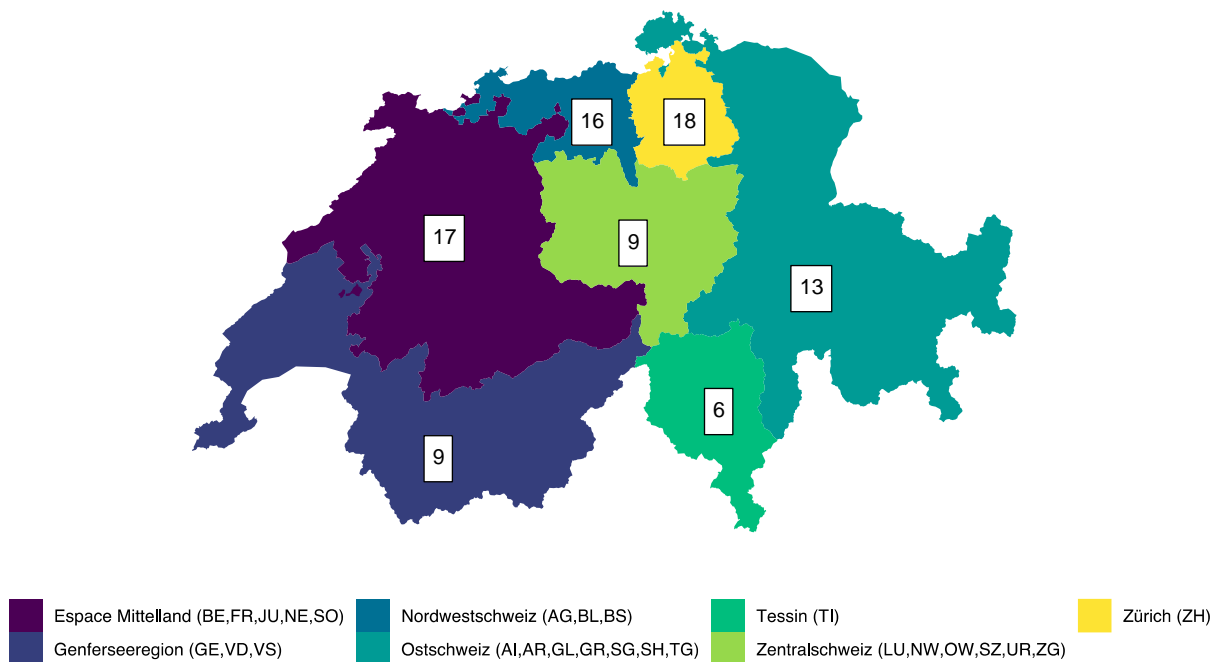


Abbildung 1: Anzahl Spitex-Organisationen aus den sieben Grossregionen der Schweiz

Die übergreifenden Ziele dieses Forschungsprojekts sind es, die Koordination und die Versorgungsqualität der Schweizer Spitex zu untersuchen und deren Einflussfaktoren zu verstehen. Dafür sind Daten auf folgenden fünf Ebenen erhoben worden: Spitex-Organisation, -Personal, -Klient/-innen, deren Angehörige und elektronisch erfasste Daten von Klient/-innen. Dieses Vorgehen erlaubt es der Forschungsgruppe, Handlungsfelder zur Qualitätsverbesserung zu erkennen und Ansatzpunkte auf den jeweiligen Ebenen aufzuzeigen. Die Resultate dieses Projekts sollen sowohl Spitex-Organisationen als auch die Politik bei der Weiterentwicklung der Versorgungsqualität unterstützen und die Sichtbarkeit der Spitex-Organisationen stärken.

Detaillierte Informationen zur Studie (z. B. Hintergrundinformationen, Methoden, Datensammlung) finden sich im [Appendix](#).

### 1.1 Aufbau des Berichts und Hinweise zur Lektüre

Das Hauptziel des vorliegenden nationalen Berichts ist es, die Resultate der SPOT<sup>nat</sup> Studie zu beschreiben. Weiterführende Analysen der Zusammenhänge werden im Rahmen der wissenschaftlichen Publikationen erfolgen und sind nicht Gegenstand dieses Schlussberichts.

Die Daten für diesen Bericht stammen aus den folgenden vier Fragebogen: Betriebsfragebogen, Personalfragebogen, Klientenfragebogen und Angehörigenfragebogen.

Der Bericht ist thematisch gegliedert. Pro Thema findet sich, sofern angezeigt, jeweils eine Zusammenführung der Befragungsergebnisse der Betriebsleitungen, Mitarbeitenden, Klient/-innen und Angehörigen. Um die

Transparenz zu erhöhen, welche Sichtweise jeweils dargestellt wird, werden die Untertitel jeweils mit den entsprechenden Angaben (z. B. Sicht Mitarbeitende) versehen.

Informationen zur Stichprobe finden sich in Kapitel 2, wo die Organisations-, Mitarbeitenden-, Klienten- und Angehörigenmerkmale beschrieben sind.

Die quantitativen Resultate der Befragung werden von Kapitel 3 bis Kapitel 21 thematisch in der Form von Grafiken, Tabellen oder als Lauftext aufbereitet.

Darüber hinaus hat die Forschungsgruppe Expert/-innen aus der Forschung, Bildung und Praxis gebeten, einzelne Themen zu kommentieren im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Schweiz und als Grundlage für weiter reichende Empfehlungen. Ihre Kommentare sind in einem Kasten am Ende des Kapitels ersichtlich.

Nach den Resultaten folgen in Kapitel 22 die Diskussion und eine kurze Schlussfolgerung in Kapitel 23.

Im Appendix befinden sich detaillierte Informationen zur Studie und zu den Quellen der verwendeten Items.

Für Interessierte stellen wir die Resultate zusätzlich in einer [Excel-Datei](#) zur Verfügung, nach Datenquellen geordnet und mit detaillierten Informationen zu den verwendeten Messinstrumenten.

## 1.2 Repräsentativität der Daten

Trotz sorgfältiger Zufallsauswahl gehen wir davon aus, dass die Stichprobe nicht ganz repräsentativ ist für die Schweiz. Die Anfragen für eine Studienteilnahme erfolgten während der COVID-19-Pandemie, woraufhin wir starke Schwankungen bezüglich Belastungen bei den Spitex-Organisationen mit Auswirkungen auf die Teilnahme registrierten. So sagten während der Rekrutierungszeit insgesamt 120 Organisationen zu, von denen dann 30 noch vor Studienbeginn und zwei während der Durchführung wieder ausstiegen – sei dies, weil die Belastung durch die Pandemie und / oder aufgrund von Personalproblemen zu gross waren, sei es aus anderen Gründen. Wir gehen dementsprechend davon aus, dass in den Daten eine positive Verzerrung vorliegt, d. h. die teilnehmenden Spitex-Organisationen befanden sich tendenziell eher in stabilen Situationen – die Stichprobenresultate fallen demzufolge eher besser aus, als es der tatsächlichen Gesamtsituation in der Schweizer Spitex-Landschaft entsprechen dürfte.

## 1.3 Informationen zur Darstellung der Resultate

Dieser Bericht ist nach Themenbereichen gegliedert. Zu Beginn jedes Kapitels definieren wir das Thema und zeigen seine Relevanz für die Spitex hinsichtlich Koordination und Qualität auf.

Die Resultate der Befragung werden pro Thema in Textform, Grafiken oder Tabellen dargestellt. Darüber hinaus thematisieren wir Besonderheiten an den Resultaten.

Wenn wir Ausdrücke wie „80 % stimmen zu“ verwenden, entspricht dies der Summe der Prozentwerte aller zustimmenden Antwortoptionen (z. B. 60 % „stimme eher zu“ plus 20 % „stimme voll und ganz zu“).

### Informationen zu den gestapelten Balkendiagrammen

Die Darstellung der Resultate in horizontal gestapelten Balkendiagrammen eignet sich besonders, um die prozentualen Anteile der Antwortoptionen zu vergleichen (siehe Abbildung 2).

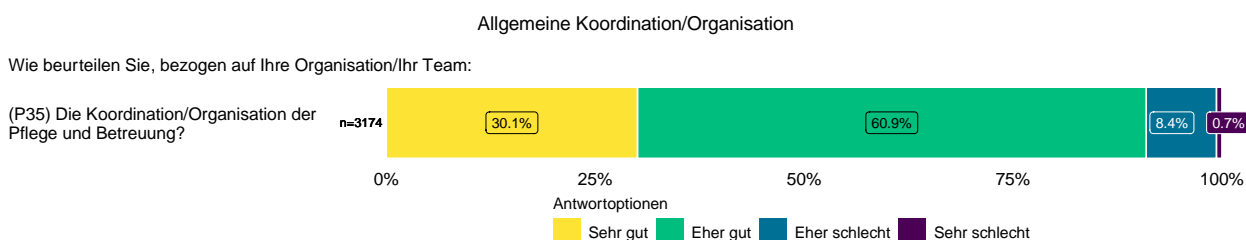


Abbildung 2: Beispiel für ein gestapeltes Balkendiagramm (in diesem Beispiel aus Sicht der Mitarbeitende)

Links von der Grafik stehen jeweils die Itemnummer („B“ steht für Betriebsfragebogen, „P“ für Personalfragebogen, „K“ für Klientenfragebogen und „A“ für Angehörigenfragebogen), der sogenannte „Itemtext“ (Wortlaut im Fragebogen), gefolgt von der Anzahl gültiger Antworten (n) und rechts davon befindet sich das Balkendiagramm mit den Prozentwerten für jede der möglichen Antworten. Darunter ist die Legende für die Antwortoptionen mit den entsprechenden Farbcodes ersichtlich. Der gesamte Balken entspricht immer 100 %. (Die Länge des Itemtexts links beeinflusst lediglich die Balkenbreite in der Darstellung.) Die Prozentwerte sind jeweils auf eine Nachkommastelle gerundet; dies kann in Einzelfällen dazu führen, dass die Summe aller Antwortoptionen nicht immer exakt 100 % ergibt.

Je nach Anzahl der befragten Personen, die sich zu einem Item geäußert haben, ändert sich die Anzahl der gültigen Antworten (n). Alle Angaben zur Anzahl Personen mit ungültigen Antworten (z. B. „weiss nicht“, „nicht nötig“ und Überspringen eines Items aus inhaltlichen Gründen) sind in der [Excel-Datei](#) zu finden.

### Informationen zur Darstellung von Mittelwert und Median

In einigen Themenbereichen untersuchen wir eine Anzahl von Antworten, etwa die „Anzahl der Fallzuständigkeiten“. Diese Ergebnisse rapportieren wir in den Grafiken jeweils mit dem Mittelwert oder Median, je nach Art der Frage(n):

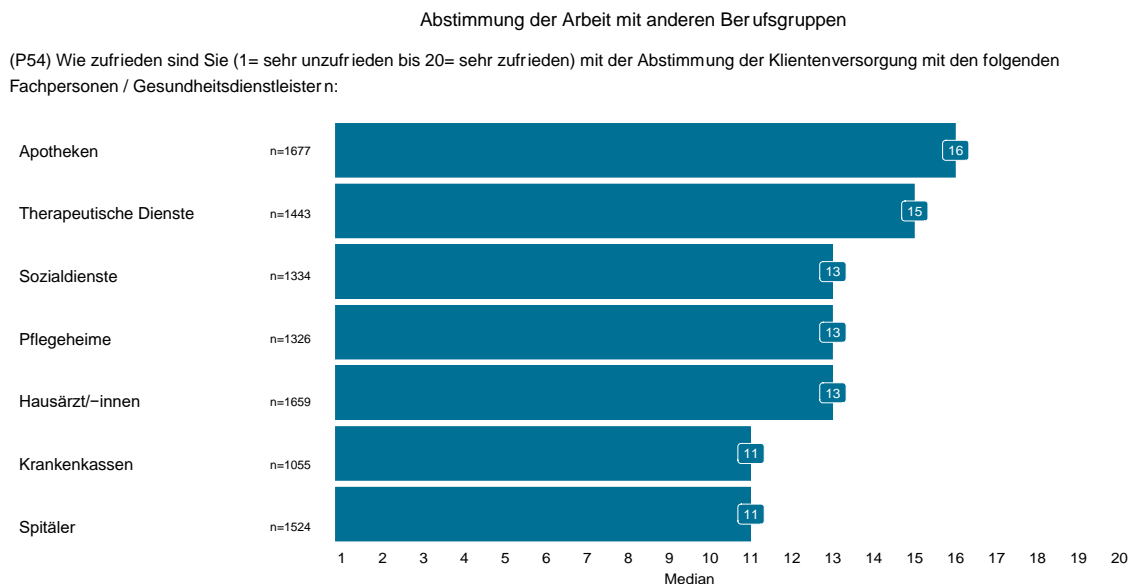


Abbildung 3: Beispiel für ein Balkendiagramm (Sicht Mitarbeitende)

In diesem Balkendiagramm (Abbildung 3) sind die Antwortoptionen auf der linken Seite zu finden. Auf der (horizontalen) x-Achse ist die Anzahl der Antworten pro Option ersichtlich, d. h. je länger der Balken desto höher ist der Mittelwert (M) oder Median (Md). Der Mittelwert ist das arithmetische Mittel der Daten. Als Median, auch Zentralwert genannt, bezeichnet man den Wert, der exakt in der Mitte einer Datenverteilung liegt und die oberen 50 % aller Individualdaten von den unteren 50 % trennt. In unseren Grafiken wird der Median oder Mittelwert rechts vom Balken ausgewiesen.

Sofern der Mittelwert verwendet wird, geben wir im Text in Klammern die Standardabweichung (SD) (d. h. die durchschnittliche Abweichung der Messwerte vom Mittelwert) an, was zu Aussagen wie „ein Mittelwert (M) von 5.0 (SD 0.74)“ führt.

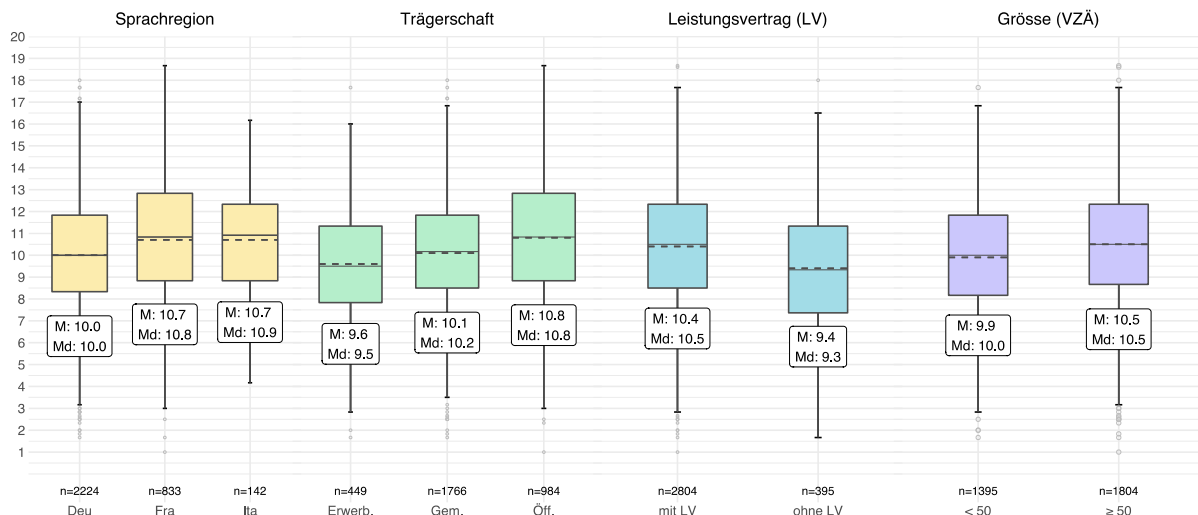
Quartile sind diejenige Werte, die eine Stichprobe von Daten in vier gleiche Teile zerlegen. Im vorliegenden Bericht wird mancherorts – zusätzlich zum Median (der dem 2. Quartil entspricht) – der Interquartilsbereich (IQB) erwähnt. Der IQB umfasst die mittleren 50 % aller Daten. Im Text wird z. B. „ein Median (Md) von 3.0 [IQB 2.0-5.0]“ beschrieben, wobei der Wert für den Interquartilsbereich in eckige Klammern gesetzt wird. Dies bedeutet für unser Beispiel, dass 50 % der Antworten zwischen 2 und 5 liegen.



## Informationen zur Darstellung von Skalen

Wenn sich mit den Items Skalen bilden lassen, rapportieren wir zusätzlich, wo sinnvoll, die Resultate der Skala in folgenden vier Gruppen: Sprachregion, Trägerschaft, Leistungsvertrag (LV) und Grösse (VZÄ, Vollzeitäquivalente) der Spitex-Organisationen. Weiterführende Angaben zu den Berechnungen der Skalenergebnisse sowie detaillierte Informationen zu den Instrumenten finden sich im Appendix ([Skalen](#)).

Die Gruppenvergleiche werden entweder in Textform oder grafisch wie im folgenden Beispiel (Abbildung 4) dargeboten:



**Instrument:** National Aeronautics and Space Administration Task Load Index (NASA-TLX) [1]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat-erwerbwirtschaftliche, Gem. = Privat-gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ, ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 4: Beispiel für eine Grafik mit Gruppenvergleichen

Die Aufteilung der Spitex-Organisationen nach Sprachregion wird auf Gemeindeebene vorgenommen, basierend auf der dominanten Sprache in der jeweiligen Gemeinde.<sup>1</sup> Die drei Sprachregionen werden abgekürzt durch „Deu“ = deutsch-, „Fra“ = französisch und „Ita“ = italienisch-sprachige Region.

Die Angaben zur Trägerschaft stützen sich auf Informationen der Betriebsleitungen. Im Betriebsfragebogen sind folgenden Optionen zur Auswahl gegeben: privat-erwerbwirtschaftliche Trägerschaft (Abkürzung in der Grafik: „Erwerb.“), privat-gemeinnützige Trägerschaft („Gem.“) oder öffentlich-rechtliche Trägerschaft („Öff.“).

Im Betriebsfragebogen haben die Betriebsleitungen zudem angegeben, ob sie über einen Leistungsvertrag (LV), d. h. eine Leistungsvereinbarung mit einer oder mehreren Gemeinden bzw. dem Kanton verfügen. In der Untergruppe „mit LV“ befinden sich diejenigen Spitex-Organisationen, die „Ja“ geantwortet haben, und unter „ohne LV“ diejenigen mit „Nein“ als Antwort.

Die vierte Gruppe beschreibt die Grösse der Spitex-Organisation in Vollzeitäquivalenten (VZÄ). Die Betriebsleitungen haben im Betriebsfragebogen angegeben, wie viele Vollzeitstellen ihre Spitex-Filiale per Ende des Jahres 2020 hatte (d. h. die Summe der Beschäftigungsgrade der Stellen, die von den im Betrieb tätigen Personen besetzt sind). Für diesen Bericht (und basierend auf der Definition des Bundesamts für

<sup>1</sup>Quelle: Bundesamt für Statistik (2016), Die vier Sprachgebiete der Schweiz nach Gemeinden. Abrufbar unter: [https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/de/17197\\_17196\\_17189\\_17188\\_169/26717.html](https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/de/17197_17196_17189_17188_169/26717.html)

Statistik<sup>2</sup>) haben wir die Spitex-Organisationen wie folgt gruppiert: weniger als 50 VZÄ (< 50) (kleinere Unternehmen) und 50 oder mehr VZÄ (≥ 50) (mittlere und grosse Unternehmen).

Im Folgenden werden Gruppenvergleiche mittels Boxplots dargestellt, jeder Balken steht für eine der Untergruppen, wie im folgenden Beispiel visualisiert:

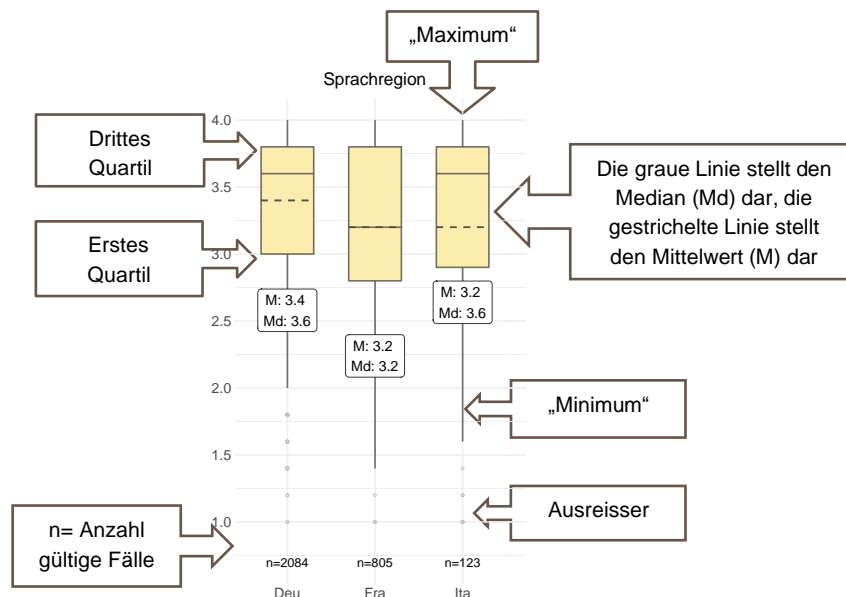


Abbildung 5: Beispiel für eine Grafik mit Gruppen- und Untergruppenvergleichen

Die Werte der grauen Linie (Md) und der gestrichelten Linien (M) sind auch in Textform unter oder oberhalb der Boxplots zu sehen (in einem Kasten). Diese Werte werden auf eine Nachkommastelle gerundet – diese Rundung kann dazu führen, dass zwar der gleiche Wert für M und Md im Kasten ausgewiesen wird, in den Boxplots aber die eine Linie leicht tiefer oder höher erscheint, weil die Werte in den Boxplots den rohen (ungerundeten) Werten entsprechen. In diesem Beispiel liegt der Mittelwert für die deutsche Sprachregion bei 3.4 und der Median bei 3.6, also etwas höher als für die italienisch- und französischsprachigen Regionen. Solche Unterschiede sind statistisch nicht immer bedeutsam, auch wenn sie auf den ersten Blick so aussehen können.

Für eine Bewertung der Unterschiede haben wir für alle Vergleiche die standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD) berechnet (möglich sind Werte von 0 bis 1, wobei Werte ab 0.2 darauf hinweisen, dass mindestens ein bedeutender Unterschied zwischen den Untergruppen vorhanden ist). Je höher die SMD-Werte desto ausgeprägter ist der Unterschied zwischen den Untergruppen. Wir haben einen Grenzwert von 0.2 festgelegt, um potenzielle Unterschiede im begleitenden Text zur Grafik zu kommentieren. (Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass wir im vorliegenden Bericht nicht auf diejenigen Unterschiede eingehen, deren standardisierte Mittelwertdifferenz tiefer als 0.2 ist und sich die Untergruppen nicht bedeutend voneinander unterscheiden. Die jeweiligen SMD-Werte sind in der zusätzlichen [Excel-Datei](#) verfügbar.)

Im Zusammenhang mit den Boxplots bzw. im vorliegenden Bericht als Ganzes werden folgende statistischen Begriffe verwendet:

<sup>2</sup> Quelle: Bundesamt für Statistik (2020). Kleine und mittlere Unternehmen. Abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/industrie-dienstleistungen/unternehmen-beschaeftigte/wirtschaftsstruktur-unternehmen/kmu.html>





Begriffe	Erklärung
„Minimum“	Wert, der dem ersten Quartil minus 1.5-mal dem Interquartilsbereich (IQB) entspricht (≠ der niedrigste Wert).
Erstes Quartil	Stellt den mittleren Wert zwischen dem kleinsten Wert und dem Median des Datensatzes dar; entspricht dem 25. Perzentil (25 % aller Werte liegen unterhalb dieses Wertes, 75 % liegen oberhalb).
Mittelwert (M)	Wird auch Durchschnitt genannt und resultiert aus der Summe aller Werte dividiert durch die Anzahl Werte.
Median (Md)	Entspricht dem mittleren Wert des Datensatzes, d. h. 50 % der Daten liegen unterhalb dieses Wertes und 50 % oberhalb dieses Wertes. Der Median entspricht auch dem zweiten Quartil und dem 50. Perzentil.
Interquartilsbereich (IQB)	Werte vom ersten Quartil / 25. Perzentil bis zum dritten Quartil / 75. Perzentil.
Drittes Quartil	Stellt den mittleren Wert zwischen dem Median und dem höchsten Wert des Datensatzes dar. Entspricht auch dem 75. Perzentil (75 % der Resultate liegen unter diesem Wert, 25 % oberhalb).
„Maximum“	Wert, der dem dritten Quartil plus 1.5-mal dem Interquartilsbereich (IQB) entspricht (≠ der höchste Wert).
Ausreisser	Stellen besonders kleine oder grosse Werte dar, die scheinbar nicht zu den übrigen Werten im Datensatz passen (werden in der Grafik als graue Punkte dargestellt).
Standardabweichung (SD)	Durchschnittliche Abweichung der Messwerte vom Mittelwert.
Standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD) (auch Effektgrösse oder Cohens d genannt)	Wird aus der Differenz zwischen zwei Gruppenmittelwerten, dividiert durch die Standardabweichung der Grundgesamtheit berechnet. Die SMD kann Werte von 0 bis 1 annehmen, wobei Werte zwischen 0.2 und 0.49 auf einen „kleinen“, 0.5-0.79 auf einen „mittleren“ und $\geq 0.8$ auf einen „grossen“ Unterschied zwischen den Gruppen hindeuten.

Tabelle 1: Statistische Begriffserklärungen

### Informationen zu den Kommentaren der Expert/-innen

Nach der grafischen Darstellung der Resultate und der inhaltlichen Beschreibung der Ergebnisse folgt in der Regel ein Kommentar einer ausgewiesenen Expertin bzw. eines ausgewiesenen Experten im jeweiligen Themenbereich. Diese Kommentare erscheinen in einem Kasten.

Wir haben Expert/-innen aus der Praxis, Forschung oder Bildung gebeten, die Resultate der Untersuchung aus ihrer Perspektive zu kommentieren. Dazu haben wir folgende drei Leitfragen formuliert:

1. Was fällt Ihnen an den Resultaten besonders auf? Wie interpretieren Sie die Resultate?
2. Welche Auswirkungen oder welchen Nutzen könnten diese Resultate haben?
3. Erkennen Sie anhand der Resultate einen Handlungsbedarf oder Ansatzpunkte für Veränderungen / Verbesserungen?

Am Anfang der Kommentare sind Name, aktuelle Funktion, Unternehmen oder Arbeitsort der Autorin bzw. des Autors ersichtlich. Die Expertenkommentare basieren auf Ansichten und Meinungen der Autor/-innen und sollen dazu beitragen, die Resultate zu interpretieren sowie deren Bedeutung und Auswirkungen für die Spitex und das Schweizer Gesundheitswesen besser zu verstehen und in ein grosses Ganzes einzuordnen.



## 2 Allgemeine Merkmale der Stichprobe

### 2.1 Allgemeine Merkmale der teilnehmenden Spitex-Organisationen

Anhand der im Jahr 2019 identifizierten 767 Spitex-Organisationen innerhalb der sieben Schweizer Grossregionen ist jeweils eine zufällige Stichprobe gebildet worden. Von den angefragten 457 Organisationen haben schliesslich insgesamt 88 Spitex-Organisationen aus den sieben Grossregionen an der vorliegenden Studie teilgenommen.

Merkmale der teilnehmenden Spitex-Organisationen	Anzahl Spitex-Organisationen (%)	Anzahl fehlende Werte (%)
<b>Sprachregion</b>	88	0 (0.0 %)
Deutschsprachige Schweiz	67 (76.1 %)	
Französischsprachige Schweiz	14 (15.9 %)	
Italienischsprachige Schweiz	7 (8.0 %)	
<b>Einzugsgebiet</b>	88	0 (0.0 %)
Städtisch	17 (19.3 %)	
Agglomeration	32 (36.4 %)	
Ländlich	39 (44.3 %)	
<b>Trägerschaft</b>	88	0 (0.0 %)
Öffentlich-rechtlich	15 (17.0 %)	
Privat, gemeinnützig	47 (53.4 %)	
Privat, erwerbswirtschaftlich	26 (29.6 %)	
<b>Leistungsvertrag mit Gemeinden / Kantonen</b>	88	0 (0.0 %)
Ja	69 (78.4 %)	
Nein	19 (21.6 %)	
<b>Anzahl Klient/-innen im Jahr 2020<sup>3</sup></b>	85	3 (3.4 %)
≤ 100 Klient/-innen	14 (16.5 %)	
101 – 200 Klient/-innen	17 (20.0 %)	
201 – 300 Klient/-innen	16 (18.8 %)	
301 – 500 Klient/-innen	12 (14.1 %)	
501 – 1'000 Klient/-innen	13 (15.3 %)	
> 1'000 Klient/-innen	13 (15.3 %)	
<b>Durchschnittliche KVG-Pflegedauer pro Klient/-in im Jahr 2020</b>	83	5 (5.7 %)
Weniger oder gleich 50 Stunden	10 (12.1 %)	
Mehr als 50 aber weniger oder gleich 70 Stunden	27 (32.5 %)	
Mehr als 70 aber weniger oder gleich 100 Stunden	19 (22.9 %)	
Mehr als 100 Stunden	27 (32.5 %)	

<sup>3</sup> Werte gemäss Spitex-Statistik 2020 des Bundesamtes für Statistik, wie sie die teilnehmenden Spitex-Organisationen übermittelt haben.



<b>Merkmale der teilnehmenden Spitex-Organisationen</b>	<b>Anzahl Spitex-Organisationen (%)</b>	<b>Anzahl fehlende Werte (%)</b>
<b>Bedarfsabklärung mit RAI-HC MDS / interRAI</b>	88	0 (0 %)
Nein	4 (4.5 %)	
Ja	84 (95.5 %)	
Ungefährer Anteil der Klient/-innen mit Pflege, bei denen ein RAI-HC MDS / interRAI ausgefüllt wird:	84	
Bis 25 %	6 (7.1 %)	
26 – 50 %	2 (2.4 %)	
51 – 75 %	15 (17.9 %)	
76 – 100 %	61 (72.6 %)	
<b>Anzahl Mitarbeitende in der Pflege / Betreuung per Ende 2020</b>	85	3 (3.4 %)
≤ 20 Mitarbeitende	18 (21.2 %)	
21 – 50 Mitarbeitende	32 (37.6 %)	
51 – 100 Mitarbeitende	17 (20.0 %)	
101 – 200 Mitarbeitende	10 (11.8 %)	
> 200 Mitarbeitende	8 (9.4 %)	

KVG = Bundesgesetz über die Krankenversicherung, RAI-HC = Resident Assessment Instrument – Home Care, MDS = Minimum Data Set.

*Tabelle 2: Merkmale der teilnehmenden Spitex-Organisationen*



## 2.2 Allgemeine Merkmale der teilnehmenden Spitex-Mitarbeitenden

Schweizweit haben 3'223 Spitex-Mitarbeitende an der Studie teilgenommen (Rücklaufquote: 73 %).

Merkmale der teilnehmenden Spitex-Mitarbeitenden	Anzahl Spitex-Mitarbeitende (%)	Anzahl fehlende Werte (%)
<b>Sprachregion</b>	3'223	0 (0.0 %)
Deutschsprachige Schweiz	2'242 (69.6 %)	
Französischsprachige Schweiz	838 (26.0 %)	
Italienischsprachige Schweiz	143 (4.4 %)	
<b>Geschlecht</b>	3'192	31 (1.0 %)
Weiblich	3'001 (94.0 %)	
Männlich	185 (5.8 %)	
Nicht-binär	6 (0.2 %)	
<b>Alter</b>	3'112	111 (3.4 %)
Unter 25 Jahren	141 (4.5 %)	
25 – 34 Jahre	486 (15.6 %)	
35 – 44 Jahre	632 (20.3 %)	
45 – 54 Jahre	846 (27.2 %)	
55 – 64 Jahre	945 (30.4 %)	
65 Jahre und älter	62 (2.0 %)	
<b>Arbeitsbereiche</b> (Mehrfachantworten möglich)		
Pflege	2'786 (87.3 %)	32 (1.0 %)
Hauswirtschaft	1'408 (44.1 %)	31 (1.0 %)
Betreuung / Begleitung	1'603 (50.3 %)	33 (1.0 %)
Administration	844 (26.4 %)	32 (1.0 %)
Arbeiten in mindestens zwei der oberen Bereiche	2'020 (63.3 %)	34 (1.1 %)
<b>Berufserfahrung</b>	2'948	275 (8.5 %)
Weniger als 1 Jahr	105 (3.6 %)	
1 – 2 Jahre	119 (4.0 %)	
Mehr als 2 Jahre aber weniger als 5 Jahre	149 (5.0 %)	
5 – 10 Jahre	466 (15.8 %)	
Mehr als 10 Jahre aber weniger als 20 Jahre	597 (20.3 %)	
20 Jahre und mehr	1'512 (51.3 %)	



<b>Merkmale der teilnehmenden Spitex-Mitarbeitenden</b>	<b>Anzahl Spitex-Mitarbeitende (%)</b>	<b>Anzahl fehlende Werte (%)</b>
<b>Berufsgruppe<sup>4</sup></b>	3'193	30 (0.9 %)
Pflegepersonal mit Masterabschluss (MSN)	56 (1.8 %)	
Pflegepersonal mit Bedarfsabklärungs- und Beratungskompetenz (z. B. DN II, dipl. Pflegefachfrau/-mann)	1'117 (35.0 %)	
Pflegepersonal mit Behandlungspflegekompetenz ohne Bedarfsabklärungs- und Beratungskompetenz (z. B. Pflegefachfrau/-mann mit weniger als zwei Jahren Berufserfahrung)	136 (4.3 %)	
Pflege- und Betreuungspersonal mit Grundpflege- und gewisser Behandlungspflegekompetenz (z. B. Fachfrau/-mann Gesundheit)	739 (23.1 %)	
Pflege- und Betreuungspersonal mit Grundpflege- ohne Behandlungspflegekompetenz (z. B. Altenpfleger/-in)	28 (0.9 %)	
Pflege- und Betreuungspersonal ohne fallführende Grundpflegekompetenz (z. B. Assistent/-in Gesundheit und Soziales)	621 (19.4 %)	
Betreuungspersonal ohne Grundpflegekompetenz (z. B. Haushaltshilfe)	236 (7.4 %)	
Studierende, Lernende und Praktikant/-innen	85 (2.7 %)	
Administration, andere Berufsgruppen und Sonstige	175 (5.4 %)	
<b>Ausbildungsland Grundausbildung Pflege / Betreuung</b>	2'851	372 (11.5 %)
Schweiz	2'469 (86.6 %)	
Deutschland	99 (3.5 %)	
Italien	60 (2.1 %)	
Österreich	9 (0.3 %)	
Frankreich	120 (4.2 %)	
Anderes Land	94 (3.3 %)	
<b>Arbeitspensum</b>	3'136	87 (2.7 %)
≤ 20 %	138 (4.4 %)	
21 – 40 %	490 (15.6 %)	
41 – 60 %	913 (29.1 %)	
61 – 80 %	1'020 (32.5 %)	
> 80 %	575 (18.4 %)	

<sup>4</sup> Berufsgruppen: In Anlehnung an das Administrativ-Vertrag Spitex (Fachpersonal – ambulante Pflegeleistungen) abrufbar unter: [https://www.spitex.ch/files/E9OP6DW/2022\\_03\\_10\\_vert\\_administrativ\\_vertrag\\_tarifsuisse\\_unterzeichnet.pdf](https://www.spitex.ch/files/E9OP6DW/2022_03_10_vert_administrativ_vertrag_tarifsuisse_unterzeichnet.pdf)



<b>Merkmale der teilnehmenden Spitex-Mitarbeitenden</b>	<b>Anzahl Spitex-Mitarbeitende (%)</b>	<b>Anzahl fehlende Werte (%)</b>
<b>Gründe für Teilzeitarbeit</b> (nur durch Personen beantwortet, die weniger als 100 % arbeiten; Mehrfachantworten möglich)	2'783	
Wunschpensum	1'602 (57.6 %)	
100 % Pensum in diesem Betrieb nicht möglich	370 (13.3 %)	
Gesundheitliche Probleme / Einschränkungen	198 (7.1 %)	
Ausbildung / Weiterbildung / Schule / Studium	115 (4.1 %)	
Familiäre Betreuungsaufgaben	1'052 (37.8 %)	
Mitarbeit in Familienbetrieb / Nebenerwerb / Zweitstelle	208 (7.5 %)	
Andere persönliche Verpflichtungen	260 (9.3 %)	
Schichtbetrieb	47 (1.7 %)	
Andere Gründe	242 (8.7 %)	
<b>Anzahl Jahre in der Organisation</b>	2'996	227 (7.0 %)
Weniger als 1 Jahr	354 (11.8 %)	
1 – 2 Jahre	647 (21.6 %)	
Mehr als 2 Jahre aber weniger als 5 Jahre	500 (16.7 %)	
5 – 10 Jahre	854 (28.5 %)	
Mehr als 10 Jahre aber weniger als 20 Jahre	434 (16.2 %)	
20 Jahre und mehr	207 (5.2 %)	
<b>Befristeter Arbeitsvertrag</b>	3'170	53 (1.6 %)
Ja	291 (9.2 %)	
Nein	2'879 (90.8 %)	

Tabelle 3: Merkmale der teilnehmenden Spitex-Mitarbeitenden



### 2.3 Allgemeine Merkmale der teilnehmenden Spitex-Klient/-innen

Schweizweit haben 1'509 Spitex-Klient/-innen an der Studie teilgenommen (Rücklaufquote: 37 %).

Merkmale der teilnehmenden Spitex-Klient/-innen	Anzahl Klient/-innen (%)	Anzahl fehlende Werte (%)
<b>Sprachregion</b>	1'509	0 (0.0 %)
Deutschsprachige Schweiz	1'093 (72.4 %)	
Französischsprachige Schweiz	299 (19.8 %)	
Italienischsprachige Schweiz	117 (7.8 %)	
<b>Geschlecht</b>	1'465	44 (2.9 %)
Weiblich	918 (62.7 %)	
Männlich	547 (37.3 %)	
Nicht-binär	0 (0.0 %)	
<b>Alter</b>	1'475	34 (2.3 %)
< 60 Jahre	43 (2.9 %)	
60 – 64 Jahre	62 (4.2 %)	
65 – 74	218 (14.8 %)	
75 – 84	497 (33.7 %)	
85 – 94	599 (40.6 %)	
≥ 95	56 (3.8 %)	
<b>Wohnsituation</b>	1'427	82 (5.4 %)
Alleine	834 (58.4 %)	
Nicht alleine	593 (41.6 %)	
<b>Zu Hause hauptsächlich gesprochene Sprache</b>	1'481	28 (1.9 %)
Deutsch	1'016 (68.6 %)	
Französisch	286 (19.3 %)	
Italienisch	128 (8.7 %)	
Rätoromanisch	18 (1.2 %)	
Andere Sprache	33 (2.2%)	
<b>Art der Unterstützung der Spitex in den letzten sieben Tagen</b> (Mehrfachantworten möglich)	1'509	
Pflege (z. B. Hilfe mit Medikamenten, Anziehen, Bewegen)	1'197 (79.3 %)	
Haushaltshilfe (z. B. Wäsche waschen, kochen, putzen)	454 (30.1 %)	
Anderes (z. B. Mahlzeitendienst, Fahrdienst)	264 (17.5 %)	



<b>Merkmale der teilnehmenden Spitex-Klient/-innen</b>	<b>Anzahl Klient/-innen (%)</b>	<b>Anzahl fehlende Werte (%)</b>
<b>Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens erhalten</b>	1'408	101 (6.7 %)
Ja	760 (54.0 %)	
Nein	648 (46.0 %)	
<b>Art der Hilfe beim Ausfüllen (Mehrfachantworten möglich)</b>	760	-
Vorgelesen	538 (70.8 %)	
Antworten aufgeschrieben	398 (52.4 %)	
Fragen für mich beantwortet	262 (34.5 %)	
Fragen in meine Sprache übersetzt	59 (7.8 %)	
Auf eine andere Art geholfen	41 (5.4 %)	
<b>Beurteilung des eigenen allgemeinen Gesundheitszustandes</b>	1'478	31 (2.1 %)
Ausgezeichnet	10 (0.7 %)	
Sehr gut	61 (4.1 %)	
Gut	469 (31.7 %)	
Angemessen	753 (51.0 %)	
Schlecht	185 (12.5 %)	
<b>Beurteilung des eigenen geistigen oder emotionalen Gesundheitszustandes</b>	1'471	38 (2.5 %)
Ausgezeichnet	83 (5.6 %)	
Sehr gut	233 (15.8 %)	
Gut	643 (43.7 %)	
Angemessen	436 (29.7 %)	
Schlecht	76 (5.2 %)	

Table 4: Merkmale der teilnehmenden Spitex-Klient/-innen





## 2.4 Allgemeine Merkmale der teilnehmenden Angehörigen

Insgesamt haben 1'165 Angehörige an der Studie teilgenommen. Eine Berechnung der Rücklaufquote ist nicht möglich, da unbekannt ist, wie viele Klient/-innen den Angehörigenfragebogen (4'275 versandte Exemplare) tatsächlich an ihre Angehörigen weitergegeben haben. Die Fragebogen sind jeweils als „Doppel-pack“ verteilt worden, d. h. immer jeweils ein Klient/-innen- und ein Angehörigenfragebogen in einem Umschlag. Insgesamt sind 1'034 Fragebogen-Paare (Dyaden Klient/-innen-Angehörigen) eingegangen.

Merkmale der teilnehmenden Angehörigen	Anzahl Angehörige (%)	Anzahl fehlende Werte (%)
<b>Sprachregion</b>	1'165	0 (0.0 %)
Deutschsprachige Schweiz	830 (71.2 %)	
Französischsprachige Schweiz	240 (20.6 %)	
Italienischsprachige Schweiz	95 (8.2 %)	
<b>Geschlecht</b>	1'064	101 (8.7 %)
Weiblich	720 (67.7 %)	
Männlich	344 (32.3 %)	
Nicht-binär	0 (0.0 %)	
<b>Alter</b>	1'076	89 (7.6 %)
Jünger als 18 Jahre	0 (0.0 %)	
18 – 24 Jahre	1 (0.1 %)	
25 – 34 Jahre	18 (1.7 %)	
35 – 44 Jahre	38 (3.5 %)	
45 – 54 Jahre	193 (17.9 %)	
55 – 64 Jahre	376 (34.9 %)	
65 – 74 Jahre	214 (19.9 %)	
75 – 84 Jahre	170 (15.8 %)	
85 – 94 Jahre	61 (5.7 %)	
95 Jahre und älter	5 (0.5 %)	
<b>Beziehung der Klient/-innen zu Antwortenden</b>	1'127	38 (3.3 %)
Partnerin / Partner	352 (31.2 %)	
Mutter / Vater	524 (46.5 %)	
Schwiegermutter / Schwiegervater	23 (2.0 %)	
Schwester / Bruder	35 (3.1 %)	
Tochter / Sohn	92 (8.2 %)	
Freundin / Freund oder Nachbarin / Nachbar	30 (2.7 %)	
Andere	71 (6.3 %)	



<b>Merkmale der teilnehmenden Angehörigen</b>	<b>Anzahl Angehörige (%)</b>	<b>Anzahl fehlende Werte (%)</b>
<b>Wohndistanz</b>	1'135	30 (2.6 %)
Unter einem Dach	503 (44.3 %)	
Weniger als 5 km	287 (25.3 %)	
5 km – 15 km	133 (11.7 %)	
Mehr als 15 km aber weniger als 30 km	90 (7.9 %)	
30 km und mehr	122 (10.8 %)	
<b>Zu Hause hauptsächlich gesprochene Sprache</b>	1'091	74 (6.4 %)
Deutsch	736 (67.5 %)	
Französisch	226 (20.7 %)	
Italienisch	97 (8.9 %)	
Rätoromanisch	12 (1.1 %)	
Andere Sprache	20 (1.8 %)	
<b>Beurteilung des eigenen allgemeinen Gesundheitszustandes</b>	1'090	75 (6.4 %)
Ausgezeichnet	139 (12.8 %)	
Sehr gut	344 (31.6 %)	
Gut	426 (39.0 %)	
Angemessen	167 (15.3 %)	
Schlecht	14 (1.3 %)	

Tabelle 5: Merkmale der teilnehmenden Angehörigen



### 3 Pflege- und Betreuungsqualität

Für die Begriffe „Qualität der Gesundheitsversorgung“ und „Pflegequalität“ gibt es in der Literatur bislang keine einheitlichen Definitionen. Laut dem *Institute of Medicine* soll die Gesundheitsdienstleistung *sicher, wirksam, personenzentriert, rechtzeitig, effizient* und *chancengleich* erfolgen [2]. Auch die Weltgesundheitsorganisation hat im Jahr 2018 die zentralen Elemente einer guten Versorgungsqualität als *wirksam, sicher* und *personenzentriert* definiert [3].

Spezifisch für den Spitex-Bereich haben Maybin et al. [4] die Merkmale einer guten Versorgungsqualität im Rahmen von ausführlichen Gesprächen mit Klient/-innen, Pflegenden und Angehörigen erarbeitet. Sie nennen folgende neun Merkmale:

- 1) die Erbringung einer ganzheitlichen Pflege für das Individuum,
- 2) die Kontinuität der Pflege,
- 3) ein persönlicher Umgang des Personals mit den Klient/-innen,
- 4) die Zeitplanung und Zuverlässigkeit der Termine,
- 5) die Verfügbarkeit zwischen den Terminen,
- 6) Wertschätzung und Einbezug von Pflegenden und Familienmitgliedern,
- 7) Pflegepersonen als Koordinator/-innen und Fürsprecher/-innen (*advocates*) der Klient/-innen,
- 8) klinische Kompetenz und Expertise, sowie
- 9) die Aufklärung der Klient/-innen und Unterstützung des Selbstmanagements.

Verschiedene Faktoren wirken auf die Versorgungsqualität ein. Im Modell von Dubois et al. [5] werden verfügbare Personalressourcen (z. B. Quantität, *Skill-Mix*), Leistungserbringung (z. B. Förderung und Prävention, Symptomanagement), Arbeitsumgebung (z. B. Autonomie, Zusammenarbeit, Führung), Erfahrungen der Patient/-innen (z. B. Kontinuität), Zufriedenheit des Personals, rechtliche und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen sowie Ausbildungsstrukturen und -kapazitäten als mögliche Einflussfaktoren auf die Versorgungsqualität genannt. Eine finnische SpiteX-Studie zeigt beispielsweise, dass sich – aus der Sicht von Pflegepersonen – mangelnde Kontinuität, ungenügende Zusammenarbeit im Team und schlechte Arbeitsbedingungen (z. B. Stress aufgrund von Personalmangel) negativ auf die Beurteilung der Pflegequalität auswirken [6].

Wir werden in den folgenden Kapiteln einerseits über die Beurteilung der Pflege- und Betreuungsqualität im Allgemeinen berichten, aber andererseits auch weiterführende Aspekte thematisieren: Als Erstes werden wir sowohl die Perspektive der Mitarbeitenden und Betriebsleitungen als auch diejenige der Klient/-innen und Angehörigen auf die Pflege- und Betreuungsqualität aufzeigen. In weiteren Unterkapiteln beschreiben wir, welche Elemente der Qualitätssicherung die befragten SpiteX-Organisationen umsetzen, in welchen Bereichen regelmässige Fortbildungen stattfinden und inwiefern betriebliche Ethikstrukturen vorhanden sind. Dabei zeigen wir auch auf, inwiefern Betriebe mit einer Advanced Practice Nurse (APN) respektive mit Pflegeexpert/-innen arbeiten und ob diese Fachpersonen Qualitätssicherungsaufgaben haben.

#### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Pflege- und Betreuungsqualität

##### 3.1 Einschätzung der Pflege- und Betreuungsqualität (Sicht Mitarbeitende und Betriebsleitungen)

Die teilnehmenden Mitarbeitenden wurden gebeten, die allgemeine Pflege- und Betreuungsqualität zu beurteilen. Die Mehrheit bewertete alle fünf erfragten Aspekte als „sehr gut“ oder „eher gut“. Wenn die Prozentwerte von „sehr gut“ und „eher gut“ zusammen betrachtet werden, wurde die angebotene Pflegequalität am höchsten (98.5 %) und die Kontinuität der Pflege / Betreuung am tiefsten (84.2 %) beurteilt. Knapp ein Zehntel (9.1 %) der Befragten beurteilte die Koordination / Organisation der Pflege und Betreuung als „eher schlecht“ oder „sehr schlecht“ (siehe Abbildung 6).

Allgemeine Pflege- und Betreuungsqualität

Wie beurteilen Sie, bezogen auf Ihre Organisation/Ihr Team:

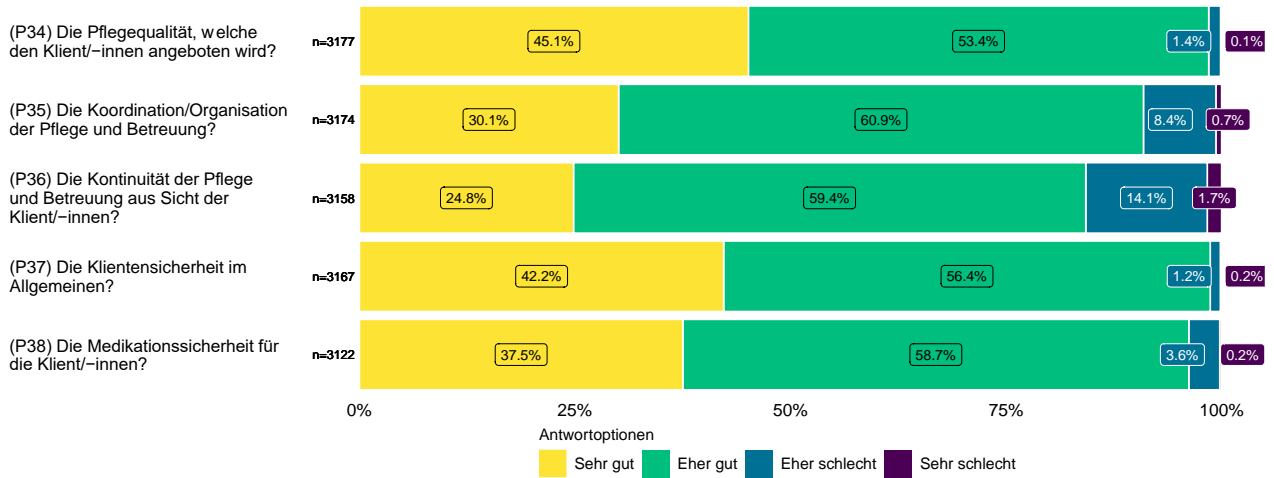


Abbildung 6: Allgemeine Pflege- und Betreuungsqualität (Sicht Mitarbeitende)

Die Hälfte (50.5 %) der Mitarbeitenden war der Meinung, dass die Betreuungsqualität im letzten Jahr in ihrer Spitex-Organisation gleichgeblieben ist, mehr als ein Drittel nahm eine Verbesserung (38.1 %) wahr und 11.4 % eine Verschlechterung der Qualität (siehe Abbildung 7).

Entwicklung der Pflege- und Betreuungsqualität

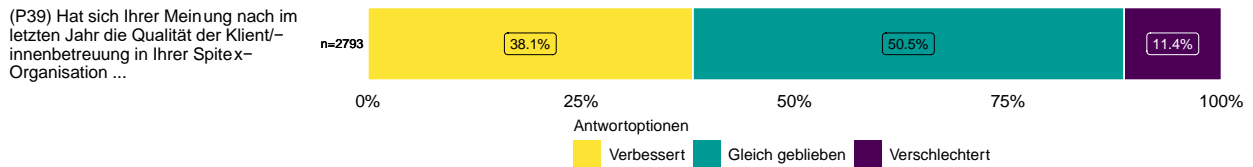


Abbildung 7: Qualität der Klient/-innenbetreuung im letzten Jahr (Sicht Mitarbeitende)

Eine Mehrheit von 63.7 % würde ihre Spitex-Organisation ihrer oder einer befreundeten Familie „sicher“ weiterempfehlen, 31.5 % würden sie „wahrscheinlich“ empfehlen (siehe Abbildung 8).

Empfehlung der Spitex-Organisation an Familie/Freunde

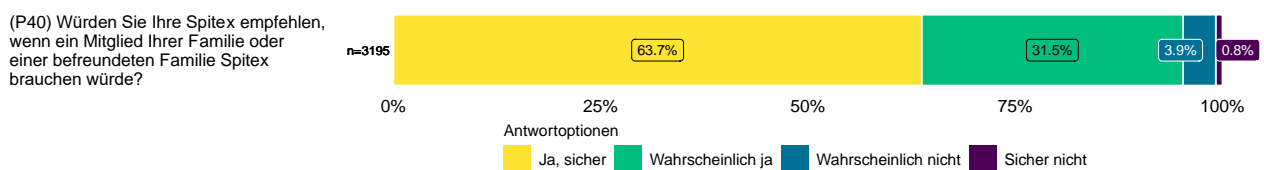


Abbildung 8: Weiterempfehlung der Spitex (Sicht Mitarbeitende)

Auch bei den Betriebsleitungen gaben 94.4 % an, „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“ mit der Pflegequalität ihrer Organisation zu sein. 91.0 % berichteten, „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“ mit der Zeit zu sein, die ihre Organisation den Klient/-innen zur Verfügung stellen kann. Etwas weniger zufrieden waren sie mit dem Aufwand, den das Personal für die Zeiterfassung benötigt (69.3 % „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“). Mehr als die Hälfte der Betriebsleitungen zeigte sich „sehr unzufrieden“ oder „eher unzufrieden“ (53.5 %) mit der verrechenbaren Zeit, die dem Personal für koordinative Aufgaben zur Verfügung steht (siehe Abbildung 9).

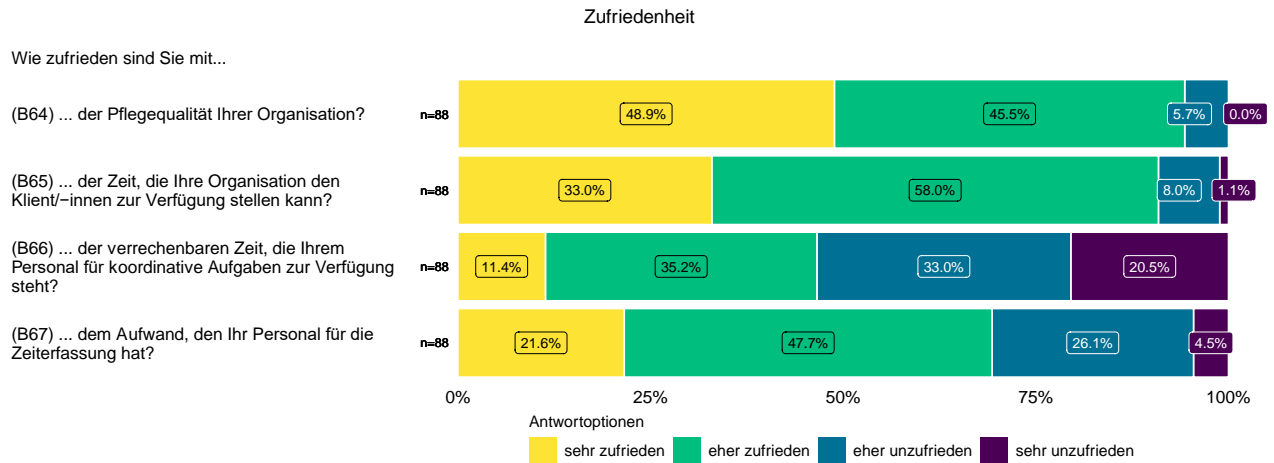


Abbildung 9: Zufriedenheit (Sicht Betriebsleitungen)

„Wir sollten eine gemeinsame Sprache finden um unsere Interaktionen sowie Vergleiche zwischen den verschiedenen Spitex-Organisationen erleichtern.“

### Marielle Thomas Katolo

Operative Leiterin

NOMAD

Spezifische Fragen an die Klient/-innen ermöglichen es, neue Dimensionen einzubeziehen, um Indikatoren für das Niveau der angebotenen Dienstleistungen einzuführen. Die Ergebnisse der Umfrage liefern für die teilnehmenden Spitex-Organisationen zwei Perspektiven, eine interne und eine externe, um sich mit den Resultaten auseinanderzusetzen: eine interne im Hinblick darauf, wie interne Kontrollsysteme weitergeführt werden sollen und die Tools verbessert werden können, und eine externe im Hinblick darauf, wie wir diesen Ansatz für Klient/-innen, Partner/-innen und Angehörige dauerhaft weiterführen können, insbesondere in Bezug auf die Pflege- und Betreuungsqualität.

Es wäre interessant, die Befragung auszuweiten, um ein breiteres Feedback zur Zufriedenheit der Klient/-innen zu erhalten.

Aufschlussreich ist das Bedürfnis nach einem gemeinsamen Verständnis des Begriffs Pflege- und Betreuungsqualität. Wir könnten uns von der Arbeit inspirieren lassen, die der Dachverband Spitex Schweiz im „Qualitätsmanual Spitex Schweiz“<sup>5</sup> geleistet hat, um eine gemeinsame Sprache zu finden und unsere Interaktionen sowie Vergleiche zwischen den verschiedenen Spitex-Organisationen zu erleichtern. Es müssen Entscheidungen in den Institutionen darüber getroffen werden, wie dies erreicht werden kann.

<sup>5</sup> Abrufbar unter <https://www.spitex-qualitaetsmanual.ch>

### 3.2 Bewertung der erhaltenen Pflege und Betreuung (Sicht Klient/-innen und Angehörige)

Um die Qualität der Spitex aus der Sicht der Klient/-innen zu bewerten, schlägt die 2003 in den USA gestartete Initiative zur Qualität der häuslichen Pflege [7] vor, den Schwerpunkt auf fünf Aspekte zu legen:

- 1) Professionalität der Patientenversorgung,
- 2) Kommunikation zwischen Fachpersonen und Patient/-innen,
- 3) Gespräche über Schmerzen, Medikation und Sicherheit,
- 4) Vergabe einer Gesamtnote für die erhaltene Pflege und
- 5) Bereitschaft, den Dienstleister Freunden oder der Familie weiterzuempfehlen.

Die letzten beiden Aspekte liefern eine Gesamteinschätzung der Pflegequalität und können auch von pflegenden Angehörigen beurteilt werden. Bereits in 2010 in einer in der Deutschschweiz durchgeführten Befragung, wurden 322 Angehörigen von Spitex-Klient/-innen über 65 Jahren gebeten, die erhaltene Pflege mit einer Gesamtnote zwischen 1= „gar nicht zufrieden“ und 10= „vollumfänglich zufrieden“ zu bewerten. Die Bewertung war insgesamt äusserst positiv: Sie reichte von 8.4 bei Söhnen und 8.7 bei Töchtern, die ihre Eltern pflegten, bis zu je 9.3 bei pflegenden Partnern und Partnerinnen [8].

#### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Bewertung der Pflege und Betreuung

Im Bereich Qualität wurden in der vorliegenden Studie zwei Fragen gestellt, welche die Bewertung der Pflege- und Betreuungsqualität übergreifend abdecken. Dabei beurteilten die Klient/-innen die Pflege- und Betreuungsqualität auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 die schlechtestmögliche Pflege / Betreuung und 10 die bestmögliche Pflege / Betreuung bedeuten. Die Klient/-innen (n= 1'467) beurteilten diese mit einem Median von 9.0 [IQB 8.0-10.0] als sehr hoch. Wenn es um die Empfehlung der Spitex geht, würde die Mehrheit der Klient/-innen (75.4 %) die Spitex „definitiv“ weiterempfehlen (siehe Abbildung 10).

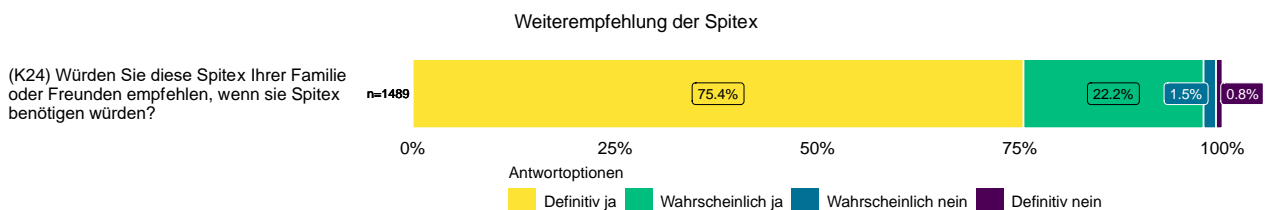


Abbildung 10: Weiterempfehlung der Spitex (Sicht Klient/-innen)

Auch die Angehörigen schätzten die Pflege- und Betreuungsqualität sehr hoch ein mit einem Median von 9.0 [IQB 8.0-10.0] (auf der Skala von 0 bis 10, wobei 0 die schlechtestmögliche Pflege / Betreuung und 10 die bestmögliche Pflege / Betreuung bedeuten). Auch eine Mehrheit der Angehörigen (73.4 %) würde die Spitex „definitiv“ weiterempfehlen (siehe Abbildung 11).

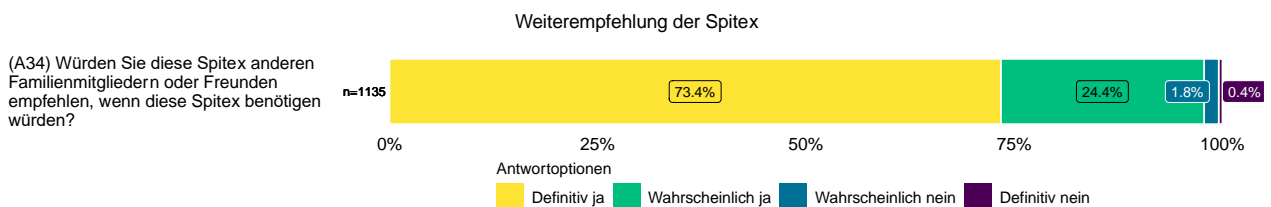


Abbildung 11: Weiterempfehlung der Spitex (Sicht Angehörige)

### 3.3 Massnahmen zur Qualitätssicherung (Sicht Betriebsleitungen)

Die Mehrheit der Betriebsleitungen (80.7 %) der teilnehmenden Organisationen sagte, dass die Organisation über keine anerkannte Qualitätsauszeichnung verfügt.

Ebenfalls eine Mehrheit der Organisationen gab an, durch den Kanton auditiert zu werden (65.9 %) und regelmässig Qualitätsindikatoren (mind. jährlich) zu überprüfen (62.1 %). Die meisten Spitex-Organisationen (68.2 %) berichteten, dass sie nicht durch eine andere Organisation (z. B. eine externe Firma) auditiert werden (siehe Abbildung 12).

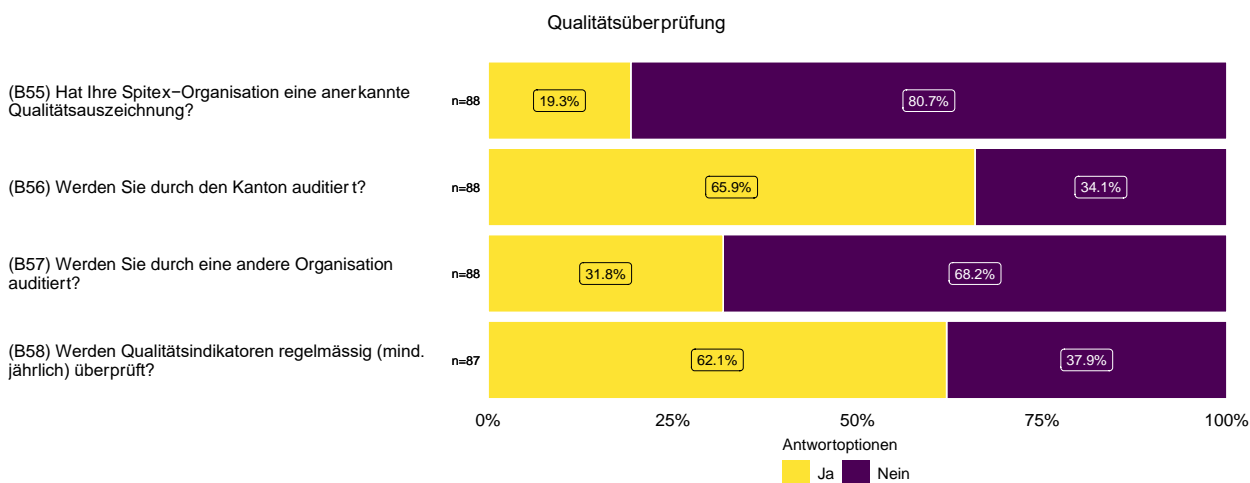


Abbildung 12: Qualitätsüberprüfung (Sicht Betriebsleitungen)

Von den 17 Organisationen, die über eine anerkannte Qualitätsauszeichnung verfügten, war die am häufigsten genannte Auszeichnung die „ISO 9001 2015 Zertifizierung“ (37.5 %).

Die Mehrheit der Spitex-Organisationen (96.6 %) gab ebenfalls an, dass klare Aufgaben- und Rollenbeschreibungen für die verschiedenen Berufsgruppen in ihrer Spitex-Organisation existieren.

Die Spitex-Organisationen wurden gefragt, zu welchen Themengebieten Leitlinien und / oder Handlungsanweisungen zur Verfügung stehen. Die drei am häufigsten genannten Themen waren: Hygiene (93.2 %), Einführung von neuen Mitarbeitenden (93.2 %) und Medikamentenmanagement (88.6 %). Die drei am seltensten angekreuzten Themen waren: Delir (11.4 %), Advance Care Planning (13.6 %) und ethische Entscheidungsfindung (15.9 %). Als „andere“ Themengebiete wurden z. B. Belästigung und Gewalt am Arbeitsplatz, Mangelernährung und Blutentnahmen erwähnt (siehe Abbildung 13).

Vorhandensein von Leitlinien und / oder Handlungsanweisungen

(B60) Zu welchen der folgenden Themengebiete haben Sie in Ihrer Spite x-Organisation Leitlinien und / oder Handlungsanweisungen (SOP=standard operating procedures)? (Mehrfachantworten möglich)

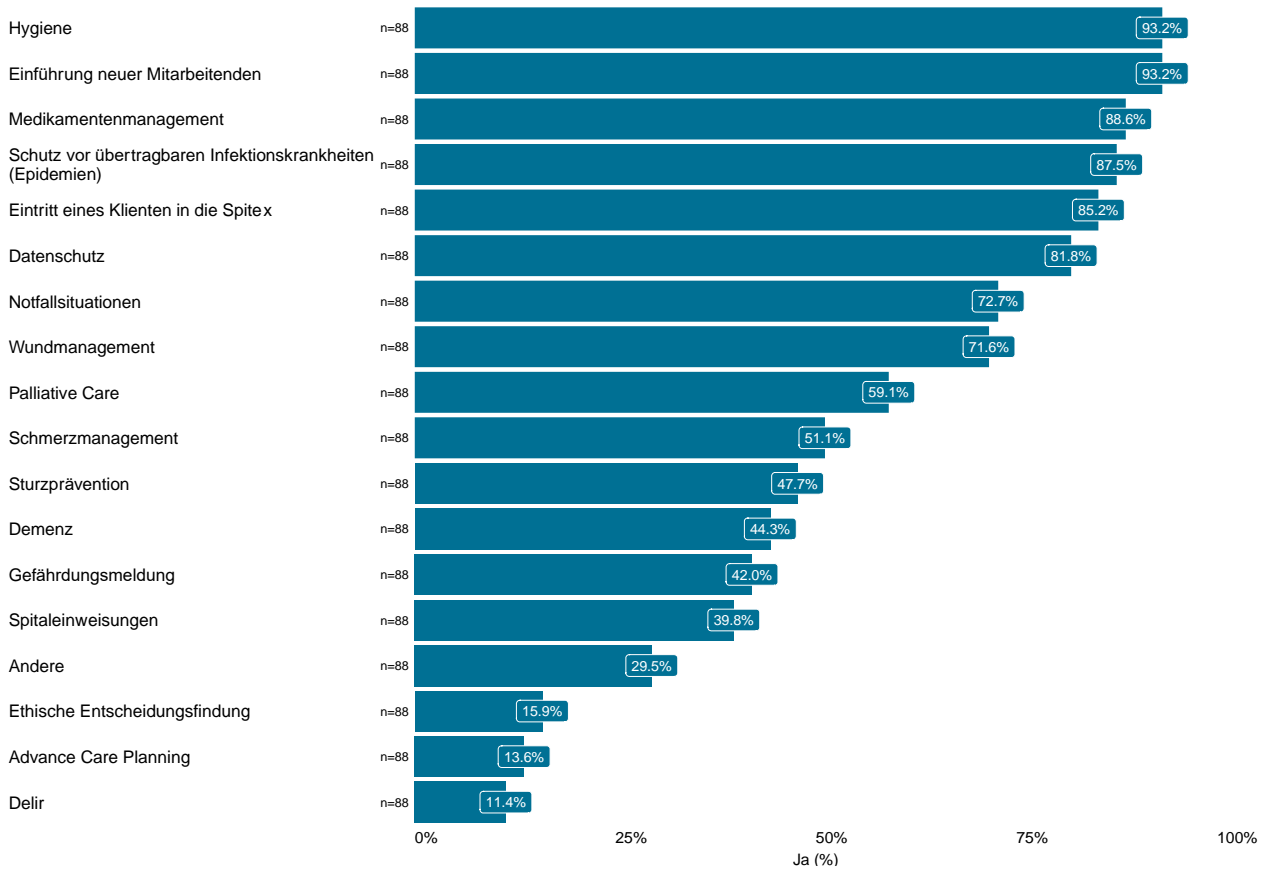


Abbildung 13: Vorhandensein von Leitlinien / Handlungsanweisungen – Themengebiete (Sicht Betriebsleitungen)

Die häufigste Fortbildung, die jährlich (intern bzw. extern) durch die Spite x-Organisation für das Personal angeboten wurde, war die interRAI Ausbildung (77.3 %) gefolgt von den Themen Demenz (58.0 %) und Palliative Care (55.7 %). Am seltensten wurden Weiterbildungen zum Thema ethische Entscheidungsfindungen (13.6 %) genannt, gefolgt von Interprofessionalität und / oder Koordination (15.9 %) (siehe Abbildung 14). Als „andere“ jährliche Fortbildungsangebote nannten die Betriebsleitungen z. B. Psychohygiene, Fahrsicherheitstraining und Kinästhetik.



### Jährliche Fortbildungen

(B62) In welchen Themengebieten bietet Ihre Spitex-Organisation jährlich Fortbildungen (intern/extern) für das Personal an?  
Kreuzen Sie alles an, das zutrifft.

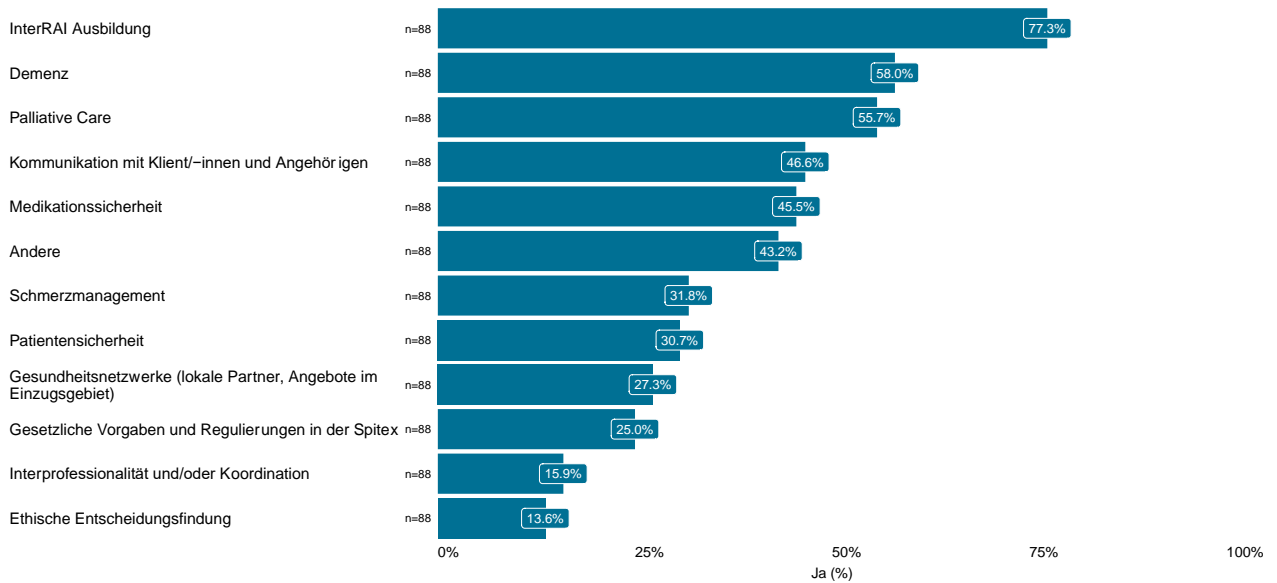


Abbildung 14: Themengebiete der jährlichen Fortbildungsangebote (Sicht Betriebsleitungen)

87.5 % der befragten 88 Spitex-Organisationen gaben an, über keine betriebliche Ethikstruktur zu verfügen. Über ein Ressort Ethik mit Fachverantwortung verfügten 12.5 % und über strukturierte ethische Entscheidungsprozesse im Einzelfall 14.8 % der teilnehmenden Organisationen (siehe Abbildung 15).

### Ethikstruktur

Verfügt Ihre Spitex-Organisation über eine Ethikstruktur? Bitte setzen Sie jeweils ein Kreuzchen bei Ja oder Nein.

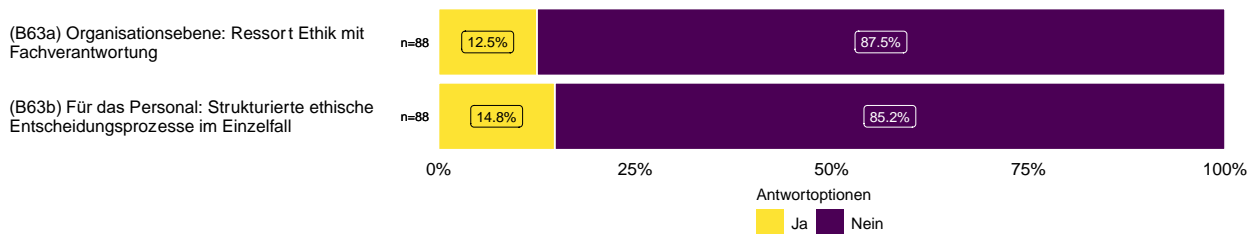


Abbildung 15: Vorhandensein einer Ethikstruktur (Sicht Betriebsleitungen)



„Qualitätsmanagement für Spitex-Organisationen  
wird zu einem Funktionsprinzip –  
und die Zertifizierung ist ein Mittel dazu.“

### Robert Bianchi

QGSU-Koordinator (Qualität, Gesundheit, Sicherheit, Umwelt)

Regionales SMZ Sion-Hérens-Conthey

Es überrascht nicht, dass die meisten Spitex-Organisationen keine Qualitätsauszeichnung haben, weder in der Pflege noch in einem anderen Bereich. Bis jetzt wird eine solche Qualitätszertifizierung nicht verlangt. Die neue Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, Art. 58g) schreibt jedoch vor, dass die Leistungserbringer die folgenden Qualitätsanforderungen erfüllen müssen:

- Sie verfügen über das erforderliche qualifizierte Personal.
- Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem.
- Sie verfügen über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und haben sich, sofern ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen.
- Sie verfügen über die Ausstattung, die erforderlich ist, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.

Diese Anforderungen an die Qualitätsentwicklung müssen laut Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, Art. 58a) auch Gegenstand neuer Verträge mit den Versicherern sein. Kurz- bis mittelfristig werden also auch die Spitex-Organisationen diese erfüllen müssen. Es scheint mir daher notwendig, dass sie im Bereich Pflege zertifiziert / gelabelt sind. Die Leitlinien sowie die Qualitätsstandards müssen für alle Organisationen verbessert werden. So wird sichergestellt, dass die Klient/-innen (deren Wohl im Mittelpunkt stehen muss) unabhängig von ihrem Wohnort qualitativ hochstehende Leistungen in Anspruch nehmen können. Meiner Ansicht nach sind die Standards in Bezug auf den Pflegeprozess (Grundpflege, Behandlungspflege, Hygiene, Medikation, usw.), die Interdisziplinarität, die interne und externe Kommunikation sowie die Ausbildung des Personals von entscheidender Bedeutung, um ein effizientes Qualitätsniveau zu erreichen.

Die Ausbildung des Personals ist, wie bereits erwähnt, ein wesentlicher Aspekt, der bei der Qualität der Pflege zu berücksichtigen ist. So hat ein Grossteil der Spitex-Mitarbeitenden die interRAI-Ausbildung absolviert. Dieses Instrument unterstützt die klinische Betreuung der Klient/-innen und macht den Pflegeprozess wissenschaftlich. Für Spitex-Mitarbeitende werden auch viele weitere Fortbildungen im Zusammenhang mit ihren Tätigkeitsbereichen und den erbrachten Leistungen angeboten (Palliative Care, Demenz, Medikationssicherheit, Schmerzmanagement, usw.). Damit qualitativ hochstehende Pflegeleistungen auf einem immer höheren Anforderungsniveau erbracht werden können, muss meiner Meinung nach die Fortbildung des Personals auf allen Ebenen der Spitex-Organisationen ausgebaut werden.

Ethische Fragen gewinnen im Pflegebereich zunehmend an Bedeutung. Mit solchen Themen können sich Organisationen auseinandersetzen, die über eine Ethikstruktur verfügen oder strukturierte ethische Entscheidungsprozesse im Einzelfall eingeführt haben. Die Mehrheit der Spitex-Organisationen verfügt nicht über eine solche Struktur. Daher wäre es eine Möglichkeit, sich zusammenzuschliessen und solche Strukturen pro Kanton / Region für alle Spitex-Organisationen zu entwickeln. Dies würde die ethische Reflexion über den Menschen fördern und so die Achtung der Werte im Zusammenhang mit der Spitex unterstützen, z. B. betreffend Grippe- oder COVID-19-Impfung, Suizidbeihilfe, Misshandlung, Verbleib zu Hause im hohen Alter oder Gewährleistung der Pflege- und Betreuungsqualität.

Abschliessend möchte ich sagen, dass man die Pflege- und Betreuungsqualität nicht vom Qualitätsmanagement, auch kontinuierliche Verbesserung genannt, trennen kann. Dieser Ansatz, der für ein umfassendes Qualitätsmanagement sorgt, ermöglicht es, die eigenen Praktiken weiterzuentwickeln, um die Bedürfnisse der Klient/-innen sowie der Mitarbeitenden optimal zu erfüllen. Mit anderen Worten: Qualitätsmanagement verbessert die Leistungsfähigkeit der Spitex-Organisationen, indem es das Wohl der Klient/-innen in den Mittelpunkt stellt, die Arbeit und Zusammenarbeit in Netzwerken fördert und die Zufriedenheit und Motivation aller Mitarbeitenden steigert. Ein Ergebnis dieses Ansatzes ist, dass das Qualitätsmanagement zu einem Funktionsprinzip wird. Die Zertifizierung ist ein Mittel dazu.

### 3.4 Arbeit mit Advanced Practice Nurses bzw. Pflegeexpert/-innen (Sicht Betriebsleitungen)

Gemäss Fachliteratur hat der Einsatz einer Advanced Practice Nurse (APN) in der Grundversorgung einen positiven Einfluss auf die Pflege- und Betreuungsqualität, z. B. eine erhöhte Zufriedenheit von Klient/-innen oder die Reduktion von notfallmässigen Spitaleinweisungen [9]. Eine APN ist eine Pflegefachperson, die durch eine zusätzliche Ausbildung (mindestens einen Master of Science-Abschluss) das Fachwissen, die komplexen Entscheidungsfähigkeiten und die klinischen Kompetenzen für eine fortgeschrittene Pflegepraxis erworben hat [10]. Die Ausbildung zur APN ist in der Schweiz noch nicht lange verankert und der Bedarf nach Pflegeexpertise wird oft auch von Pflegefachpersonen mit anderen vertiefenden Ausbildungen abgedeckt, wie dies für den Pflegeheimbereich aufgezeigt werden konnte [11]. Für unsere Studie haben wir deshalb die Spitex-Organisationen gefragt, ob sie mit einer APN arbeiten bzw. ganz allgemein den höchsten Berufsabschluss von eventuell vorhandenen Pflegeexpert/-innen in Erfahrung gebracht.

#### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Arbeit mit APNs oder Pflegeexpert/-innen

Insgesamt berichteten 35.2 % der teilnehmenden Organisationen, dass sie mit einer APN oder einem Pflegeexperten bzw. einer Pflegeexpertin zusammenarbeiten (siehe Abbildung 16). Dabei war der höchste genannte Berufsabschluss der APNs oder der Pflegeexpert/-innen ein Masterabschluss in Pflegewissenschaft (MSN) bei 48.0 % der Organisationen, gefolgt von einem Master of Advanced Studies (MAS) respektive einem Diploma of Advanced Studies (DAS) bei je 6.9 % und 13.8 % der Organisationen. In zwei Organisationen war je ein/e Pflegeexpert/-in in Ausbildung zu einem MSN tätig (keine Abbildung).

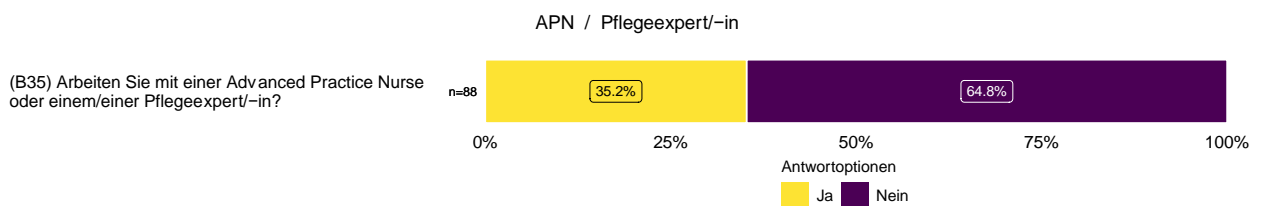


Abbildung 16: Mit einer APN oder Pflegeexpert/-in arbeiten (Sicht Betriebsleitungen)

Die teilnehmenden Organisationen, die mit APNs bzw. Pflegeexpert/-innen arbeiten, sagten, dass die Hauptaufgaben dieser Fachpersonen mit je 80.6 % hauptsächlich im klinischen Bereich und in der Qualitätssicherung liegen. In der Hälfte der Organisationen umfasste diese Rolle auch Aufgaben im Bereich der Bildung (51.6 %) (siehe Abbildung 17). Als „andere“ Hauptaufgaben wurden z. B. Coaching und Mentoring anderer Mitarbeitenden genannt.

Hauptaufgaben APN / Pflegeexpert/-in

(B35b) Was sind ihre / seine Hauptaufgaben?

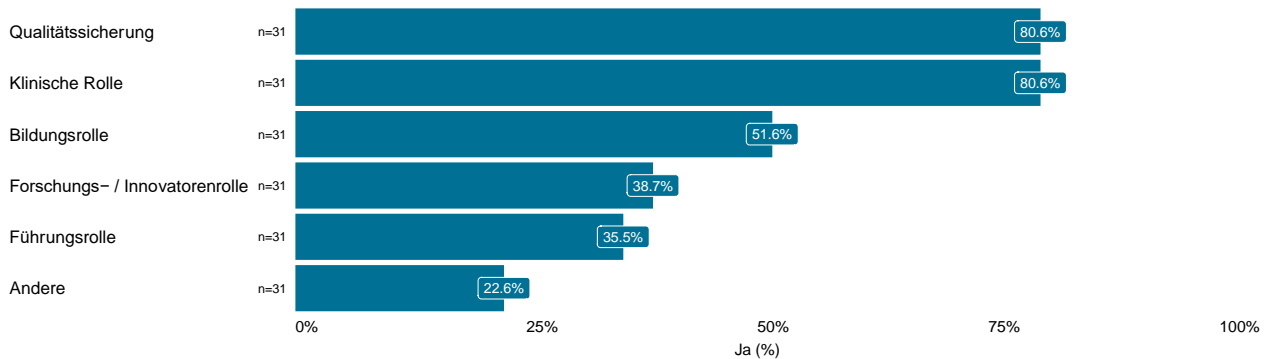


Abbildung 17: Hauptaufgaben APN oder Pflegeexpert/-in (Sicht Betriebsleitungen)

„Ein Drittel der Spitex-Organisationen wird heute von Advanced Practice Nurses (APNs) bzw. Pflegeexpert/-innen unterstützt – das ist noch ausbaufähig.“

### Kirsten Saynisch

Pflegeexpertin, MSc in Pflegewissenschaft

Mitglied Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft

Es ist erfreulich, dass bereits ein Drittel der Spitex-Organisationen mit einer APN oder Pflegeexpert/-in arbeitet, dennoch zeigt sich hier noch eine deutliche Ausbaufähigkeit.

Der Grund, warum eine Spitex keine APNs bzw. Pflegeexpert/-innen einstellt, könnte einerseits in dem nicht erkannten Mehrwert für die Organisation, andererseits in einer nicht ausreichenden Verfügbarkeit auf dem Stellenmarkt liegen.

In den dargestellten Hauptaufgaben finden sich die Kernkompetenzen der APN [12] wieder: direkte klinische Praxis, Coaching und Führung, Beratung und Konsultation, Forschungskompetenz, klinisches und fachspezifisches Leadership, interdisziplinäre Zusammenarbeit und ethische Entscheidungsfindung. Sie bilden das vielfältige Aufgabengebiet der APNs bzw. Pflegeexpert/-innen ab. Es zeigt sich, dass der Hauptfokus in der klinischen Praxis, der Qualitätssicherung und der Bildung liegt. Häufig werden in der Spitex diese drei Bereiche von einer Person abgedeckt. Darin liegen zum einen Chancen, wie z. B. praxisnah Herausforderungen zu identifizieren und darauf reagieren zu können oder durch die Befähigung der Mitarbeitenden, etwa im Clinical Assessment, deren Fähigkeiten in der klinischen Entscheidungsfindung zu vertiefen. Zum anderen birgt es die Gefahr, der Menge an Aufgaben nicht genügend gerecht werden zu können. Diese Herausforderung sollte sowohl von den APNs / Pflegeexpert/-innen als auch von den Organisationen im Auge behalten werden, um frühzeitig mit geeigneten Massnahmen darauf reagieren zu können.

Vielversprechend scheint, dass bereits 38.7 % der Organisationen die Forschungs- und Innovationsrolle in den Aufgabenbereich der APNs bzw. Pflegeexpert/-innen integriert haben. Die Fähigkeit des wissenschaftlichen Arbeitens ist essentiell für die Pflegequalität, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und *last but not least* für die Entwicklung der Pflegeprofession. Auch hier ist noch deutlich Luft nach oben erkennbar. Zusammenfassend lässt sich feststellen: Die ersten Schritte sind gemacht, jetzt gilt es, den Weg nicht aus den Augen zu verlieren.

## 4 Personenzentrierter Pflege- und Versorgungsprozess

Die personenzentrierte Pflege wird mit verschiedenen Begriffen beschrieben, z. B. patientenzentrierte (und familienorientierte) Pflege, personalisierte Pflege oder klientenzentrierte Pflege [13]. Es existieren unterschiedliche Definitionen des Konzepts: Eine mögliche Umschreibung ist, dass personenzentrierte Pflege den Aufbau und die Förderung therapeutischer Beziehungen zwischen allen Leistungserbringern, Klient/-innen und anderen Personen, die für sie in ihrem Leben von Bedeutung sind, umfasst. Personenzentrierte Beziehungen basieren auf Werten wie Achtung, Recht auf Selbstbestimmung, Autonomie und Respekt [14]. Der Einbezug der Werte, Bedürfnisse und Präferenzen der Klient/-innen durch aktives Zuhören und Erfragen, durch den Austausch von Informationen und Besprechung von Pflege- und Behandlungsplänen ist ein wichtiger Bestandteil der personenzentrierten Pflege und ermöglicht eine aktive Teilnahme der Klient/-innen an ihrer Versorgung [13].

In der Literatur wird ein Zusammenhang von personenzentrierter Pflege mit höherem sozialen und körperlichen Wohlbefinden und höherer Zufriedenheit mit der Pflege nachgewiesen [15]. Im Spitex-Bereich weisen Studien darauf hin, dass APNs und diplomierte Pflegefachpersonen eine zentrale Rolle spielen bei der Förderung der Klientenzentriertheit, Koordination und Kontinuität der Pflege [16]. Die Fachliteratur nennt folgende vier Elemente der klientenzentrierten Pflege in der Spitex:

- 1) Beteiligung der Klient/-innen an ihrer eigenen Pflege,
- 2) Beteiligung der Familienmitglieder und Pflegepartner an der Pflege,
- 3) Kommunikation und Kooperation und
- 4) evidenzbasierte Dienstleistungskompetenz [14].

In diesem Kapitel stellen wir die Resultate zur Fallführung (z. B. Kontakthäufigkeit mit den Klient/-innen, Zusammenarbeit), zur Anzahl involvierter Spitex-Personen und zu Gesprächen über Gesundheitsanliegen dar.

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zum personenzentrierten Pflege- und Versorgungsprozess

#### 4.1 Pflege- und Versorgungsprozess (Sicht Mitarbeitende)

Die nachfolgenden Items wurden nur von den fallführenden Mitarbeitenden beantwortet, d. h. von Personen, die zuständig sind für die Bedarfsabklärung, Festlegung der Pflegeziele und die Pflegeplanung.

Im Median waren die Fallführenden für 15.0 Klient/-innen [IQB 8.0-20.0] zuständig. Die Mehrheit der Spitex-Mitarbeitenden (40.2 %) sah die Klient/-innen, für die sie als Fallführende/-r zuständig waren, im Durchschnitt alle 2-3 Wochen (siehe Abbildung 18).

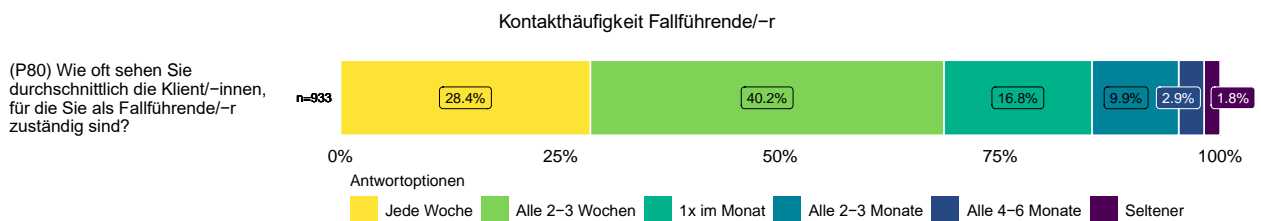


Abbildung 18: Kontakthäufigkeit Fallführende/-r (Sicht Mitarbeitende)

Bei den nächsten fünf Items wurden die fallführenden Fachpersonen gebeten, verschiedene Aspekte des (personenzentrierten) Pflege- und Versorgungsprozesses für die Versorgung zu beurteilen (beispielsweise den Einbezug von Klient/-innen und / oder Angehörigen in die Festlegung von Zielen).

Bezüglich der Festlegung des Versorgungsprozesses gaben 92.1 % der befragten Fallführenden an, dass in ihrer Spitex „immer“ oder „meistens“ auf die Wünsche der Klient/-innen gehört wird. Bei der Erstellung und Anpassung der Pflege- und Behandlungspläne sagten 74.9 % der Fallführenden, dass „immer“ oder „meistens“ mit den Klient/-innen und / oder Angehörigen zusammengearbeitet wird. Hingegen gaben mehr

als zwei Drittel (70.5 %) der Befragten an, die Pflege- und Behandlungsziele „nie“, „selten“ oder „gelegentlich“ zusammen mit anderen Berufsgruppen festzulegen (siehe Abbildung 19).

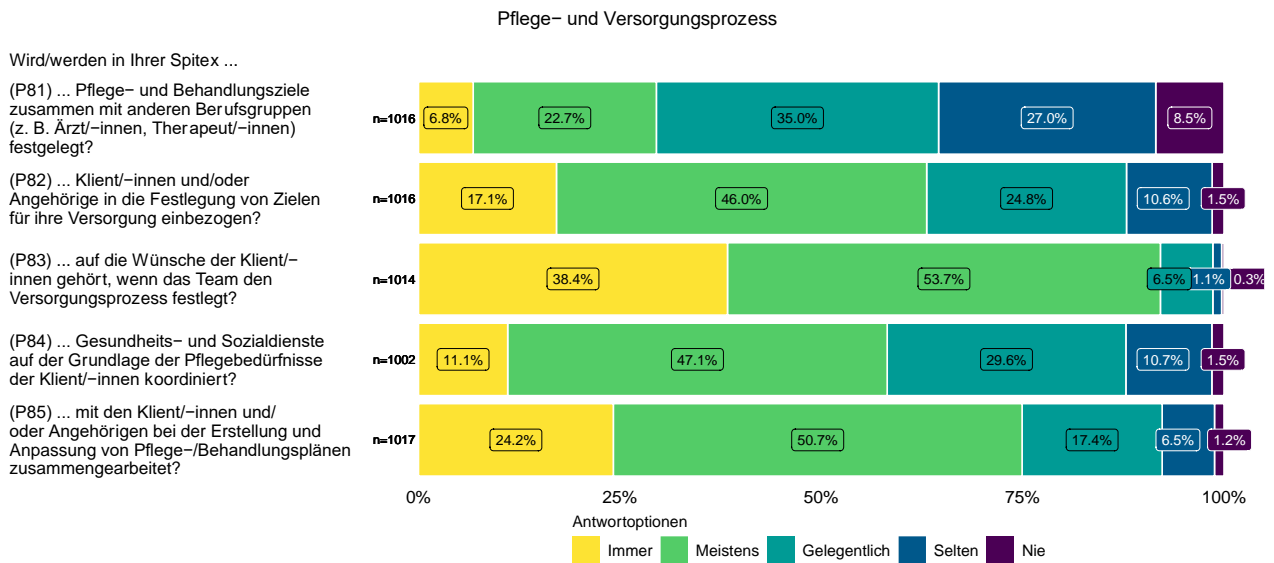


Abbildung 19: Pflege- und Versorgungsprozess (Sicht Mitarbeitende)

#### 4.2 Gespräche mit Klient/-innen über Gesundheitsanliegen (Sicht Klient/-innen)

Mit dem nächsten Item wurde erfasst, wie die Klient/-innen die Häufigkeit einschätzen, mit der die Spitex-Mitarbeitenden mit ihnen über ihre Gesundheitsanliegen sprechen.

Etwa die Hälfte (54.6 %) der befragten Klient/-innen gab an, dass die Spitex-Person „immer“ oder „meistens“ mit ihnen über ihre Gesundheitsanliegen spricht. Fast ein Fünftel (19.0 %) erwähnte, dass dies „nie“ oder „selten“ mit ihnen besprochen wird (siehe Abbildung 20).

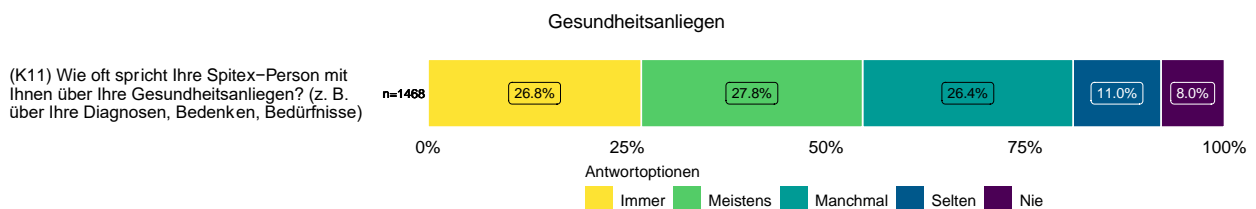


Abbildung 20: Über Gesundheitsanliegen sprechen (Sicht Klient/-innen)

#### 4.3 Eintreffen und Anzahl Spitex-Personen (Sicht Klient/-innen)

Auf die Frage, wie oft Spitex-Mitarbeitende in den letzten zwei Monaten mehr als eine halbe Stunde früher oder später als vereinbart bei den Klient/-innen eingetroffen waren, gaben 38.7 % der Klient/-innen „nie“ und 47.5 % „manchmal“ an (siehe Abbildung 21).

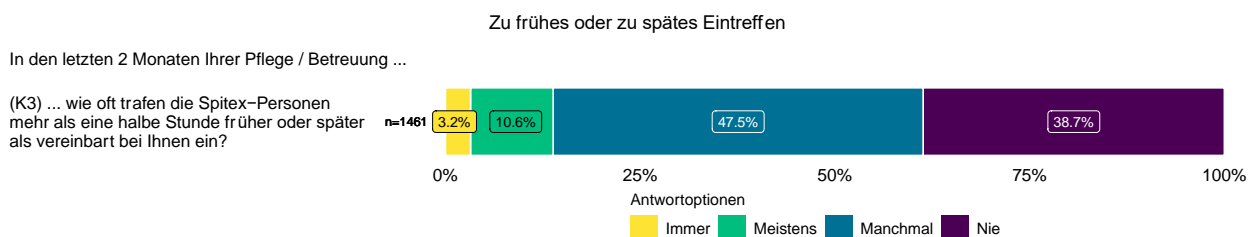


Abbildung 21: Zu frühes oder zu spätes Eintreffen der Spitex-Personen (Sicht Klient/-innen)



Darüber hinaus wurden die Klient/-innen gefragt, wie viele verschiedene Spitex-Mitarbeitende in den letzten zwei Monaten bei ihnen zuhause Leistungen erbracht hatten. Die Anzahl der Spitex-Personen bei den Klient/-innen zuhause betrug im Median 5.0 [IQB 4.0-8.0] (keine Abbildung).

„Weitere Fortschritte sind nötig, um die Ziele einer personenzentrierten Pflege zu erreichen. Ansatzpunkte sind die Bereiche Organisation, Praxismodell und Ergebniskontrolle.“

### **Claire-Lise Giannoni**

Leiterin Spitex

SMZ Sitten-Hérens-Conthey

Das Konzept des personenzentrierten Pflege- und Versorgungsprozesses ist zentral für jede Betreuungs- und Pflegeleistung und hat innerhalb des Auftrags von Spitex-Organisationen eine ganz besondere Bedeutung, da die Leistungen den Klient/-innen in ihrem privaten Umfeld angeboten werden.

Generell ist es wichtig, neben den Medianwerten auch die signifikanten Unterschiede sowohl aus Sicht der Fachpersonen als auch aus Sicht der Klient/-innen zu berücksichtigen. Dies widerspiegelt die Vielfalt der Situationen sowohl der Klient/-innen als auch der Spitex-Organisationen.

Diese Unterschiede werfen unmittelbar die Frage nach der Gerechtigkeit sowohl des Zugangs zu qualitativ hochwertigen personenzentrierten Leistungen als auch des Arbeitsumfelds der Fachpersonen auf.

Ein personenzentrierter Pflegeansatz bedeutet, dass die Anzahl der Besuche durch die fallführende Person, die Anzahl der verschiedenen Spitex-Personen, die die Leistungen erbringen, oder die Zeiten der Besuche sich individuell nach den Bedürfnissen und Präferenzen der Klient/-innen und der Angehörigen richten und nicht nach einem Durchschnittswert.

Die Anzahl der Spitex-Mitarbeitenden, die bei einer Klientin oder einem Klienten tätig sind, ihre Kenntnis der gesundheitlichen Bedürfnisse und die Einhaltung der vereinbarten Zeiten sind Kriterien für die Zufriedenheit der Klient/-innen. Sie beziehen sich auf die Qualität, Kontinuität und Sicherheit der Leistungen; sie hinterfragen die Anzahl der Klient/-innen, die von einer fallführenden Person betreut werden, genauso wie die Rollen der verschiedenen Fachpersonen des multidisziplinären Teams in den jeweiligen Situationen.

In einem personenzentrierten Pflege- und Versorgungsprozess gibt es zu denken, dass nur 29.5 % der Fallführenden die Pflege- und Behandlungsziele immer oder meistens zusammen mit anderen Berufsgruppen, einschliesslich der verschreibenden Ärzt/-innen, festlegen. Laut Literatur spielen sie als diplomierte Pflegefachpersonen eine zentrale Rolle bei der Förderung der Koordination und der Kontinuität der Pflege.

Auch die Tatsache, dass nur 54.6 % der Klient/-innen angeben, mit den Fachpersonen über ihre Gesundheitsanliegen zu sprechen, stellt die Aufmerksamkeit für ihre Bedürfnisse in Frage, die nötig ist, um eine aktive Teilnahme an ihrer Pflege und Betreuung zu ermöglichen. Dieses Ergebnis erlaubt jedoch keine Differenzierung betreffend der erbrachten Leistungen, die Art der Fachpersonen und den Zusammenhang mit der Häufigkeit der Besuche der fallführenden Person. Was schliesslich die Berücksichtigung der Wünsche und den Einbezug von Klienten/-innen und pflegenden Angehörigen in die Erstellung und Anpassung von Pflegeplänen betrifft, so sind die Ergebnisse eher positiv, doch sie zeigen, dass Fortschritte nötig sind, um das Ziel einer personenzentrierten Pflege zu erreichen.

Im aktuellen soziodemografischen Kontext, der von der Alterung der Bevölkerung und einer Unterstützung des Verbleibs zu Hause geprägt ist, und angesichts der wachsenden Zahl von öffentlichen und privaten Spitex-Anbietern regen diese Ergebnisse dazu an, darüber nachzudenken, welches Modell der Leistungsorganisation anzustreben ist, um die Klient/-innen zufriedenzustellen. Dabei müssen der ge-





rechte Zugang zu den Leistungen, die Qualität, die Effizienz und die Flexibilität der Organisation, die Zufriedenheit der Mitarbeitenden, die Zusammenarbeit in der internen Betreuungsgruppe und mit den Partnern des Sozial- und Gesundheitsnetzes sowie das Arbeitsumfeld der Fachpersonen berücksichtigt werden.

Die Entwicklung findet über die Klinik, die Organisation und die Ergebniskontrolle statt:

- über die Klinik mittels eines wissenschaftlich fundierten Praxismodells, das auf eine personen-zentrierte Pflege ausgerichtet ist;
- über die Organisation mittels multidisziplinärer Überlegungen der Teams unter Einbezug der Klient/-innen und Angehörigen: Grösse der multidisziplinären Teams, Rolle der verschiedenen Fachpersonen, Verantwortlichkeiten der fallführenden Person beim Delegieren an Kolleg/-innen und in den therapeutischen Beziehungen, Zusammenarbeit in der Betreuungsgruppe;
- über die Ergebniskontrolle mittels qualitativer und quantitativer Indikatoren.

Die Ergebnisse der SPOT<sup>nat</sup>-Studie sind eine reiche Datenquelle, die es den Sozialmedizinischen Zentren (SMZ) ermöglicht, Verbesserungsbereiche zu identifizieren, um Massnahmen zur Verbesserung der Qualität zu entwickeln. Es könnte sehr interessant sein, die Studie mit einer grösseren Stichprobe von Klient/-innen zu wiederholen.





## 5 Arbeitsumgebung der Spitex-Mitarbeitenden

Damit Spitex-Mitarbeitende eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung anbieten können, benötigt es eine Arbeitsumgebung, die sicher, befähigend und befriedigend ist [17]. Dabei spielen Faktoren wie die Führung, die Autonomie der Spitex-Mitarbeitenden, die Personalausstattung, interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit, Aufstiegs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten sowie die Umsetzung von Pflegemodellen eine wichtige Rolle [18]. Eine gute Arbeitsumgebung sichert nicht nur die Versorgungsqualität (z. B. Pflegequalität, Verhinderung von Hospitalisierungen), sondern leistet auch einen beachtlichen Beitrag dazu, die Verweildauer von Spitex-Mitarbeitenden im Beruf zu erhöhen und die Personalfluktuationsrate zu reduzieren [19]. Die Literaturübersicht von Chamanga et al. [20] zeigt beispielsweise deutlich, dass eine mangelhafte Arbeitsumgebung (z. B. eingeschränkte *Work-Life-Balance* aufgrund fehlender Ruhezeiten) die Berufsverweildauer negativ beeinflusst. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die verschiedenen Elemente der Arbeitsumgebung synergistische Effekte aufweisen [21]. In diesem Kapitel beschreiben wir die Führung, die Vorhersehbarkeit der Arbeit, die Rollenklarheit, Rollenkonflikte und die wahrgenommene soziale Unterstützung aus der Sicht der befragten Mitarbeitenden.

### 5.1 Führung (Sicht Mitarbeitende)

Führung kann als ein vielschichtiger Prozess zur Beeinflussung von Individuen, damit sie ihr maximales Potenzial ausschöpfen, um eine Aufgabe, ein Ziel oder ein Projekt zu verwirklichen, beschrieben werden [22]. Führungspraktiken und -stile können u. a. die Zufriedenheit der Mitarbeitenden, die Fluktuationsraten, die Organisationskultur und die Patientensicherheit positiv oder negativ beeinflussen [6, 23]. Westerberg & Tafvelin [24] nennen beispielsweise den transformativen Führungsstil als möglichen Schlüssel für eine höhere Arbeitszufriedenheit der Spitex-Mitarbeitenden.

#### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Führung

In der SPOT<sup>nat</sup> Erhebung adressierten insgesamt fünf Items das Thema Führung aus der Sicht von Mitarbeitenden. Ihre Antworten bezogen sich auf die ihnen vorgesetzte Person. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Mehrheit der Mitarbeitenden unterstützt fühlte, die Vorgesetzten als kompetent wahrnahm und dass die Vorgesetzten Fehler mehrheitlich zum Lernen und nicht zum Kritisieren nutzten. Die Aussage „Die / der direkte Vorgesetzte unterstützt das Personal“ erhielt mit 91.8 % die höchste Zustimmung, während noch 81.7 % der Mitarbeitenden der Aussage „Es gibt Lob und Anerkennung für eine gute Leistung“ zustimmten (siehe Abbildung 22). In der Pflegeheimstudie Swiss Nursing Homes Resources Project (SHURP) 2018 [11] erzielten dieselben zwei Items ebenfalls die höchste bzw. tiefste Zustimmung mit 89.8 % respektive 72.5% Zustimmung. Das gleiche Bild zeigte sich in einer Studie im Spitalbereich (Matching Registered Nurses services with changing care demands [MatchRN]<sup>6</sup> 2018) mit jeweils 84.8 % und 71.9 % Zustimmung, wobei SPOT<sup>nat</sup> im Vergleich bei beiden Aussagen die jeweils höchsten Werte erzielte.

<sup>6</sup> <https://matchrn.unibas.ch>. Diese Angaben aus MatchRN sind nicht publiziert und wurden für diesen Bericht berechnet.

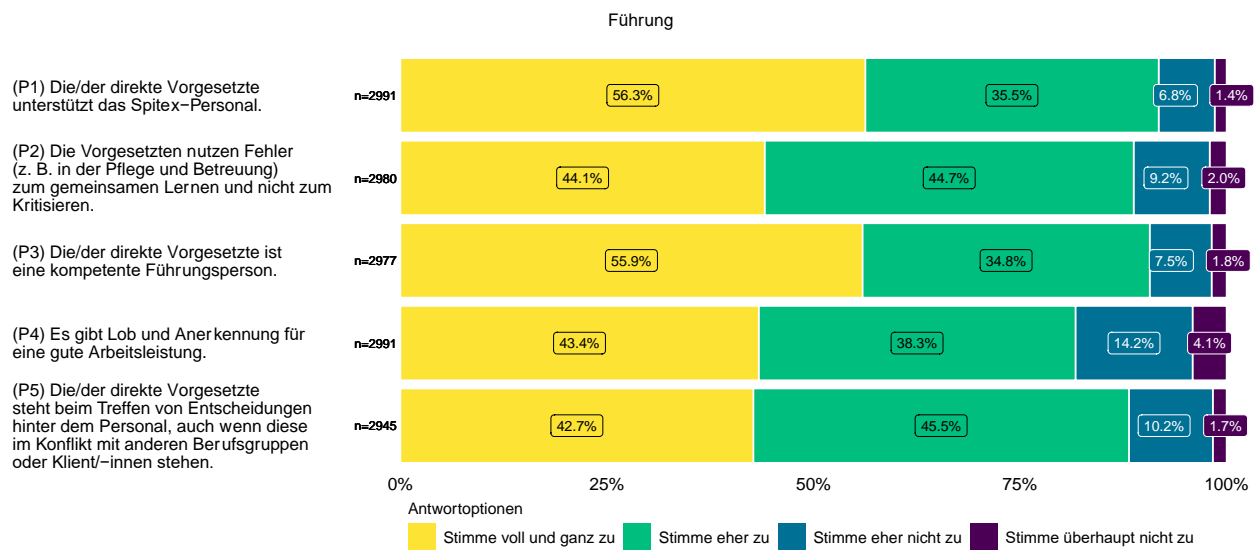
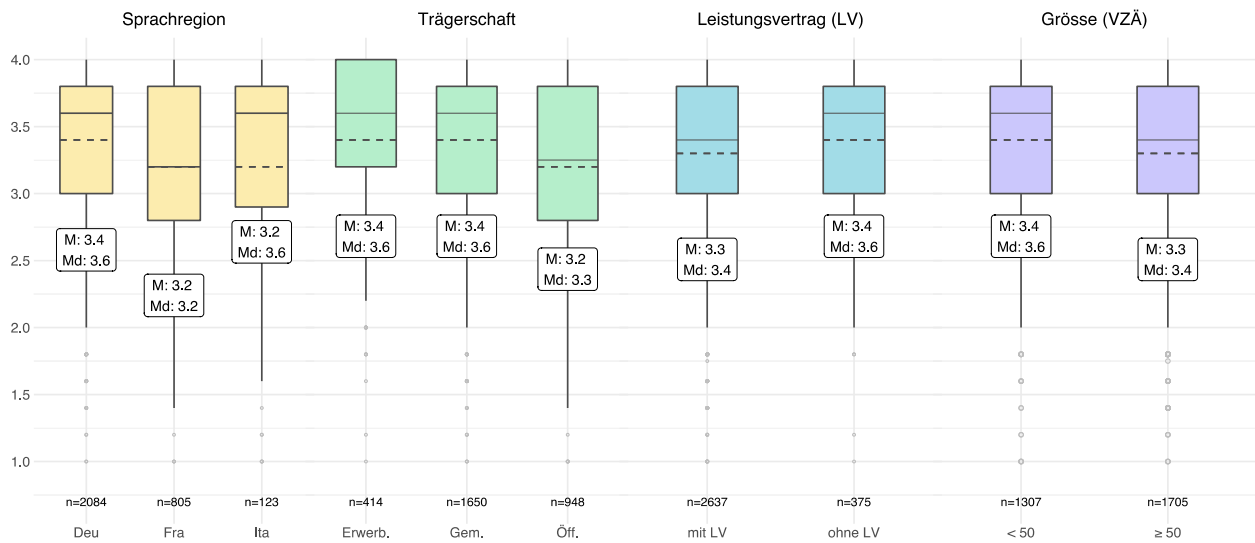


Abbildung 22: Führung (Sicht Mitarbeitende)

Aus den fünf obenstehenden Items (Abbildung 22) kann die Skala *Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses* vom Instrument *Practice Environment Scale – Nursing Work Index (PES-NWI)* [25] gebildet werden. Diese Skala misst, ob die direkten Vorgesetzten kompetente und unterstützende Führungspersonen sind. Als Skalenwert wird der Mittelwert über die fünf Items berechnet (von den Antwortoptionen 1= „stimme überhaupt nicht zu“ bis 4= „stimme voll und ganz zu“), wobei ein Mittelwert von  $\geq 3$  einer Zustimmung entspricht. Eine höhere Zustimmung deutet auf eine als besser wahrgenommene Führung hin. Weiterführende Informationen zur Skala sind im Appendix (Skalen – Führung) verfügbar.

Wenn die Einschätzung der einzelnen Spitex-Mitarbeitenden in den vier Gruppen (siehe Abbildung 23) betrachtet wird, sieht man geringe Unterschiede in der Einschätzung der Führung in der Gruppe Sprachregion (zwischen der deutschsprachigen (M 3.4) und der französisch- bzw. italienischsprachigen Schweiz (beide M 3.2)). Ebenfalls sind in der Gruppe Trägerschaft, wo die Führung in den öffentlich-rechtlichen Organisationen tiefer (M 3.2) eingeschätzt wurde als in den privat-erwerbswirtschaftlichen und privat-gemeinnützigen Organisationen (beide M 3.4), Unterschiede zu sehen.



**Instrument:** Practice Environment Scale - Nursing Work Index (PES-NWI), Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses [25]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat-erwerbwirtschaftliche, Gem. = Privat-gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ, ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 23: Skala PES-NWI – Führung (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende)

Insgesamt erzielte die Skala PES-NWI – *Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses* (Führung) [25] über alle Spitex-Mitarbeitenden einen Median von 3.4 [IQB 3.0-3.8] und einen Mittelwert von 3.3 (SD 0.6). Der SPOT<sup>nat</sup> Mittelwert ist sehr ähnlich wie in der Pflegeheim Studie SHURP 2018 [11], in der einen Mittelwert von 3.2 (SD 0.6) erzielt wurde.

„Führungspersonen leisten einen grossen Beitrag zur Zufriedenheit der Mitarbeitenden und zum Erfolg der Organisation. Deshalb ist es wichtig, sie in ihren Kompetenzen zu unterstützen.“

### Nicole Leiggener

Teamleiterin Standort Leuk-Steg

SMZ Oberwallis

### Carmen Martig

Strategische Bereichsleitung Gesundheit

SMZ Oberwallis Brig

Die vorliegenden Resultate zeigen auf, dass die Mehrheit der Mitarbeitenden mit den Führungspersonen in ihrer Organisation zufrieden ist. Sie fühlen sich gut unterstützt und bezeichnen ihre Vorgesetzten vorwiegend als kompetente Führungspersonen. Obwohl Lob und die Anerkennung am schlechtesten bewertet werden, fühlt sich der Grossteil der Befragten genügend anerkannt und gelobt.

In der Skala *Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses* [25] zeigen sich leichte regionale Unterschiede. Auffallend ist, dass die privat-erwerbwirtschaftlichen und die privat-gemeinnützigen Spitex-Organisationen leicht besser abschneiden als die öffentlich-rechtlichen Organisationen. Die Hintergründe dazu gilt es für die öffentlich-rechtlichen Organisationen zu eruieren und allenfalls Massnahmen zu definieren.

Die Resultate unterstreichen in erster Linie die bereits vorhandenen Kompetenzen der bestehenden Führungspersonen. Da die Führungspersonen einen grossen Beitrag zur Zufriedenheit der Mitarbeitenden

und zum Erfolg der Organisation leisten, ist es wichtig, sie in ihren Kompetenzen zu unterstützen. Dabei sind Themen wie die Verbesserung der Wertschätzung, das Schaffen einer Fehlerkultur, die Optimierung der Kommunikation und die Stärkung der Feedbackkultur von zentraler Bedeutung in einem Unternehmen und dementsprechend wichtige Weiterbildungsschwerpunkte für Führungspersonen.

## 5.2 Vorhersehbarkeit (Sicht Mitarbeitende)

Regelungen, Abläufe oder auch Leitlinien definieren nicht nur Prozesse, sie tragen auch dazu bei, verschiedene Gesundheitsdienste zu integrieren und die Zusammenarbeit im interprofessionellen und interdisziplinären Team zu verbessern. Leitlinien sind eine Art der Darstellung von notwendigem Wissen und Kompetenzen, die zur Sichtbarkeit der anfallenden Arbeit führen [26].

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Vorhersehbarkeit

Mit den nächsten zwei Items wurden die Mitarbeitenden zur Vorhersehbarkeit der Arbeit befragt. Mehr als die Hälfte der Mitarbeitenden (54.6 %) stimmte „in hohem“ oder „in sehr hohem Mass“ zu, rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an ihrem Arbeitsplatz informiert zu werden. Ein Zehntel der Mitarbeitenden (10.3 %) gab an, „in tiefem“ oder „in sehr tiefem Mass“ rechtzeitig im Voraus über Veränderungen informiert zu werden. Mehr als zwei Drittel (68.5 %) berichteten davon, „in hohem“ oder „in sehr hohem Mass“ alle Informationen zu erhalten, die sie brauchen, um die Arbeit mit guter Qualität zu erledigen; und nur 5.3 % gaben an, dass dies „in tiefem“ oder „in sehr tiefem Mass“ geschieht (siehe Abbildung 24).

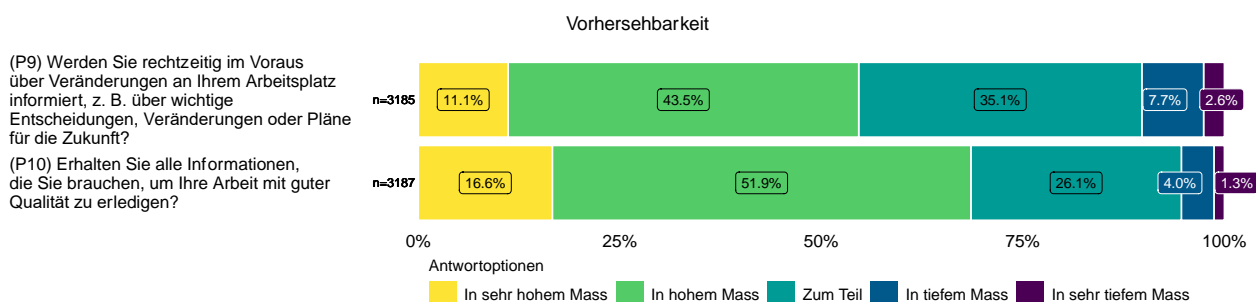
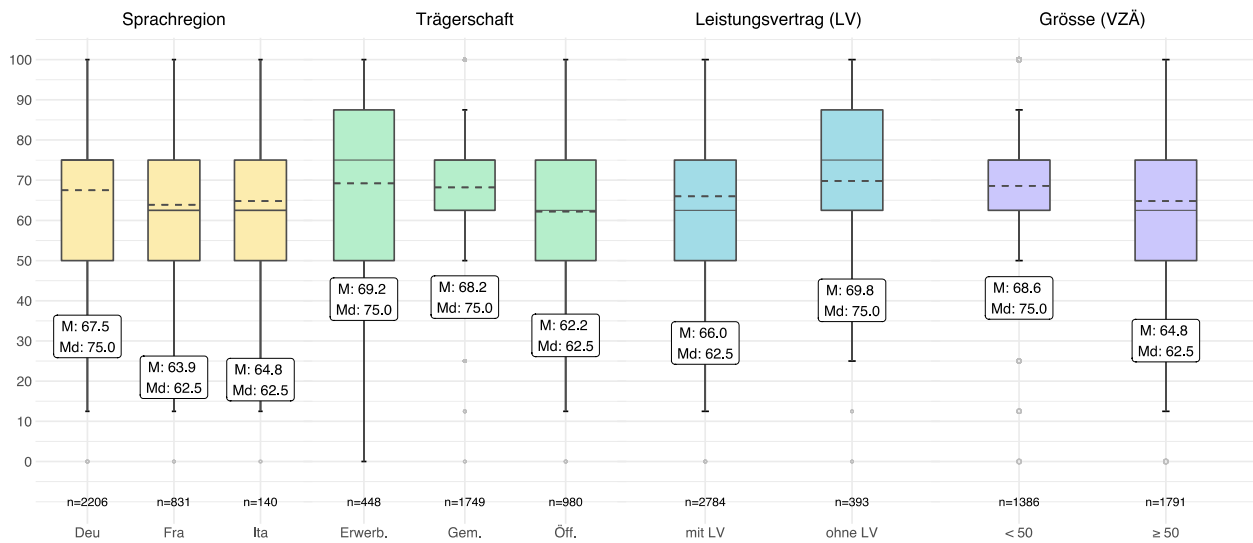


Abbildung 24: Vorhersehbarkeit (Sicht Mitarbeitende)

Aus den zwei obenstehenden Items (Abbildung 24) kann die Skala *Predictability* vom Instrument *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)* [27] gebildet werden. Diese Skala misst die Vorhersehbarkeit der Arbeit. Als Skalenwert wird der Mittelwert über die zwei Items berechnet (von den Antwortoptionen 0= „In sehr tiefem Mass“ bis 100= „In sehr hohem Mass“ (mit den Schritten 0, 25, 50, 75 und 100), wobei höhere Werte auf eine höhere Wahrnehmung der Vorhersehbarkeit der Arbeit hindeuten; weiterführende Informationen zur Skala sind im Appendix (Skalen – [Vorhersehbarkeit](#)) zu finden.

Bei der Einschätzung der Vorhersehbarkeit der Arbeit sind Unterschiede zwischen den privat-erwerbswirtschaftlichen und den öffentlich-rechtlichen Spitex-Organisationen zu erkennen (M 69.2 und M 62.2), zwischen den öffentlich-rechtlichen und den privat-gemeinnützigen Organisationen (M 62.2 und M 68.2) sowie in der Betriebsgrösse (siehe Abbildung 25).



Instrument: Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), Predictability [27]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb = Privat-erwerb/wirtschaftliche, Gem. = Privat-gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ, ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 25: Skala COPSOQ – Vorhersehbarkeit (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende)

Basierend auf den Angaben aller Spitex-Mitarbeitenden, errechnet sich für die Skala Predictability (Vorhersehbarkeit) [27] ein Median von 62.5 [IQB 50.0-75.0] und ein Mittelwert von 66.5 (SD 18.9).

### 5.3 Rollenklarheit und Rollenkonflikte (Sicht Mitarbeitende)

Der Begriff Rollenkonflikte verweist auf Schwierigkeiten, die Kompetenzen und Aufgaben der eigenen Rolle zu definieren, was zu Problemen in der Zusammenarbeit führen kann, da die Rahmenbedingungen für die Erfüllung von Aufgaben unklar sind. Ein klares Verständnis der eigenen Rolle führt zu einer besseren Zusammenarbeit mit Vorgesetzten und Mitarbeitenden. Aufgrund dessen haben Spitex-Mitarbeitende mit einem klaren Rollenverständnis eine positivere Einstellung zur Arbeitsbeziehung, was wiederum zu einer besseren Pflegequalität und Zufriedenheit der Klient/-innen führen kann [28].

#### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Rollenklarheit

Mit den nachfolgenden zwei Items wurde die Rollenklarheit erfragt. Mehr als drei Viertel der Mitarbeitenden (78.0 %) bestätigten, dass sie klare Ziele für ihre Arbeit haben. Höhere Werte erzielte das Item „Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?“ mit 84.5 % der Mitarbeitenden, die dieses Item mit „in hohem“ oder „in sehr hohem Mass“ bewerteten (siehe Abbildung 26).

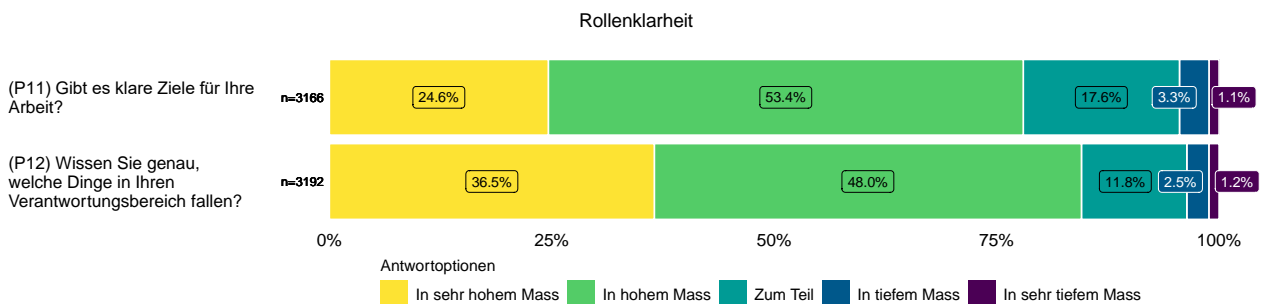
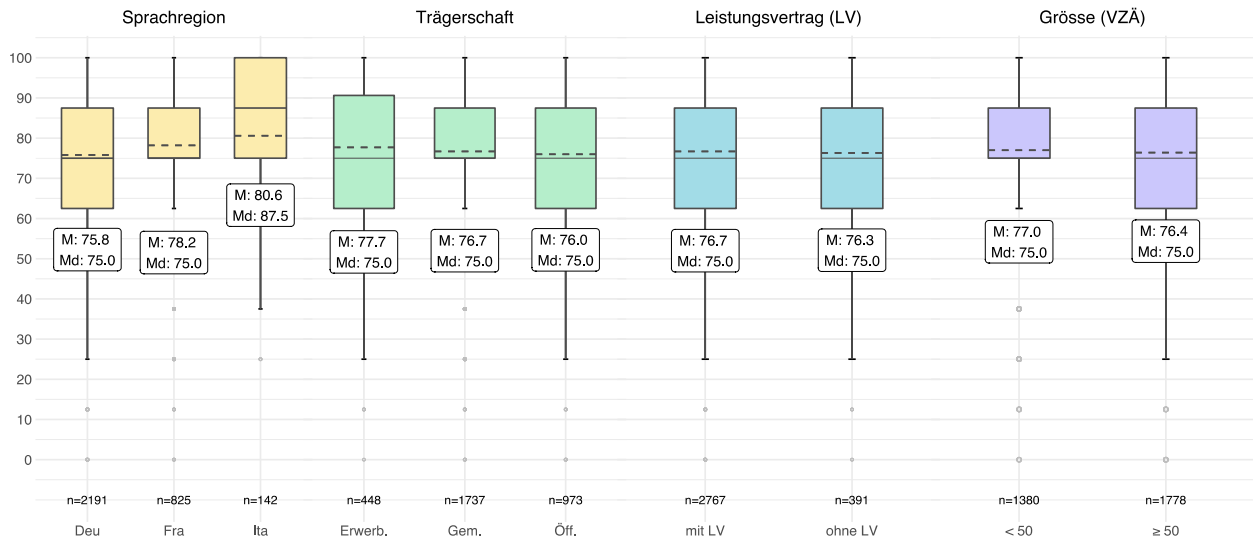


Abbildung 26: Rollenklarheit (Sicht Mitarbeitende)

Aus den zwei obenstehenden Items (Abbildung 26) kann die Skala *Role Clarity* vom Instrument COPSOQ [27] gebildet werden. Diese Skala misst die Rollenklarheit. Als Skalenwert wird der Mittelwert über die zwei Items berechnet (von den Antwortoptionen 0= „In sehr tiefen Mass“ bis 100= „In sehr hohem Mass“). Höhere Werte deuten auf eine höhere Rollenklarheit hin (vgl. dazu auch die Informationen zu den Skalen – [Rollenklarheit](#) im Appendix).

Bei den Gruppenvergleichen lässt sich erkennen, dass in der italienischsprachigen Region die Rollenklarheit höher (M 80.6) eingeschätzt wurde als in der deutschsprachigen (M 75.8). Bei den anderen Gruppen sind keine nennenswerten Unterschiede festzustellen (siehe Abbildung 27).



Instrument: Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), Role Clarity [27]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb = Privat-erwerb-wirtschaftliche, Gem. = Privat-gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ, ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 27: Skala COPSOQ – Rollenklarheit (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende)

Auf der Skala *Role Clarity* (Rollenklarheit) [27] für die Gesamtheit der Spitex-Mitarbeitenden resultiert ein Median von 75.0 [IQB 62.5-87.5] und ein Mittelwert von 76.7 (SD 18.0).

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zu Rollenkonflikten

Mit drei Items wurden die Mitarbeitenden nach Rollenkonflikten bei der Arbeit gefragt. Ein Zehntel der Mitarbeitenden (10.2 %) gab an, dass widersprüchliche Anforderungen bei der Arbeit gestellt werden. Mehr als ein Drittel (38.6 %) berichtete davon, „in sehr hohem“, „in hohem Mass“ oder „zum Teil“ „Dinge tun zu müssen, die eigentlich auf andere Weise getan werden sollten“. Weniger häufig sagten die Mitarbeitenden, dass sie „manchmal Dinge tun müssen, die nicht in ihrem Kompetenzbereich liegen“ (siehe Abbildung 28).

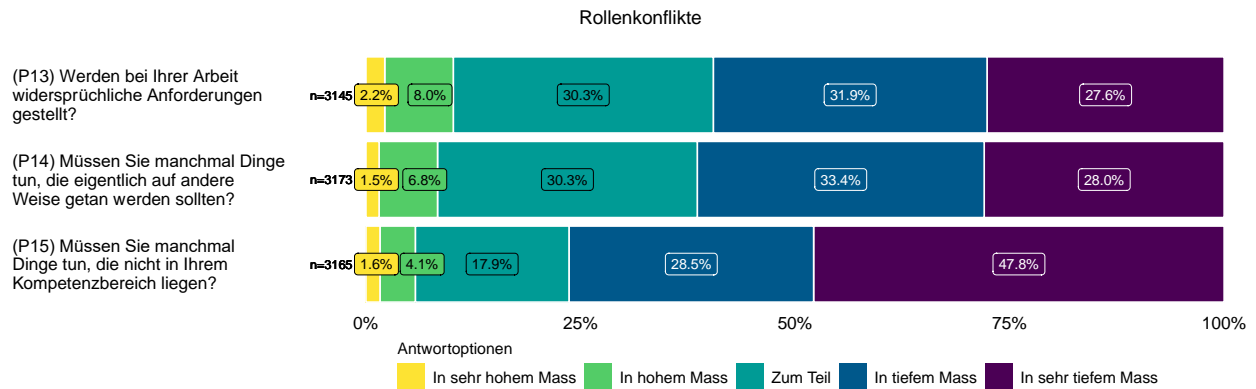
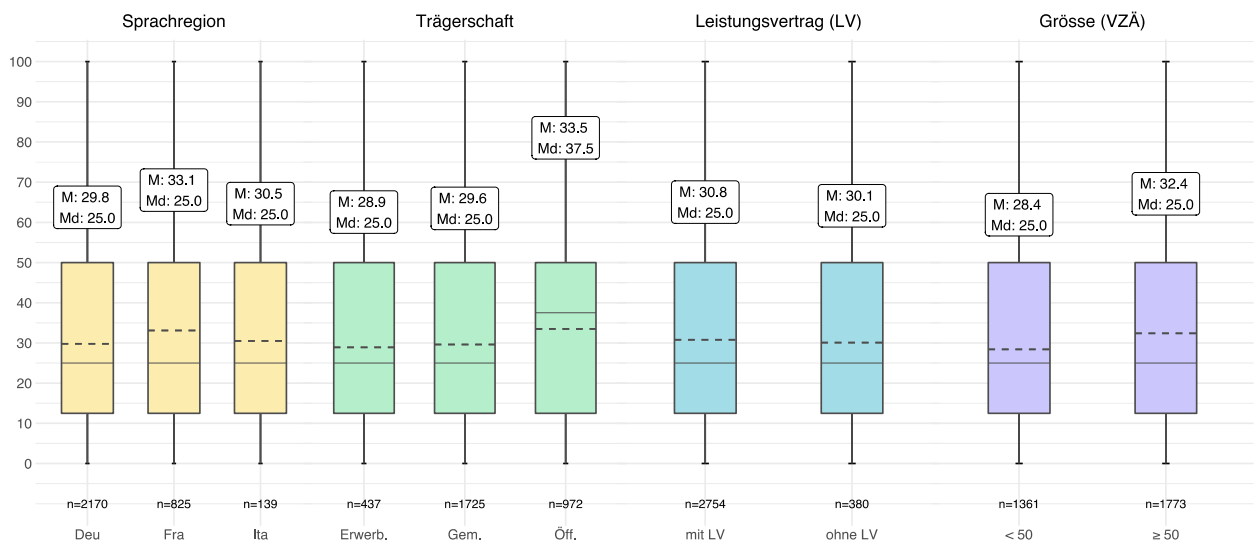


Abbildung 28: Rollenkonflikte (Sicht Mitarbeitende)

Aus den ersten beiden obenstehenden Items (Abbildung 28 – P13-P14) kann die Skala *Role Conflicts* vom Instrument COPSOQ [27] gebildet werden. Diese Skala misst die Rollenkonflikte. Als Skalenwert wird der Mittelwert über die zwei Items berechnet (von den Antwortoptionen 0= „in sehr tiefen Mass“ bis 100= „in sehr hohem Mass“). Höhere Werte deuten auf höhere Rollenkonflikte hin. Weiterführende Informationen zur Skala sind im Appendix (Skalen – [Rollenkonflikte](#)) zu finden.

In den vier Gruppen sind keine nennenswerten Unterschiede ersichtlich (siehe Abbildung 29).



Instrument: *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), Role Conflicts* [27]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat, erwerbswirtschaftliche, Gem. = Privat, gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ, ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 29: Skala COPSOQ – Rollenkonflikte (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende)

Mit allen Angaben der Spitex-Mitarbeitenden eingeschlossen, erzielt die Skala *Role Conflicts* (Rollenkonflikte) [27] einen Median von 25.0 [IQB 12.5-50.0] und einen Mittelwert von 30.7 (SD 21.9).



#### 5.4 Soziale Unterstützung und Feedback (Sicht Mitarbeitende)

Die Zusammenarbeit im Team sowie eine angemessene Feedbackkultur sind elementar für eine gute Arbeitsumgebung. Diese zu pflegen führt nicht nur zu einer guten Qualität der Pflege von Klient/-innen, sondern ebenfalls zu positiven Ergebnissen bzgl. der Arbeitszufriedenheit, der interdisziplinären und interprofessionellen Koordination und Zusammenarbeit sowie der Arbeitsverweildauer im Beruf von Spitex-Mitarbeitenden [29].

#### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur sozialen Unterstützung und zum Feedback

Das Thema arbeitsbezogene soziale Unterstützung enthielt fünf Items mit drei Unterthemen: Die ersten zwei Items betrafen die Unterstützung und das Feedback durch Kolleg/-innen, die nächsten zwei Items die Unterstützung und das Feedback durch die Vorgesetzten, das letzte Item thematisierte den Gemeinschaftsinn.

Die Häufigkeit der Unterstützung von Kolleg/-innen wurde von der Mehrheit (77.4 %) als „immer“ oder „oft“ eingestuft. Weniger häufig wurde mit den Kolleg/-innen über die Qualität der eigenen Arbeit gesprochen – nur ein Drittel (34.9 %) sagte, dass dies „immer“ oder „häufig“ geschieht. Mehr als die Hälfte der Mitarbeitenden (62.1 %) gaben an, „immer“ oder „oft“ Unterstützung durch die Vorgesetzten zu erhalten. Jedoch sprach weniger als ein Drittel (30.9 %) der Vorgesetzten mit ihren Mitarbeitenden „immer“ oder „oft“ über die Qualität ihrer Arbeit. Die Atmosphäre zwischen den Arbeitskolleg/-innen wurde von der Mehrheit (93.9 %) als „immer“ oder „oft“ gut bewertet (siehe Abbildung 30).

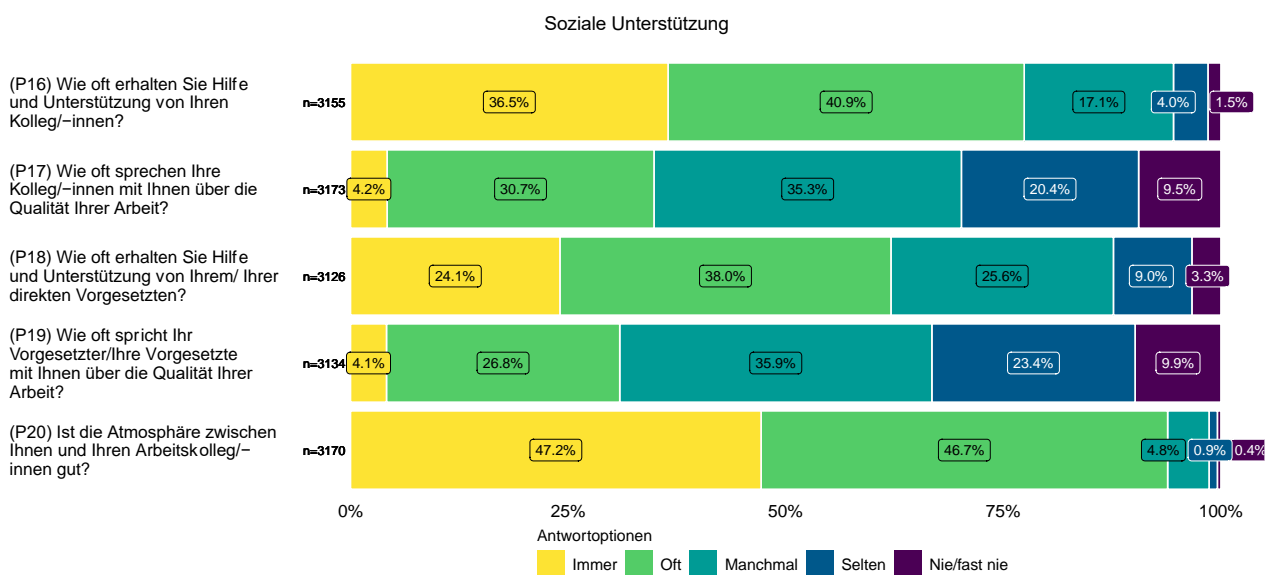
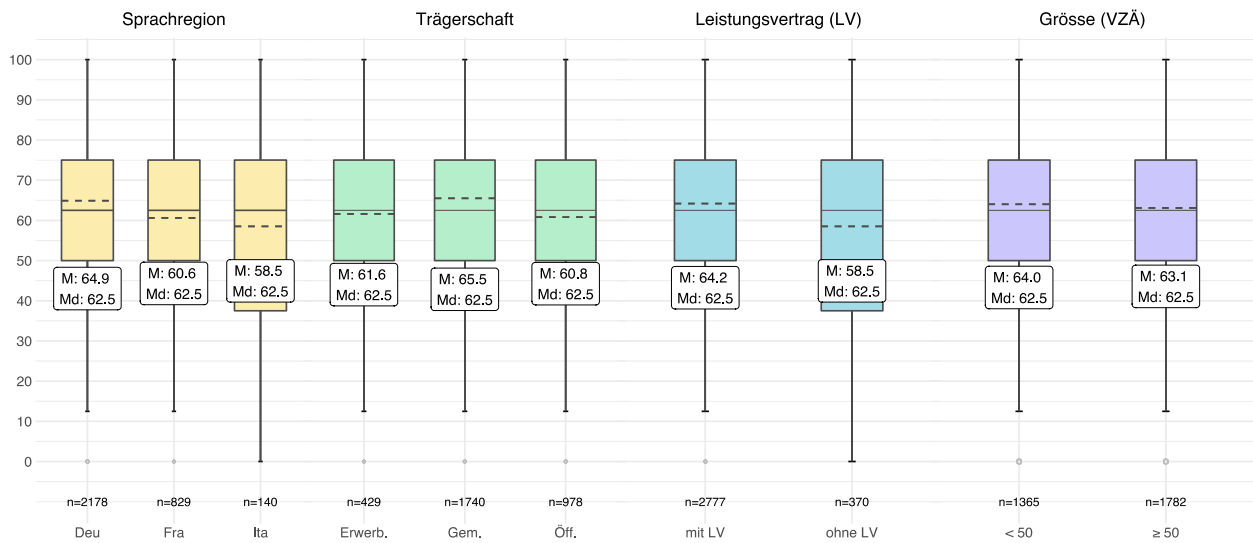


Abbildung 30: Soziale Unterstützung (Sicht Mitarbeitende)

Aus den ersten zwei obenstehenden Items (Abbildung 30 – P16-P17) kann die Skala *Social support from colleagues* vom Instrument COPSOQ [27] gebildet werden. Diese Skala misst die soziale Unterstützung durch die Kolleg/-innen. Als Skalenwert wird der Mittelwert über die zwei Items berechnet (von den Antwortoptionen 0= „Nie / fast nie“ bis 100= „Immer“). Höhere Werte bedeuten eine als höher wahrgenommene soziale Unterstützung durch die Kolleg/-innen. Weiterführende Informationen dazu sind im Appendix (Skalen – Soziale Unterstützung) verfügbar.

Gesamthaft gesehen, lassen sich Unterschiede zwischen den Sprachregionen (Mitarbeitende in der deutschsprachigen Region schätzen die soziale Unterstützung höher ein), zwischen den öffentlich-rechtlichen und privat-gemeinnützigen Organisationen und zwischen denjenigen mit und ohne Leistungsvertrag feststellen (siehe Abbildung 31).





Instrument: *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)*, *Social support from colleagues* [27]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat-erwerb-wirtschaftliche, Gem. = Privat-gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ. ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

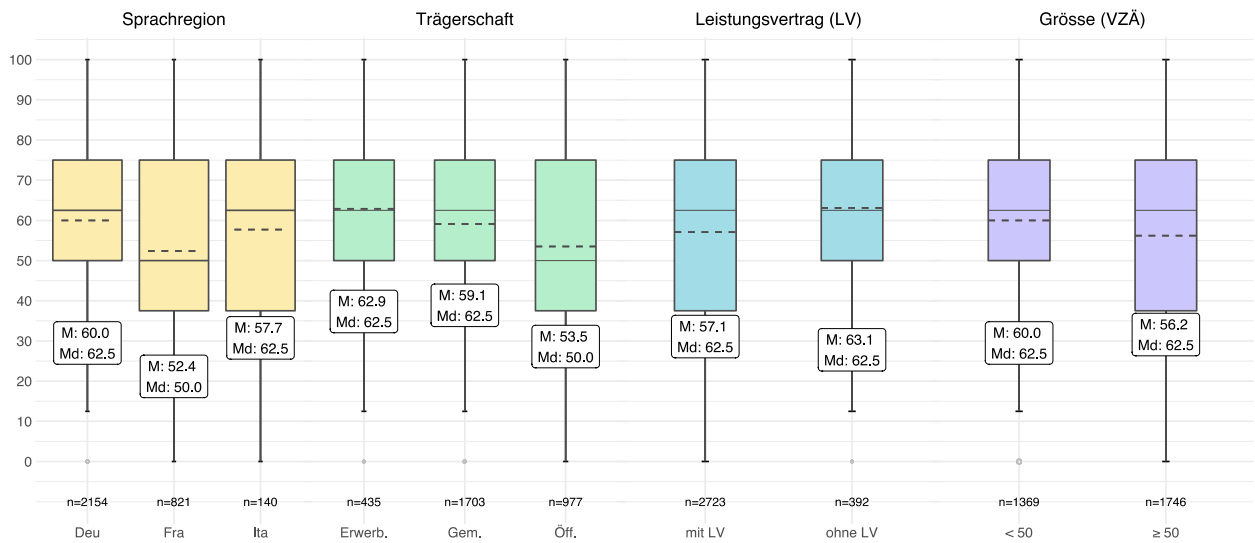
Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 31: Skala COPSOQ – Soziale Unterstützung (Kolleg/-innen) (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende)

Die Skala *Social support from colleagues* (Soziale Unterstützung durch Kolleg/-innen) [27] erzielt über alle Spitex-Mitarbeitende einen Median von 62.5 [IQB 50.0-75.0] und einen Mittelwert von 63.5 (SD 20.6).

Aus den Items „Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihrem / Ihrer direkten Vorgesetzten?“ und „Wie oft spricht Ihr Vorgesetzter / Ihre Vorgesetzte mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?“ (Abbildung 30 – P18-P19) kann die Skala *Social support from supervisors* vom Instrument COPSOQ [27] gebildet werden. Höhere Werte deuten hier auf eine als höher wahrgenommene soziale Unterstützung durch die Vorgesetzten hin; vgl. dazu die Angaben im Appendix (Skalen – [Soziale Unterstützung](#)).

Folgende Unterschiede sind zwischen den Sprachregionen, Trägerschaften und Organisationen mit und ohne Leistungsvertrag ersichtlich: Mitarbeitende aus den deutschsprachigen und italienischsprachigen Organisationen schätzten die soziale Unterstützung durch die Vorgesetzten höher ein als Mitarbeitende in Organisationen im französischsprachigen Raum (M 60.0 und M 57.7 vs. M 52.4). Die Mitarbeitenden aus öffentlich-rechtlichen Organisationen bewerteten die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte tiefer als Mitarbeitende aus den privat-erwerb-wirtschaftlichen und privat-gemeinnützigen Organisationen sowie auch Mitarbeitende aus Organisationen mit Leistungsvertrag (siehe Abbildung 32).



Instrument: *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), Social support from supervisors* [27]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat, erwerbswirtschaftliche, Gem. = Privat, gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ. ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 32: Skala COPSOQ – Soziale Unterstützung (Vorgesetzte) (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende)

Insgesamt, über alle Spitex-Mitarbeitenden, erzielt die Skala *Social support from supervisors* (Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte) [27] einen Median von 62.5 [IQB 37.5-75.0] und einen Mittelwert von 57.9 (SD 23.0).

## 6 Sicherheitskultur

Der Begriff Sicherheitskultur wird als das Produkt aus individuellen und gruppenspezifischen Werten, Haltungen, Wahrnehmungen, Kompetenzen und Verhaltensmustern definiert, die das Engagement sowie den Stil und die Leistungsfähigkeit des Sicherheitsmanagements einer Organisation bestimmen [30]. Im Bericht *To Err Is Human* hebt das Institute of Medicine die Bedeutung des Aufbaus einer Sicherheitskultur als Voraussetzung für die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung hervor [31]. Ein betriebsweites, gemeinsam getragenes Verständnis von Sicherheitskultur ist wiederum entscheidend für die Verbesserung problematischer Haltungen oder Handlungen – wie etwa Fehlkommunikation und Reaktionen auf Fehler oder auf unerwünschte Ereignisse [32]. In Organisationen mit einer hohen Sicherheitskultur treten beispielsweise weniger Fehler bei der Verabreichung von Medikamenten auf [33]. Gemäss der Fachliteratur gelten Führung, Personalausstattung, offene Kommunikation und Teamarbeit als wichtige Einflussfaktoren auf die Sicherheitskultur [34]. Im folgenden Kapitel beschreiben wir die für die Sicherheitskultur relevanten Studienresultate hinsichtlich des Umgangs mit Fehlern, des Sicherheitsklimas sowie der Teamarbeit.

### 6.1 Umgang mit Fehlern (Sicht Betriebsleitungen)

Die Fachliteratur geht davon aus, dass die Häufigkeit von Fehlern und unerwünschten Ereignissen reduziert werden kann, wenn sämtliche Vorfälle gemeldet werden. Erst dank solcher Hinweise können Ursachen analysiert und Verbesserungen in die Wege geleitet werden, beispielsweise Änderungen an Systemen und Prozessen, um die Anzahl und die Auswirkungen unerwünschter Ereignisse zu verringern [35]. Grundbedingung ist vor allem eine Kultur, die es allen Beteiligten erlaubt, über Fehler zu sprechen. Häufig genannte Strategien zur Verbesserung der Meldequoten sind z. B. ein klarer Ablauf zur Meldung, ein transparenter Umgang mit den Meldungen und ein Feedback zu den gemeldeten Ereignissen (z. B. welche Schritte zur Analyse und Behebung des Vorfalles unternommen worden sind) [36].

#### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zum Umgang mit Fehlern

Ein Fünftel (20.5 %) der Betriebsleitungen der teilnehmenden Spitex-Organisationen berichtete, dass sie mit einem Meldesystem wie z. B. *Critical Incident Reporting System* (CIRS) arbeiten. Bei mehr als zwei Dritteln (72.7 %) war der Ablauf zur Meldung und der Umgang mit unerwünschten Ereignissen, Fehlern und „Beinahefehlern“ mittels Leit- oder Richtlinien definiert und geregelt. Bei 87.5 % der Spitex-Organisationen wurden derartige Vorfälle den beteiligten Personen zurückgemeldet (Feedback-Management) (siehe Abbildung 33).

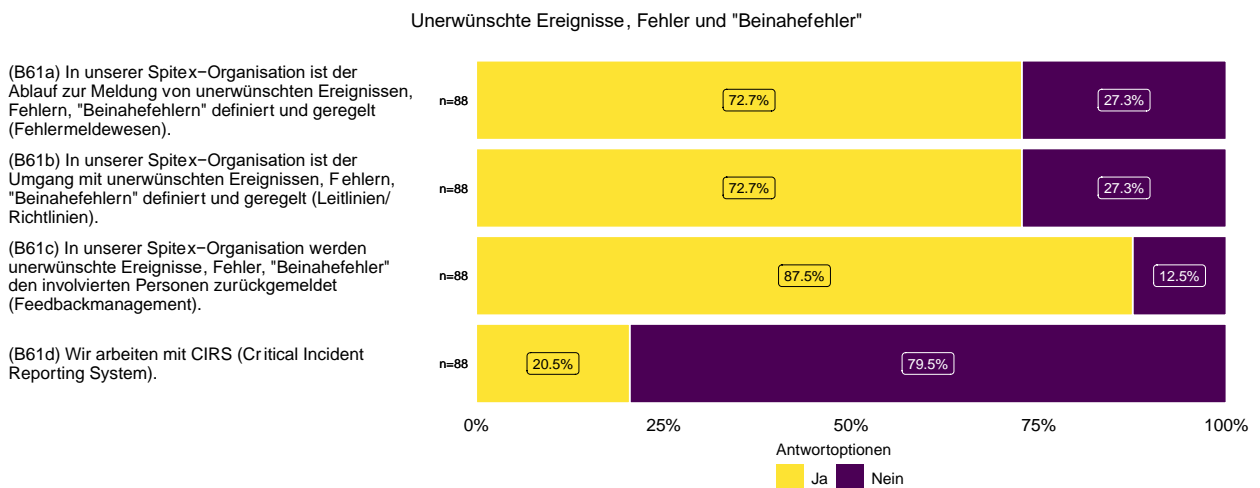


Abbildung 33: Unerwünschte Ereignisse, Fehler und „Beinahefehler“ (Sicht Betriebsleitungen)



## 6.2 Sicherheitsklima (Sicht Mitarbeitende)

Das Sicherheitsklima kann als die gemeinsamen Wahrnehmungen der Mitglieder eines Teams oder einer Organisation über die Art und Weise, wie die Sicherheit innerhalb der Organisation gehandhabt wird, definiert werden [37]. Ein häufig verwendetes Instrument zur Messung des Sicherheitsklimas ist der *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ) [38]; dieser Fragebogen kann Organisationen beim Erkennen von sicherheitsrelevantem Handlungsbedarf unterstützen. Dabei wird davon ausgegangen, dass bei einer positiven Bewertung durch 80 % und mehr der Befragten von einem ausgeprägt positiven Sicherheitsklima gesprochen werden kann, während bei unter 60 % Handlungsbedarf besteht (siehe dazu auch den Expertenkommentar am Schluss von Kapitel 6).

In der Literatur zur Spitex wurden Zusammenhänge festgestellt zwischen einem positiven Sicherheitsklima einerseits und regelmässig an die Bedürfnisse angepassten Routinen und Verfahren, Personalressourcen und Kompetenzen [39], einer hohen Lernfähigkeit der Organisation, offener Kommunikation [40] und funktionaler Führung [41] andererseits.

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zum Sicherheitsklima

In SPOT<sup>nat</sup> wurde das Thema Sicherheitsklima bei den Spitex-Mitarbeitenden mit sieben Items erfragt, z. B. wie mit Fehlern, Feedback und dem Lernen aus Fehlern umgegangen wird. Die höchste Zustimmung (90.6 %) verzeichnete das Item „Ich weiss, wie ich vorgehen muss, um Fragen zur Klientensicherheit anzubringen“. Am geringsten war die Zustimmung für „Ich erhalte angemessene Rückmeldung zu meiner Arbeit“ (mit 63.6 %), wiederum etwas höhere Werte erreichte das Item „In diesem Team ist es einfach, Fehler zu besprechen“ (73.4 %) (siehe Abbildung 34).

Wenn man die Resultate pro Organisation betrachtet (in Prozent der Zustimmung, zusammengesetzt aus „stimme voll und ganz zu“ plus „stimme voll zu“), dann erzielten – je nach Item – zwischen 18 und 83 der befragten Organisationen eine Zustimmung von  $\geq 80\%$  (das ist ein Indikator für ein „ausgeprägt positives Sicherheitsklima“, siehe oben) und 0 bis 26 Organisationen eine Zustimmung unter 60 % (ein Hinweis auf Handlungsbedarf). Das Item „Ich weiss, wie ich vorgehen muss, um Fragen zur Klientensicherheit anzubringen (z. B. Schutz der Klient/-innen vor Medikamentenfehlern, Stürzen, Infektionen)“ versammelte am meisten Organisationen (n=83) hinter sich mit einer Zustimmung von 80 % und mehr, während es beim Item „Ich erhalte angemessene Rückmeldung zu meiner Arbeit“ am meisten Organisationen hatte (n=26) mit einer Zustimmung von unter 60 % (keine Abbildung).



### Sicherheitsklima

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen in Bezug auf das Spitex-Team, in dem Sie arbeiten:

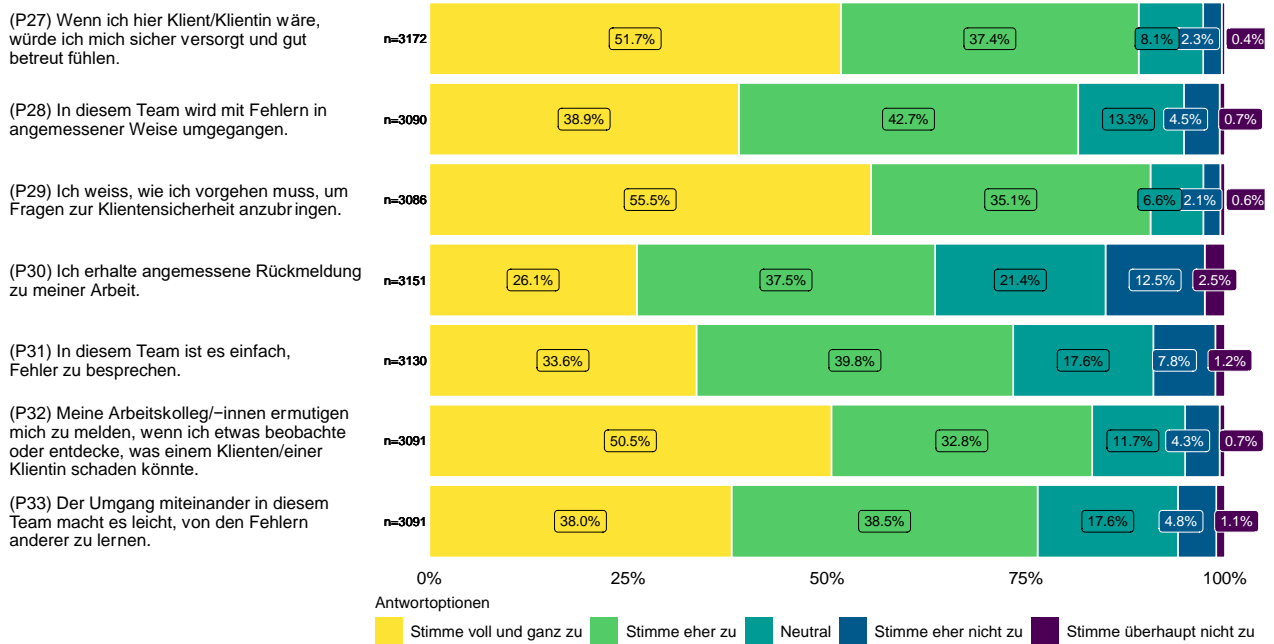
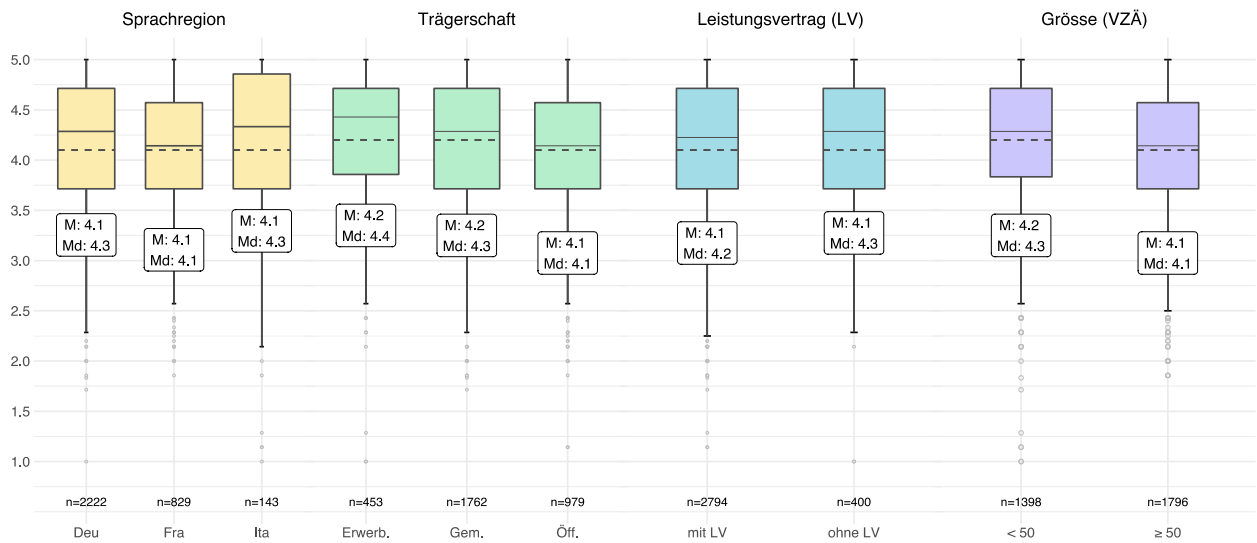


Abbildung 34: Sicherheitsklima (Sicht Mitarbeitende)

Aus den sieben obenstehenden Items (Abbildung 34) kann die Skala *Safety climate* des Instruments *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) [38] gebildet werden. Diese Skala misst, wie stark und wie proaktiv das Engagement einer Organisation für die Sicherheit wahrgenommen wird. Als Skalenwert wird der Mittelwert über die sieben Items berechnet (von den Antwortoptionen 1= „stimme überhaupt nicht zu“ bis 5= „stimme voll und ganz zu“), wobei ein Mittelwert von  $\geq 4$  einer Zustimmung entspricht, d. h. auf ein positives Sicherheitsklima in der Organisation verweist; vgl. weiterführende Informationen dazu im Appendix (Skalen – Sicherheitsklima).

Wenn wir die Wahrnehmung der Spitemitarbeitenden in den vier Gruppen vergleichen, liegen sowohl der Median als auch der Mittelwert der Skala in allen Gruppen über 4, was einer positiven Wahrnehmung des Sicherheitsklimas entspricht. Ein Vergleich der Gruppenergebnisse fördert lediglich minimale Unterschiede zu Tage zwischen den privat-erwerbswirtschaftlichen (M 4.2) und den öffentlich-rechtlichen Organisationen (M 4.1) (siehe Abbildung 35).



**Instrument:** Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Skala Safety climate [38].

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat-erwerb/wirtschaftliche, Gem. = Privat-gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ, ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 35: Skala SAQ – Sicherheitsklima (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende)

Sämtliche Antworten aller Spitex-Mitarbeitenden einbezogen, erzielt die Skala *Safety climate* (Sicherheitsklima) [38] einen Median von 4.3 [IQB 3.7-4.7] und einen Mittelwert von 4.1 (SD 0.7). Der SPOT<sup>nat</sup> Mittelwert zum Thema Sicherheitsklima erreichte damit höhere Werte als die vergleichbaren Ergebnisse der Pflegeheim-Studie SHURP 2018 [11] mit einem Mittelwert von 3.9 (SD 0.8), der MatchRN Psychiatrie<sup>7</sup> mit einem Mittelwert von 3.8 (SD 0.7) und der Spital-Studie MatchRN<sup>8</sup> 2018 mit einem Mittelwert von 3.6 (SD 0.5).

Vergleicht man die Mittelwerte der einzelnen Spitex-Organisationen miteinander, liegen alle Resultate zwischen 3.6 und 4.6. Für insgesamt 20 % (n=18) der Organisationen ergibt sich auf der Skala ein Mittelwert unter 4.

### 6.3 Teamwork (Sicht Mitarbeitende)

Mit sechs Items wurde ermittelt, wie die Spitex-Mitarbeitenden die Zusammenarbeit innerhalb ihres Spitex-Teams beurteilen. 89.6 % der Mitarbeitenden stimmten der Aussage zu, dass sie von ihren Teamkolleg/-innen die notwendige Unterstützung für die Pflege / Betreuung der Klient/-innen erhalten. Gleichauf lag die Zustimmung zur Aussage, dass es im Team leicht ist, Fragen zu stellen, wenn man etwas nicht verstanden hat (89.5 %). Das Item Klären von Meinungsverschiedenheiten im Team erhielt die tiefste Zustimmung (79.9 %) (siehe Abbildung 36).

Betrachten wir die Resultate pro Organisation (d. h. in Prozent der Zustimmung, zusammengesetzt aus „stimme voll und ganz zu“ plus „stimme eher zu“), dann erreichten je nach Item zwischen 50 und 75 Organisationen eine Zustimmung von ≥ 80 %, während 0 bis 7 Organisationen eine Zustimmung unter 60 % aufwiesen. Bei den Items „Ich erhalte von meinem Teamkolleg/-innen die notwendige Unterstützung für die Pflege / Betreuung der Klient/-innen“ und „In diesem Team ist es für das Personal leicht, Fragen zu stellen, wenn etwas nicht verstanden wurde“ verzeichneten wir bei den meisten Organisationen eine Zustimmung von 80 % und mehr (je n=75). Demgegenüber lag die Zustimmung in den meisten Organisationen (n=7) für

<sup>7</sup> <https://matchrnpsychiatrie.nursing.unibas.ch>. Diese Angaben aus MatchRN Psychiatrie sind nicht publiziert und wurden für diesen Bericht berechnet.

<sup>8</sup> <https://matchrn.unibas.ch/>. Diese Angaben aus MatchRN sind nicht publiziert und wurden für diesen Bericht berechnet.

das Item „In diesem Team arbeiten wir mit verschiedenen Berufsleuten als gut koordiniertes Team zusammen“ bei unter 60 % (keine Abbildung).

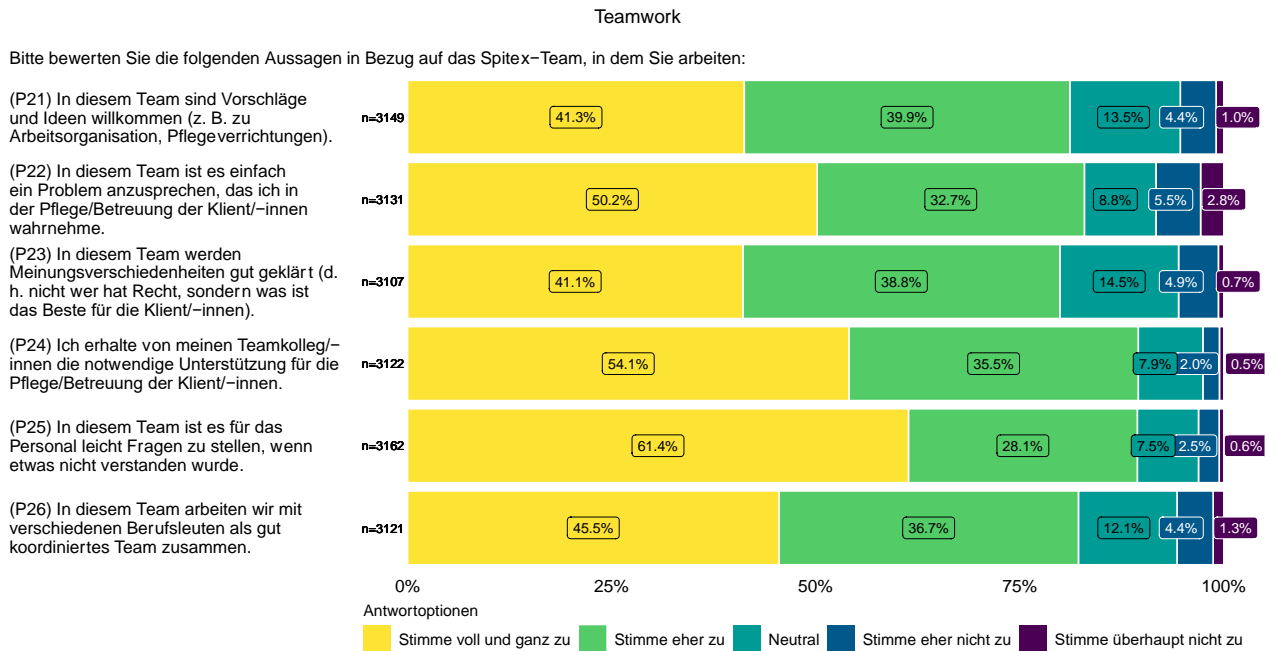
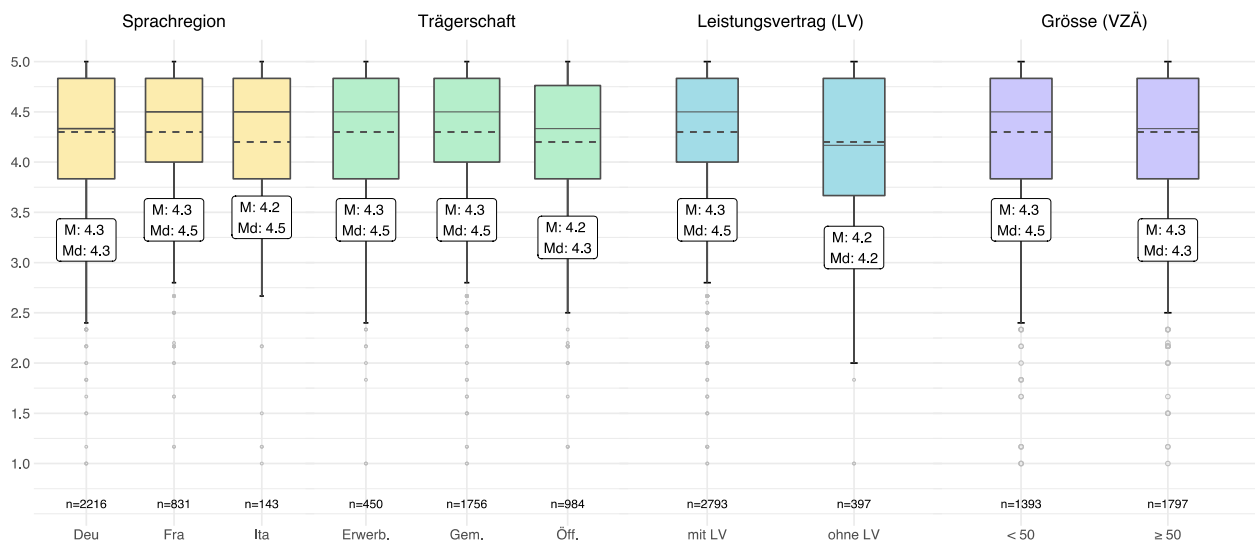


Abbildung 36: Teamwork (Sicht Mitarbeitende)

Die sechs obenstehenden Items (Abbildung 36) entsprechen der Skala *Teamwork climate* des Instruments SAQ [38]. Diese Skala misst die wahrgenommene Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitenden (Teamwork). Als Skalenwert wird der Mittelwert über die sechs Items berechnet (von den Antwortoptionen 1= „stimme überhaupt nicht zu“ bis 5= „stimme voll und ganz zu“), wobei ein Mittelwert von  $\geq 4$  einer Zustimmung entspricht, d. h. einer als positiv wahrgenommenen Zusammenarbeit. Weiterführende Informationen zur Skala finden sich im Appendix (Skalen – Teamwork).

Wenn die Wahrnehmung der einzelnen Spitex-Mitarbeitenden in den vier Gruppen in Abbildung 37 untersucht wird, liegen der Median und der Mittelwert der Skala in allen Gruppen über dem Wert von 4, was einer positiven Wahrnehmung der Zusammenarbeit entspricht. Zwischen den Gruppen sind keine nennenswerten Unterschiede ersichtlich.



Instrument: Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Skala *Teamwork climate* [38].

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat, erwerbswirtschaftliche, Gem. = Privat, gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ. ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 37: Skala SAQ – *Teamwork climate* (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende)

Die Gesamtheit der Spitex-Mitarbeitenden bewertete die Zusammenarbeit als positiv, auf der Skala *Teamwork climate* [38] wird ein Median von 4.3 [IQB 3.8-4.8] und ein Mittelwert von 4.3 (SD 0.7) erreicht. Damit liegt die Einschätzung der Spitex-Mitarbeitenden für den Bereich „Teamwork“ im Vergleich mit anderen Gruppen von Mitarbeitenden erneut am höchsten. Bisherige Schweizer Studien hatten folgende Zustimmungswerte für Teamwork ausgewiesen: Pflegeheim-Studie SHURP 2018 [11] einen Mittelwert von 4.0 (SD 0.8), der MatchRN Psychiatrie<sup>9</sup> einen Mittelwert von 3.7 (SD 0.5) und die Spital-Studie MatchRN<sup>10</sup> 2018 einen Mittelwert von 3.8 (SD 0.6).

Die Mittelwerte der einzelnen Spitex-Organisationen liegen zwischen 3.6 und 4.7. Insgesamt erzielen 12.5 % (n=11) der Organisationen einen Mittelwert unter 4.

<sup>9</sup> MatchRN Psychiatrie Studie. <https://matchrnpsychiatrie.nursing.unibas.ch>. Diese Angaben aus MatchRN Psychiatrie sind nicht publiziert und wurden für diesen Bericht berechnet.

<sup>10</sup> MatchRN Studie. <https://matchrn.nursing.unibas.ch>. Diese Angaben aus MatchRN sind nicht publiziert und wurden für diesen Bericht berechnet.





„Offenheit – und Veränderungsbereitschaft –  
wird uns allen helfen, gemeinsam hohe Standards  
in der Patientensicherheit zu gewährleisten.“

### **Prof. Dr. René Schwendimann**

Leiter Abteilung Patientensicherheit

Universitätsspital Basel

Die SPOT<sup>nat</sup> Resultate zu wichtigen Aspekten der Sicherheitskultur in den befragten Spitex-Organisationen fallen gesamthaft durch mehrheitlich hohe Zustimmungswerte positiv auf. Solche Ergebnisse insbesondere im Umgang mit Fehlern, beim Sicherheitsklima und für die Teamarbeit stellen den beteiligten Spitex-Organisationen im Bereich der Klienten- respektive Patientensicherheit insgesamt ein gutes Zeugnis aus.

Auffällig ist, dass nur eine von fünf Spitex-Organisationen über ein etabliertes CIRS verfügt. Knapp drei Viertel aller befragten Betriebe haben aber interne Ablauf- und Verfahrensregelungen festgelegt, um Vorfälle zu melden und den Umgang mit unerwünschten Ereignissen, Fehlern und „Beinahefehlern“ zu definieren – allesamt wichtige Organisationselemente einer Sicherheitskultur.

Wenn wir von „Sicherheitskultur“ sprechen, dreht sich alles um persönliche Einstellungen, Annahmen und Verhaltensweisen sowie um die gemeinsamen Werte der Mitarbeitenden eines Betriebs hinsichtlich Patientensicherheit. Etwas salopp ausgedrückt heisst Sicherheitskultur im Arbeitsalltag: „So wie wir bei uns hier die Dinge anpacken, wie wir darüber denken, miteinander sprechen, was wir dabei fühlen und wie wir damit umgehen.“

In diesem Sinne spiegeln das Sicherheits- und das Teamklima das Arbeitsmilieu einer Organisation und ihrer Abteilungen / Einheiten wider. Im Gegensatz zu Spitälern und Pflegeheimen nehmen Spitex-Organisationen als nicht-stationäre Einrichtungen je nach Profil und Standort eine einzigartige Rolle ein: Die Spitex-Mitarbeitenden besuchen, behandeln und betreuen ihre Klient/-innen meist in deren eigenen vier Wänden und können dadurch häufiger tragfähige Beziehungen aufbauen, die das Sprechen über Fehler oder unerwünschte Vorfälle / Ereignisse zulässt. Mit ihrer hohen Zustimmung zum Sicherheitsklima signalisieren die Spitex-Mitarbeitenden, wie stark sie sich für die die Patientensicherheit engagieren. Im Umkehrschluss muss in Betrieben mit tiefen Zustimmungswerten auf das Thema Sicherheitsklima eingegangen werden, gemäss Literatur besteht hier ein Zusammenhang mit der Vermeidung unerwünschter Ereignisse wie zum Beispiel nosokomiale Infektionen, Medikamentenfehler oder Dekubitus.

Ein positives Klima in der Teamarbeit reflektiert die von den Mitarbeitenden wahrgenommene Qualität der Team- und Zusammenarbeit in ihren Arbeitsbereichen. Dabei haben die Mitarbeitenden den Eindruck, dass ihre Arbeitskolleg/-innen kooperativ sind, ihre Stimmen von der Leitung gehört und sie bei der Arbeit geschätzt und unterstützt werden. Diese Eindrücke können sich stark auf die Leistung der Mitarbeitenden und somit auch auf die Betreuung der Klient/-innen auswirken. Tiefe Zustimmungswerte resultieren meist aus anhaltenden Schwierigkeiten in einem Team, die angegangen werden müssen.

Hinsichtlich Handlungsbedarf, Entwicklungs- bzw. Verbesserungsmaßnahmen liefern die SPOT<sup>nat</sup>-Befragungsergebnisse vor allem mit Blick auf die einzelnen Spitex-Organisationen wichtige Hinweise.

- Zustimmungswerte von 80 % und mehr: Teams / Organisationen mit solch ausgeprägt positivem Klima der Sicherheit und gutem Teamwork können als Benchmark für andere Teams und deren Leitung dienen, um voneinander zu lernen.
- Zustimmungswerte zwischen 60 % und 80 %: weisen auf ein zufriedenstellendes bis gutes Sicherheitsklima und Teamwork hin. Solche Teams / Organisationen können sich um jene Themen (siehe Items) kümmern, die es zu erhalten respektive zu stärken gilt, und sich weitere Verbesserungen zum Ziel setzen.



- Zustimmungswerte unter 60 %: weisen auf ein unbefriedigendes bis instabiles Sicherheitsklima und Klima der Teamarbeit hin. In solchen Teams / Organisationen ist es zwingend erforderlich, Verbesserungsmaßnahmen zu initiieren, insbesondere für diejenigen Items mit tiefen Zustimmungsraten.

In jedem Fall aber lohnt sich die systematische Auseinandersetzung mit den Fragen: Weshalb „läuft“ es – gemessen an den Befragungsergebnissen – bei einigen Spitex-Organisationen sehr gut und bei anderen weniger gut? Was können wir von anderen lernen und was können andere von uns lernen? Diese Offenheit – und Veränderungsbereitschaft – wird uns allen helfen, gemeinsam hohe Standards in der Patientensicherheit zu gewährleisten.

## 7 Medikationsmanagement

Medikationsbezogene Probleme gehören zu den häufigsten unerwünschten Ereignissen im Gesundheitswesen [42]. Vorhandene Daten deuten darauf hin, dass diese im Spitex-Setting sogar häufiger vorkommen als im stationären Bereich [43]. Eine besondere Herausforderung für die Spitex sind die vielen Schnittstellen mit anderen Dienstleistern [44]. Diese können beispielsweise nach einem Spitalaustritt dazu führen, dass medikationsbezogene Informationen häufig inkorrekt oder unvollständig sind bzw. nicht zeitgerecht an die Spitex-Organisation übermittelt werden. Eine weitere Herausforderung besteht in der zeitgerechten Verfügbarkeit der Medikamente bei den Klient/-innen daheim [45]. Deshalb sollte der Medikationssicherheit im Spitex-Setting eine besondere Bedeutung beigemessen werden. Spitex-Klient/-innen sind aufgrund des Alters sowie häufig vorliegender Multimorbidität und damit verbundener Polymedikation [46] besonders gefährdet, medikationsbezogene Probleme zu erleiden, die zu erhöhter Morbidität, Spitalwiedereintritt und erhöhter Mortalität führen können [47].

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zum Medikationsmanagement (Sicht Mitarbeitende und Klient/-innen)

Für die SPOT<sup>nat</sup> Studie wurde das Pflege- und Betreuungspersonal bei vier Items gebeten, das Vorhandensein von Vorgaben, Regeln und Mechanismen in Bezug auf die Medikationsabläufe zu beurteilen. Die Mehrheit der Spitex-Organisationen (62.2 %) verfügte über Vorgaben, wie ärztliche Medikamentenverordnungen übermittelt werden sollen. Etwas weniger häufig geregelt war das explizite Vorgehen bei fehlenden Medikamenten (49.5 %). Während rund 40 % der Organisationen über ein System verfügte, um kritische Vorkommnisse im Zusammenhang mit der Medikation zu melden, war dies bei den restlichen Organisationen nicht der Fall oder das Vorgehen war den Mitarbeitenden nicht bekannt (siehe Abbildung 38).

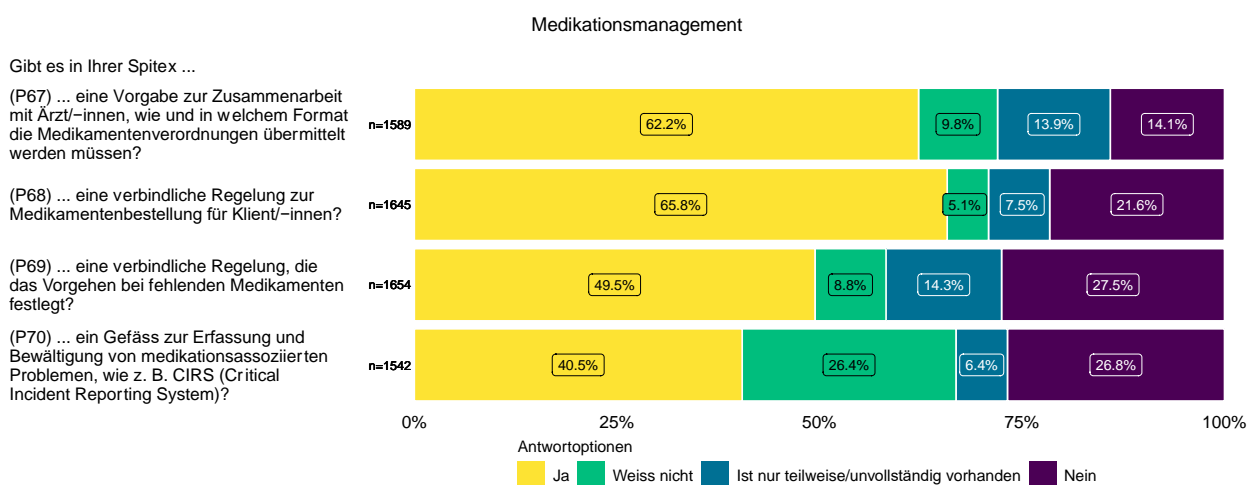


Abbildung 38: Medikationsmanagement (Sicht Mitarbeitende)

Drei Items ermittelten, wie die Klient/-innen die Hilfestellung mit den Medikamenten einschätzten: Ob Medikamente und ihre Anwendung besprochen werden, ob ein Medikamentenplan vorhanden ist und ob Spitex-Mitarbeitende Ansprechpersonen sind bei Anliegen bezüglich Medikamenten.

Über 90 % der Spitex-Klient/-innen verfügten über einen Medikamentenplan, eine wichtige interprofessionelle Basis für die Arzneimitteltherapie (ausgeschlossen wurden hier diejenigen, die „Ich nehme keine Medikamente / Ist nicht nötig“ angekreuzt hatten (n=93)). Mehr als die Hälfte der Spitex-Mitarbeitenden (59.9 %) engagierten sich laut Klient/-innen auch für Erklärungen zur Anwendung sowie bei der Beantwortung von Fragen zur Medikation. Die Mehrheit (52.6 %) der Klient/-innen berichteten, dass die Spitex-Person für sie eine Ansprechpartnerin bei Anliegen mit ihren Medikamenten ist (siehe Abbildung 39).

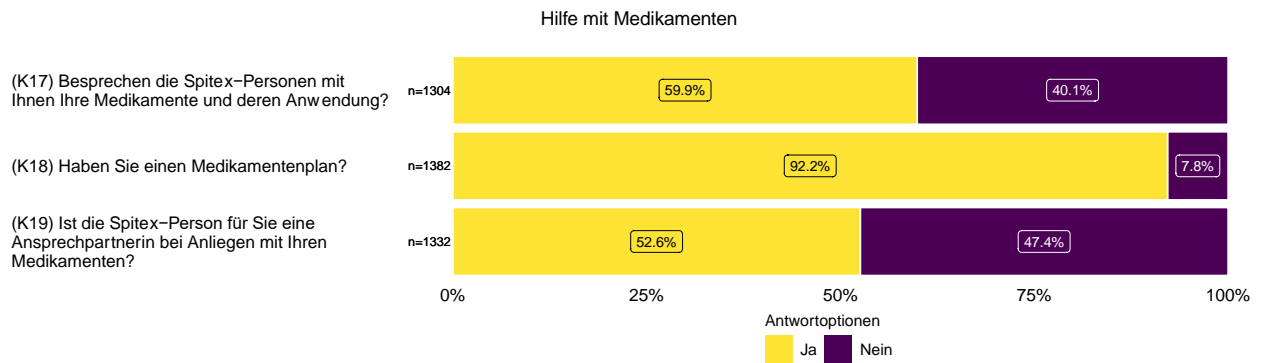


Abbildung 39: Hilfe mit Medikamenten (Klient/-innen)

„Aufgrund der vielen Schnittstellen ist der Medikationsprozess bei der Spitex komplex. Die systematische Erfassung von Problemen an Schnittstellen ist eine Basis für die konstruktive Lösung solcher systemischer Herausforderungen.“

### Prof. Dr. Carla Meyer-Masseti

Assistenzprofessorin für Klinische Pharmazie

Inselspital Bern und Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)

Der Medikationsprozess bei der Spitex ist aufgrund der vielen Schnittstellen komplex [44]. Die Übermittlung von ärztlichen Verordnungen, sowohl im ambulanten Bereich wie auch nach Spitalaustritt, wird von Fachpersonen als Prozessschritt beurteilt, der besonders anfällig für Fehler ist [44, 48]. Es lohnt sich deshalb für Spitex-Organisationen, die Zusammenarbeit an diesen Übergängen zu evaluieren und das Vorgehen interprofessionell zu definieren. Die Etablierung sicherer E-Mail-Verbindungen und von Team-Email-Adressen, die sicher gelesen werden, klare Ansprechpersonen im interprofessionellen Kontakt und ein standardisiertes Formular für Anfragen können die Kommunikation proaktiv verbessern. Ausserdem ist es empfehlenswert, nach Spitalaustritt alle verfügbaren Informationen bei Rückfragen beizulegen um sicherzustellen, dass alle beteiligten Fachpersonen über denselben Informationsstand verfügen. Eine frühzeitige Übermittlung der Medikationsliste im Rahmen des Austrittsmanagements kann die nahtlose Versorgung an Schnittstellen von Seiten Spital ebenfalls unterstützen.

Die systematische Erfassung von Problemen an Schnittstellen und die regelmässige Besprechung der so identifizierten Problemfelder mit zuweisenden Institutionen ermöglicht eine Basis für die konstruktive Lösung von systemischen Herausforderungen. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt Organisationen im Gesundheitswesen die Implementation solcher *Critical Incident Reporting Systems* (CIRS). Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz<sup>11</sup> bietet mit ihrer CIRS-Plattform CIRNET eine nationale Lösung, die auch den Austausch zwischen verschiedenen Organisationen begünstigt. Dies fördert einen konstruktiven Umgang mit Fehlern wie das gegenseitige Lernen aus unerwünschten Ereignissen [49].

Obwohl im Rahmen von SPOT<sup>nat</sup> gezeigt wurde, dass eine grosse Mehrheit der Spitex-Klienten/-innen in der Schweiz über eine Medikationsliste verfügt, wird diese möglicherweise noch zu selten eingesetzt, wie eine im Jahr 2019 in der Schweiz durchgeführte Studie gezeigt hat [50]. Hier spielen Spitex-Mitarbeitende eine zentrale Rolle: beispielsweise durch die Einbindung von Klient/-innen entsprechend ihrer Medikationskompetenz [51] und zielgruppengerechten, motivierenden Medikationsschulungen [50].

<sup>11</sup> [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)

## 8 Kommunikation

Die Pflege und Betreuung von oftmals betagten und multimorbiden Spitex-Klient/-innen erfordert in der Regel mehrere Leistungserbringer aus verschiedenen Fachgebieten und Settings und bedarf dadurch eines Informationsflusses über zahlreiche Schnittstellen hinweg. Durch die Kommunikation muss sichergestellt werden, dass Informationen korrekt, vollständig und zeitgerecht dort vorliegen, wo sie für die Versorgung der Klient/-innen benötigt werden [52].

Mangelnde Kommunikation zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen ist ein häufiges Phänomen [53]. Etablierte Prozesse und Austauschgefässe sowie sichere elektronische Systeme können hilfreich sein, um die Kommunikation von patientenbezogenen Daten an Schnittstellen zu verbessern [54]. Die Fachliteratur geht davon aus, dass bis zu 18 % der Patientensicherheitszwischenfälle sowie bis zu 70 % der unerwünschten Arzneimittelereignisse verhindert werden könnten, wenn die richtigen Informationen für die richtigen Patient/-innen zur richtigen Zeit verfügbar wären [55].

Wir werden im folgenden Kapitel die vorhandenen Kommunikationssysteme und -kanäle beschreiben, in Fallbesprechungen involvierte Berufsgruppen, den elektronischen Datenaustausch von Gesundheitsdaten, die Qualität der Kommunikation im Versorgungsteam sowie die Kommunikation mit der Spitex aus Sicht der Klient/-innen.

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Kommunikation

#### 8.1 Kommunikationssysteme (Sicht Betriebsleitungen)

Die Betriebsleitungen der teilnehmenden Spitex-Organisationen wurden zu den verfügbaren und genutzten standardisierten Kommunikationssystemen befragt. Die Fragen bezogen sich sowohl auf den internen Informationsaustausch über Klient/-innen als auch auf den Austausch mit anderen Dienstleistern. Unter den verfügbaren standardisierten internen Kommunikationssystemen hatten regelmässig geplante Teamsitzungen mit 94.3 % den grössten Stellenwert, gefolgt von geplanten internen Fallbesprechungen und der Nutzung des elektronischen Klientendossiers mit je 87.5 %. Das elektronische Dossier stand mit 87.5 % häufiger zur Verfügung als eine Dokumentation auf Papier (42.5 %). Ein persönliches betriebliches Telefon war in den befragten Organisationen häufiger vorhanden als z. B. ein Messenger oder eine persönliche betriebliche Email-Adresse (79.5 % vs. 73.9 % vs. 70.5 %) (siehe Abbildung 40).

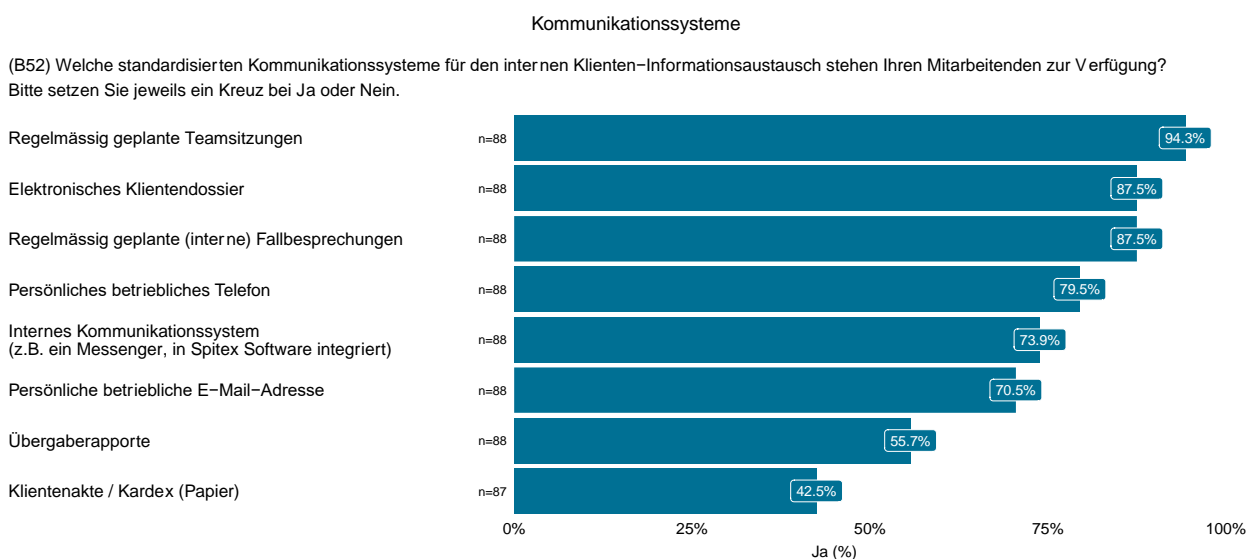


Abbildung 40: Intern zur Verfügung stehende Kommunikationssysteme (Sicht Betriebsleitungen)

Für den Informationsaustausch zu Klient/-innen mit anderen Dienstleistern gaben 53.4 % der Betriebsleitungen an erster Stelle an, dass sie das Telefon benutzen, gefolgt von E-Mail (37.5 %) (keine Abbildung).

### 8.2 Kommunikationskanäle (Sicht Mitarbeitende)

Bei den nächsten beiden Items wurden die Spitex-Mitarbeitenden gebeten anzugeben, wie wichtige Informationen über Klient/-innen am häufigsten innerhalb und ausserhalb des Spitex-Teams kommuniziert werden.

Das wichtigste spitexinterne Kommunikationskanal war das schriftlich geführte Klientendossier (54.1 %), gefolgt von E-Mail (12.5 %), persönlichem Austausch (11.4 %), Telefon (8.6 %) und Online- respektive Chat-Optionen (8.1 %) (siehe Abbildung 41).

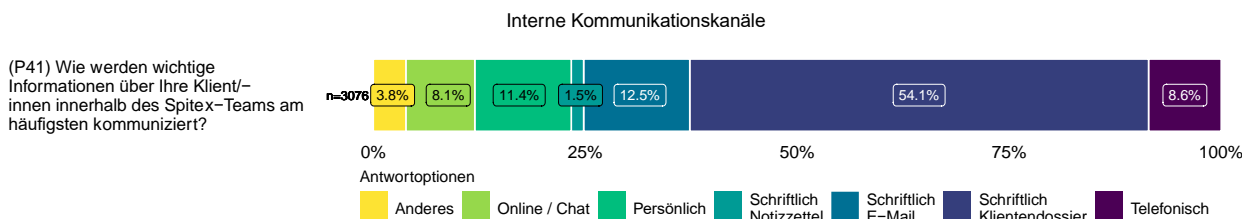


Abbildung 41: Interne Kommunikationskanäle (Sicht Mitarbeitende)

Mit Fachpersonen ausserhalb der Spitex wurde am häufigsten über E-Mail kommuniziert (44.4 %). Ebenfalls eine wichtige Rolle spielte der telefonische Austausch (26.5 %) (siehe Abbildung 42).

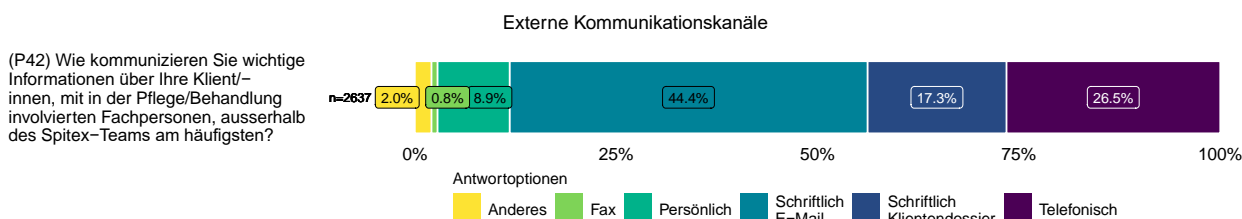


Abbildung 42: Externe Kommunikationskanäle (Sicht Mitarbeitende)

### 8.3 Fallbesprechungen (Sicht Betriebsleitungen)

In Bezug auf die Fallbesprechungen zeigte sich, dass diese in komplexen Fällen mehrheitlich regelmässig innerhalb des Spitex-Teams stattfinden (89.8 %). Es kam weniger häufig vor, dass regelmässige Fallbesprechungen interprofessionell oder interdisziplinär angelegt sind (61.4 %) (siehe Abbildung 43).

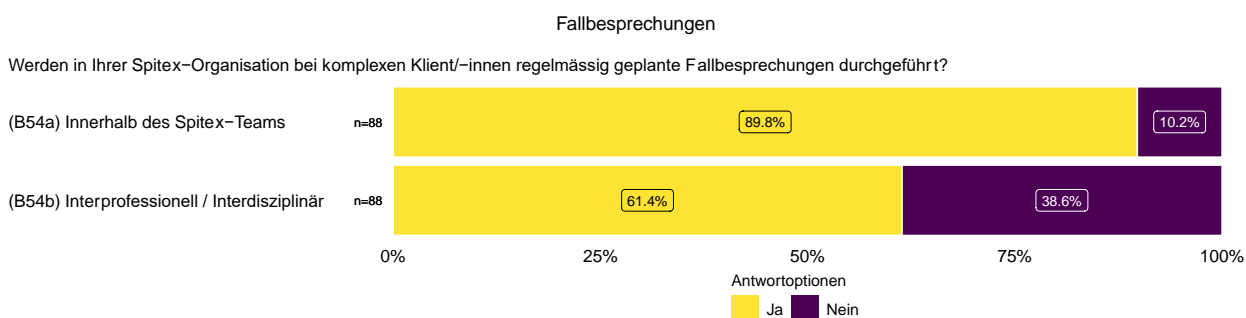


Abbildung 43: Regelmässig geplante Fallbesprechungen (Sicht Betriebsleitungen)

An nahezu allen interprofessionellen / interdisziplinären Fallbesprechungen nahmen Pflegefachpersonen teil (98.1 %). Die pflegerische Seite war oft auch durch Expert/-innen vertreten (70.4 %). Von den anderen Berufsgruppen war am häufigsten das Betreuungs- und Hauswirtschaftspersonal beteiligt (64.8 %), gefolgt von ärztlichem Fachpersonal (63.0 %) und Sozialdiensten (57.4 %) (siehe Abbildung 44).

Fallbesprechungen - teilnehmende Berufsgruppen

(B54b) Wenn Sie "Ja" angekreuzt haben bei "Interprofessionell / Interdisziplinär", welche Berufsgruppen nehmen normalerweise an den Fallbesprechungen teil? Kreuzen Sie alles an, das zutrifft.

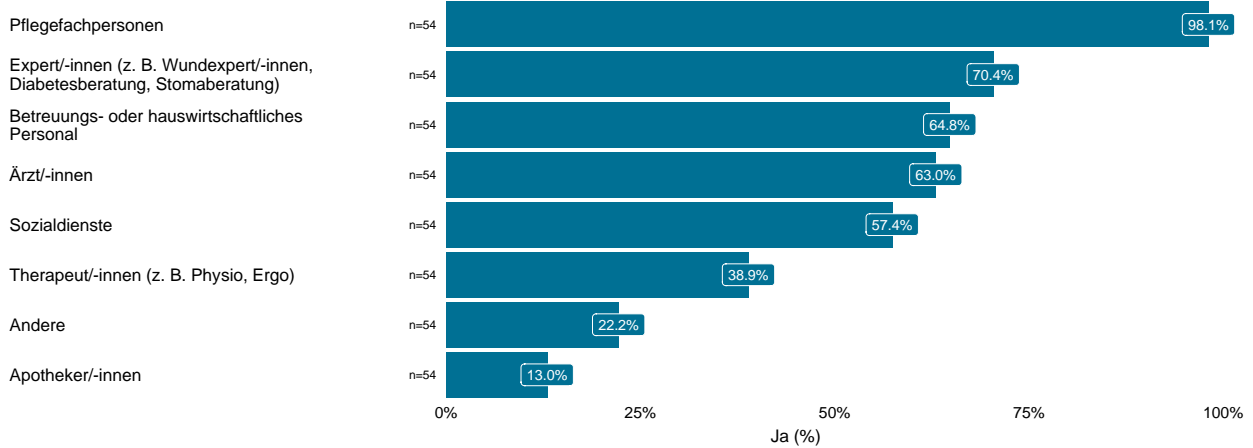


Abbildung 44: Fallbesprechungen – teilnehmende Berufsgruppen (Sicht Betriebsleitungen)

8.4 Elektronischer Datenaustausch (Sicht Betriebsleitungen)

Ein elektronischer Datenaustausch direkt aus der elektronischen Patientendokumentation ist heute noch nicht flächendeckend möglich, nicht nur in der Schweiz: Diese Tatsache bemängeln auch Gesundheitsfachpersonen in anderen Ländern. Insbesondere der fehlende Datenaustausch an den Schnittstellen zwischen Leistungserbringern wird erwähnt. Neben einer Teambildung über Organisationsgrenzen hinweg gilt auch der elektronische Datenaustausch als ein Schlüsselement für die Kommunikation [56, 57].

88.6 % der teilnehmenden Organisationen verfügten über ein elektronisches Dokumentationssystem. Am besten etabliert war, laut teilnehmenden Betriebsleitungen, der elektronische Austausch mit stationären Einrichtungen (Spitäler 31.2 %, Rehabilitationskliniken / Kurhäuser 27.3 %) sowie Hausärzt/-innen und der Fachärzteschaft (28.6 % respektive 26.0 %). Weniger häufig erlaubte die elektronische Klientendokumentation einen Austausch mit therapeutischen Diensten (10.5 %) (siehe Abbildung 45).

Elektronischer Datenaustausch

Unsere elektronische Klientendokumentation erlaubt einen elektronischen Datenaustausch von Gesundheitsdaten mit:

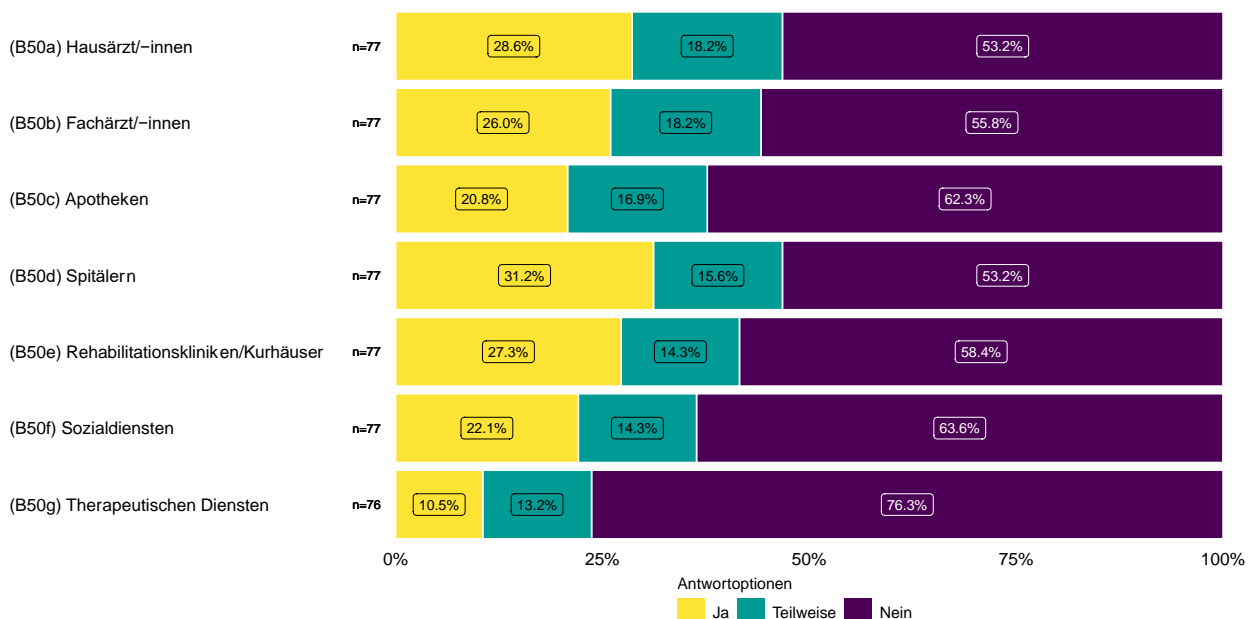


Abbildung 45: Elektronischer Datenaustausch (Sicht Betriebsleitungen)



Abbildung 46 zeigt, dass die Papierdokumentation in über der Hälfte (53.2 %) der Spitex-Organisationen eine Rolle spielte. Als Beispiele der Dokumentation, die schriftlich erfasst und auf Papier festgehalten wird, wurden z. B. Verordnungen, Wunddokumentation, Verlaufsberichte und Vitalzeichenblätter (im Besitz von Klient/-innen) genannt.

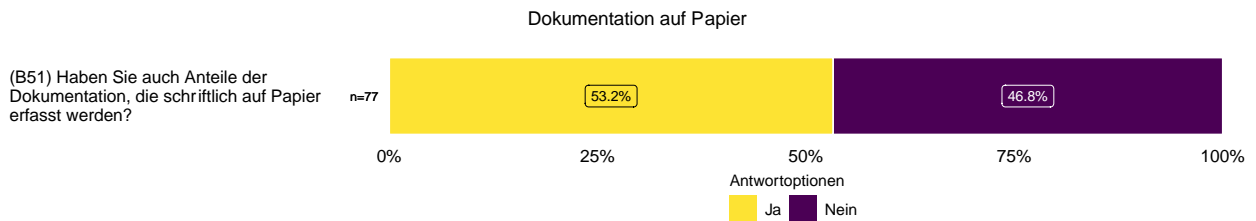


Abbildung 46: Dokumentation auf Papier (Sicht Betriebsleitungen)

### 8.5 Kommunikation und Informationsaustausch im Versorgungsteam (Sicht Mitarbeitende)

Die Spitex-Mitarbeitenden wurden anhand von sechs Items zur Qualität des Kommunikations- und Informationsaustausches innerhalb des Versorgungsteams befragt. Als Versorgungsteam werden alle Fachpersonen verstanden, die bei der Versorgung eines Klienten / einer Klientin involviert sind (z. B. Spitex, Hausärzt/-innen, Sozialarbeiter/-innen, Spital- und Apothekenpersonal). Alle Items fanden in mehr als 50 % die Zustimmung der Mitarbeitenden (Antworten „stimme eher zu“, „stimme überwiegend zu“ und „stimme voll und ganz zu“). Die höchste Zustimmung registrierte die zeitnahe Übermittlung von Informationen sowie deren Richtigkeit (77.5 % respektive 87.9 %).

Verbesserungspotenzial besteht u. a. bei der effektiven Nutzung des Klientendossiers als Kommunikationsmittel durch Fachpersonen (58.4 %) sowie bei der effektiven Behandlung von Patientenanliegen während Besprechungen und Diskussionen (58.3 %) (siehe Abbildung 47).

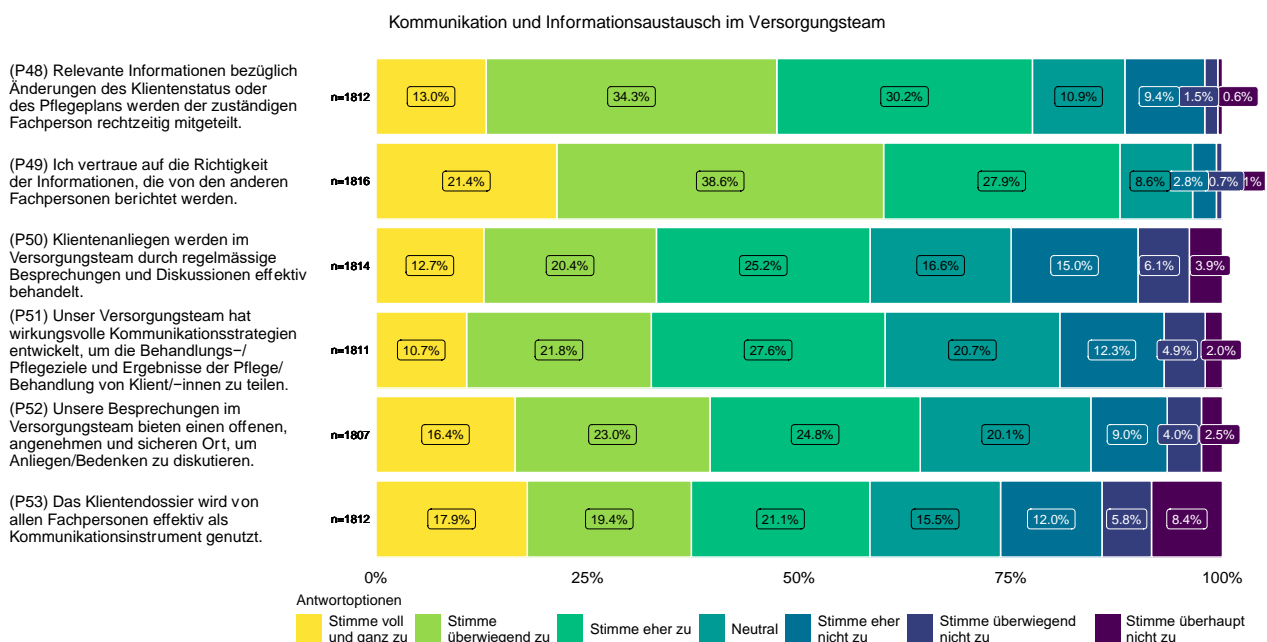


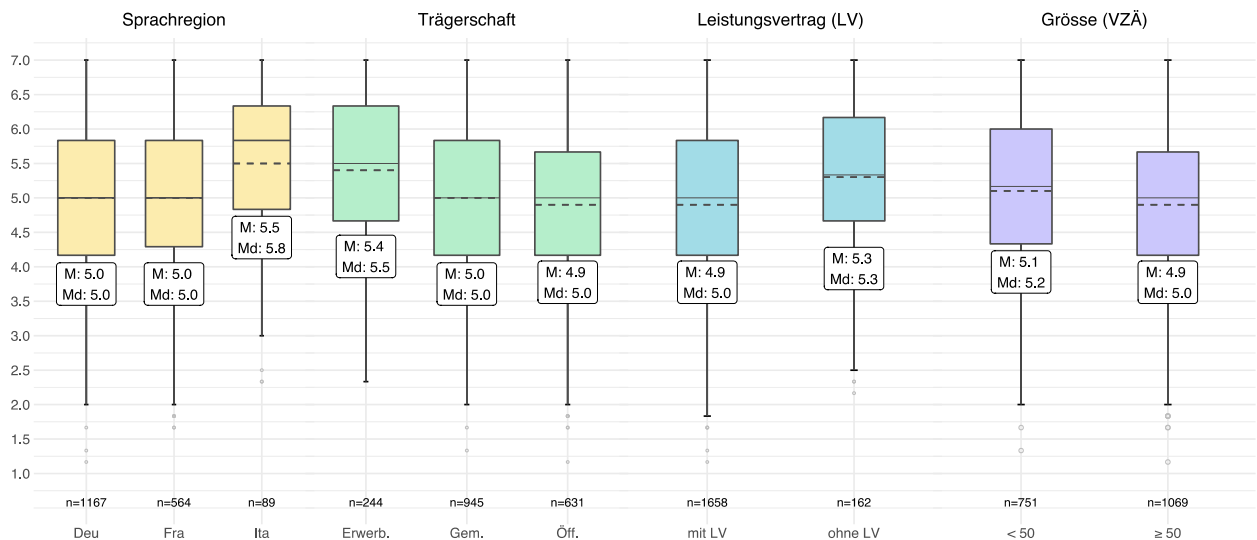
Abbildung 47: Kommunikation und Informationsaustausch im Versorgungsteam (Sicht Mitarbeitende)

Aus den obenstehenden Items (Abbildung 47) kann die Skala *Communication and Information Exchange* des Instruments *Collaborative Practice Assessment Tool* (CPAT) [58] gebildet werden. Dabei wird der Mittelwert über die sechs Items berechnet (von den Antwortoptionen 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 7 „stimme voll und ganz zu“), wobei Mittelwerte über dem Wert 5 einer Zustimmung bzw. einer guten Kom-



munikation und einem guten Informationsaustausch entsprechen; siehe Appendix (Skalen – **Kommunikation und Informationsaustausch**).

Wenn man die Gruppenergebnisse vergleicht, sieht man ein besseres Abschneiden über die Skala in der italienischsprachigen Region (M 5.5) gegenüber den anderen Sprachregionen (M 5.0) bzw. der privat-erwerbswirtschaftlichen Organisationen (M 5.4) gegenüber den anderen Trägerschaften (M 5.0 und M 4.9). Unterschiede sind auch in den anderen zwei Gruppen ersichtlich, mit höheren Werten in den Organisationen ohne Leistungsvertrag (M 5.3) im Vergleich zu denjenigen mit Leistungsvertrag (M 4.9) sowie in Organisationen mit weniger als 50 VZÄ (M 5.1) (siehe Abbildung 48).



**Instrument:** Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT), Skala Communication and Information Exchange [58]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat-erwerbswirtschaftliche, Gem. = Privat-gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ, ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 48: Skala CPAT – Kommunikation und Informationsaustausch (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende)

Insgesamt, über alle Spitex-Mitarbeitenden, erzielt die Skala *Communication and Information Exchange* (Kommunikation und Informationsaustausch) [58] einen Median von 5.0 [IQB 4.2-5.8] und einen Mittelwert von 5.0 (SD 1.1).

### 8.6 Kommunikation mit der Spitex (Sicht Klient/-innen)

Die Klient/-innen äusserten sich auch zu ihrer Erfahrung bezüglich der Kommunikation mit der Spitex. Insgesamt 93.2 % der Klient/-innen gaben an, dass sie beim ersten Spitex-Kontakt über die zu erwartende Pflege und Dienstleistungen informiert worden waren (siehe Abbildung 49).

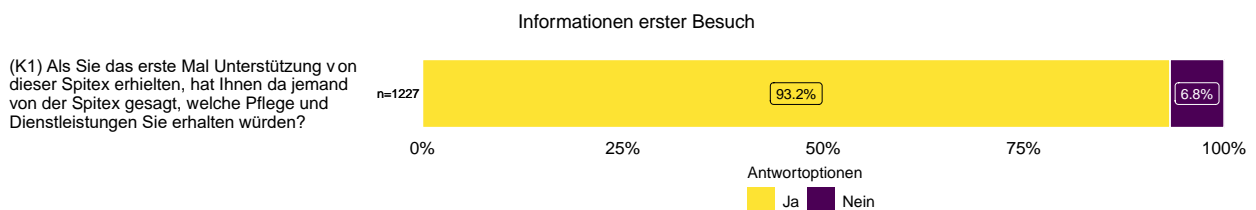


Abbildung 49: Informationen erster Besuch (Sicht Klient/-innen)

Laut 88.0 % der Klient/-innen wurde ihnen die Zeit des Spitex-Einsatzes „immer“ oder „meistens“ mitgeteilt. Ähnlich viele (88.3 %) gaben an, dass ihnen „die Dinge durch die Fachpersonen in leicht verständlicher Art und Weise erklärt“ wurden. Besonders positiv bewerteten die Klient/-innen das aufmerksame Zuhören durch Spitex-Personen, was 69.3 % der Klient/-innen „immer“ sowie weitere 24.2 % „meistens“ erlebten (siehe Abbildung 50).

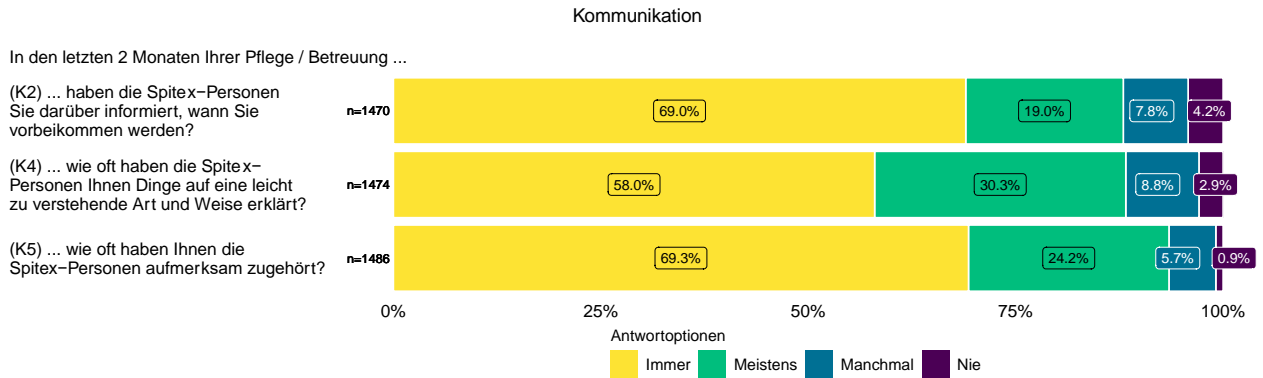


Abbildung 50: Kommunikation (Sicht Klient/-innen)

Zum Zeitpunkt der Befragung hatten rund 29.1 % der Klient/-innen in den vorangegangenen zwei Monaten das Spitex-Zentrum kontaktiert, um Hilfe und Beratung zu erhalten. Von diesen Klient/-innen sagten 96.5 %, dass sie die benötigte Hilfe oder Beratung erhalten hatten (siehe Abbildung 51 und Abbildung 52). Ebenso gaben 97.1 % der Klient/-innen an, dass dies entweder am gleichen Tag oder innerhalb von 1 bis 5 Tagen geschehen war. (siehe Abbildung 53).

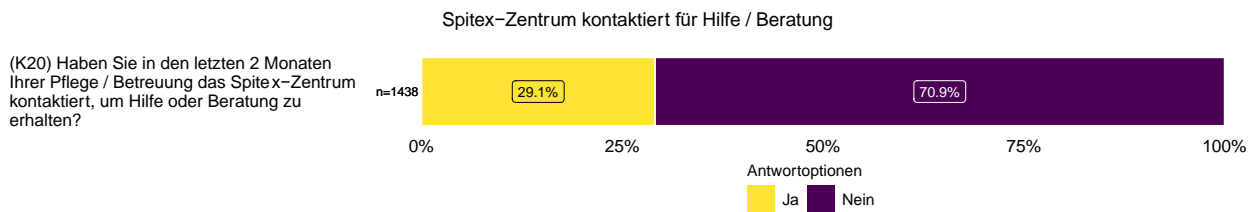


Abbildung 51: Spitex-Zentrum kontaktiert (Sicht Klient/-innen)

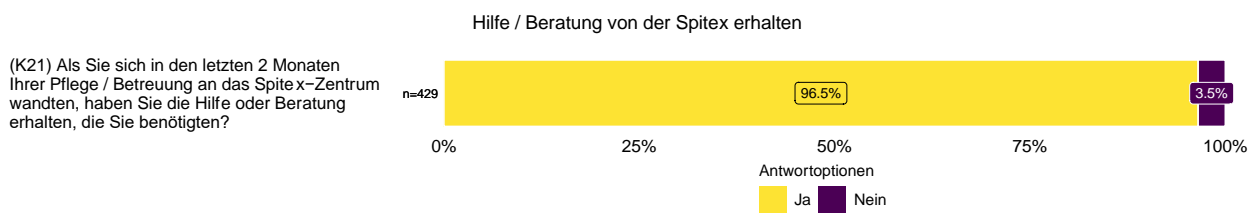


Abbildung 52: Hilfe / Beratung von der Spitex erhalten (Sicht Klient/-innen)

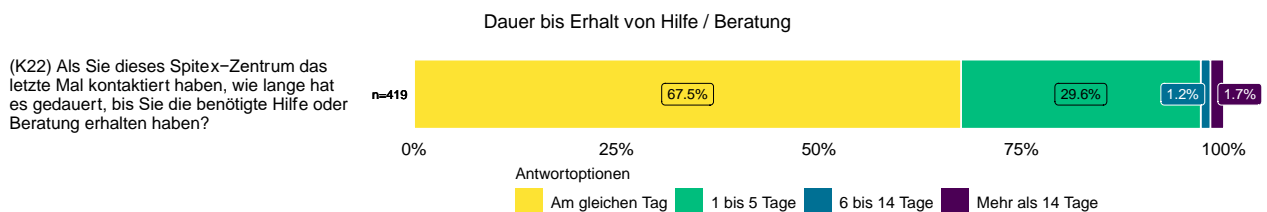


Abbildung 53: Dauer bis Erhalt von Hilfe / Beratung (Sicht Klient/-innen)



„Für die integrierte Versorgung als Modell der Zukunft ist der elektronische Datenaustausch essenziell. Hier besteht grosses Potenzial, vorhandene digitale Möglichkeiten auszuschöpfen.“

### **Esther Bättig**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin Grundlagen & Entwicklung

Spitex Schweiz

Mit dieser Studie gibt es in der Schweizer Spitex-Landschaft erstmals Zahlen und Aussagen zur Kommunikation und der Form des Informationsaustausches innerhalb der Spitex-Organisation, mit anderen Leistungserbringern sowie aus der Sicht der Klient/-innen. Für eine koordinierte, sichere und qualitativ optimale Versorgung ist ein möglichst zuverlässiger und medienbruchfreier Informationsfluss ohne Redundanz wichtig. Die Zahlen zu den Kommunikationssystemen (Abbildung 40) bestätigen erfreulicherweise, dass die digitale Kommunikation dabei einen wichtigen Stellenwert hat.

Innerhalb der Spitex-Organisationen lässt sich der digitale Informationsfluss medienbruchfrei umsetzen. Trotzdem geben mehr als die Hälfte der Spitex-Organisationen an, in Papierform zu dokumentieren. Ersichtlich ist, dass Medienbrüche und Redundanzen am häufigsten im Austausch mit anderen Leistungserbringern erfolgen. Dadurch können viele Informationen verloren gehen oder sind nicht zum benötigten Zeitpunkt beim entsprechenden Leistungserbringer verfügbar. Für die integrierte Versorgung als Modell der Zukunft ist der elektronische Datenaustausch essenziell. Hier besteht grosses Potenzial, vorhandene digitale Möglichkeiten auszuschöpfen, wie Beispiele des funktionierenden elektronischen Austausches mit Hausarztpraxen und Spitälern zeigen.

Der Informationsaustausch mit den Klient/-innen und deren Angehörigen ist zurzeit noch eine Herausforderung. Doch auch da gibt es bereits digitale Möglichkeiten, die ausgebaut werden können. Die digitale Kommunikation mit den Klient/-innen wird durch deren zunehmende digitale Affinität begünstigt. Die Spitex-Organisationen sollten darauf vorbereitet sein und diese Gelegenheit nutzen. Wichtig ist die Einhaltung des Datenschutzes, der verschlüsselte Kommunikationskanäle voraussetzt.

Die Spitex-Mitarbeitenden schätzen die interne Kommunikation und den Informationsaustausch als gut bis sehr gut ein, was sehr erfreulich ist. Umso mehr können Energien in die Entwicklung der digitalen Kommunikationsmöglichkeiten mit anderen Leistungserbringern, den Klient/-innen und deren Angehörigen gesteckt werden, um hier auszubauen und die Kommunikation zu verbessern. Dabei bleibt der persönliche Kontakt sowohl innerhalb der Spitex-Organisation als auch mit anderen Leistungserbringern, mit den Klient/-innen und deren Angehörigen essenziell. Pflege ist zu einem grossen Teil persönliche Kommunikation.

## 9 Zusammenarbeit im Versorgungsteam

Die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen erfordert eine gemeinsam getragene Verantwortung für die Entscheidungsfindung, Anerkennung und Akzeptanz geteilter und getrennter Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche, Problemlösungen und die Fähigkeit, einen Pflege- und Behandlungsplan auszuführen und dabei auf ein gemeinsames Ziel hinzuarbeiten [59]. Die Gesundheitsversorgung der Klient/-innen kann multidisziplinäre Teams mit diversen Berufsgruppen umfassen, wie beispielsweise ärztlichem Fachpersonal, Pflegefachpersonen, Physiotherapeut/-innen, Apotheker/-innen, Sozialarbeiter/-innen oder auch Ernährungsberater/-innen. Um eine integrierte, personenzentrierte Versorgung zu gewährleisten, ist die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen entscheidend [60]. Das Vermeiden von Doppelspurigkeit und Verzögerungen im Versorgungsprozess und die Fähigkeit der beteiligten Personen, ihre vorgesehenen Aufgaben zu erledigen, sind Indikatoren für eine gut abgestimmte Arbeit. Für die Zusammenarbeit und Koordination im Versorgungsteam sind gegenseitiger Respekt und Vertrauen, Verantwortungsbewusstsein der involvierten Fachpersonen und ein gemeinsames Verständnis der Gesamtaufgabe respektive des Gesamtziels notwendig. Darüber hinaus muss das Zusammenspiel verstanden werden, wie sich die Arbeit der Individuen zu einem integralen Bestandteil in der Versorgung auswirkt [61]. In diesem Kapitel beschreiben wir, wie viele Fachpersonen in ein Versorgungsteam involviert sind, wie die Kooperation im Versorgungsteam wahrgenommen wird und wie die Abstimmung der Arbeit mit anderen Berufsgruppen beurteilt wird.

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Zusammenarbeit im Versorgungsteam

#### 9.1 Einschätzung der Zusammenarbeit im Versorgungsteam (Sicht Mitarbeitende)

Bei den nachfolgenden vier Items wurde die Klarheit der Verantwortlichkeit(en), die Vorhersehbarkeit der Arbeitsschritte und das gemeinsame Verständnis innerhalb des Versorgungsteams erfasst. Die Mehrheit der Mitarbeitenden (82.3 %) stimmte der Aussage zu, dass klar ist, welche Fachpersonen im Versorgungsteam für die Erfüllung bestimmter Aufgaben verantwortlich sind. Etwa drei Viertel (76.9 %) stimmten zu, dass das Versorgungsteam im Allgemeinen die erforderlichen Schritte kennt, um komplizierte Situationen zu bewältigen, wenn sie auftreten. Der Aussage, dass jedes Mitglied des Versorgungsteams die Schritte versteht, die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind, stimmten etwa zwei Drittel (67.5 %) der Mitarbeitenden zu. 61.1 % zeigten sich damit einverstanden, dass das Versorgungsteam eine gemeinsame Sichtweise / Vorstellung davon hat, wie die Arbeit jedes Einzelnen zum Gesamtziel beiträgt (siehe Abbildung 54).

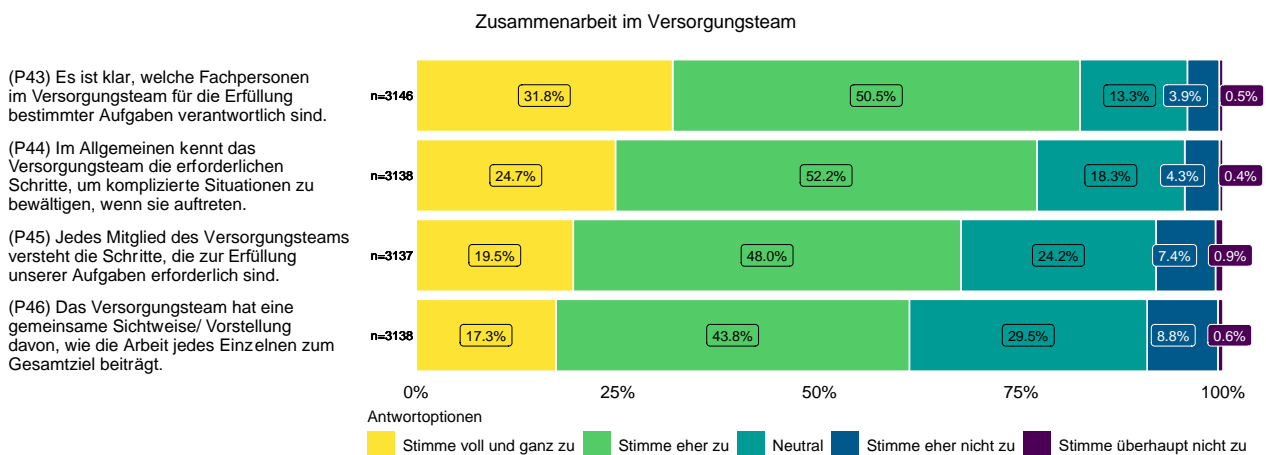


Abbildung 54: Zusammenarbeit im Versorgungsteam (Sicht Mitarbeitende)

## 9.2 Abstimmung der Arbeit mit anderen Berufsgruppen (Sicht Mitarbeitende)

Die Spitex-Mitarbeitenden wurden gebeten, die Abstimmung der Klientenversorgung mit den verschiedenen Fachpersonen / Gesundheitsdienstleistern (wie z. B. mit Hausärzteschaft, Spitälern) auf einer Likert-Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 20 (sehr zufrieden) zu beurteilen. Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden war im Median am höchsten bezüglich der Abstimmung der Klientenversorgung mit Apotheken (Md 16.0) und therapeutischen Diensten (Md 15.0), gefolgt von den Hausärzt/-innen, Pflegeheimen und den Sozialdiensten (jeweils Md 13.0). Die tiefsten Zufriedenheitswerte, mit einem Median von 11.0, vergaben die Spitex-Mitarbeitenden hinsichtlich der Abstimmung der Klientenversorgung an Krankenkassen und Spitäler (siehe Abbildung 55).

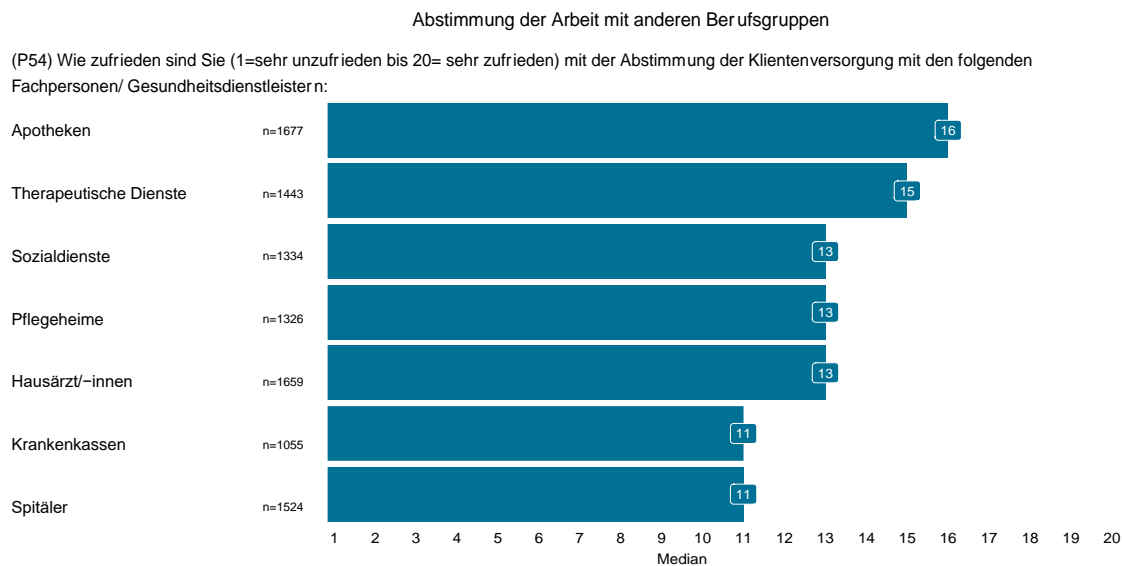


Abbildung 55: Zufriedenheit mit der Abstimmung der Arbeit mit anderen Berufsgruppen (Sicht Mitarbeitende)

## 9.3 Anzahl involvierte Fachpersonen (Sicht Klient/-innen)

Die Klient/-innen gaben an, wie viele verschiedene Fachpersonen in den letzten zwei Monaten in ihre Pflege / Betreuung involviert gewesen waren (Resultate dazu jeweils in Klammern): Anzahl Ärzt/-innen (Md 1.0, [IQB 1.0-3.0]), Spitex-Personen (nur Mitarbeitende der zuständigen Spitex) (Md 5.0, [IQB 4.0-8.0]), Anzahl zusätzlicher Pflegepersonen (ohne die Mitarbeitenden der zuständigen Spitex) (Md 1.0, [IQB 0.0-4.0]) und die Anzahl Therapeut/-innen (Md 1.0, [IQB 0.0-1.0]).

## 9.4 Anzahl involvierte Fachpersonen (Sicht Angehörige)

Die Angehörigen gaben an, in den letzten zwei Monaten im Median mit einer Spitex-Organisation [IQB 1.0-2.0] zu tun gehabt zu haben und im Median mit 3.0 Mitarbeitenden [IQB 2.0-5.0] der Spitex-Organisation, von der sie den Fragebogen erhalten hatten. Die Angehörigen nannten ebenfalls die Zahl an Fachpersonen, die in den letzten zwei Monaten in die Pflege / Betreuung ihrer Angehörigen involviert gewesen waren. Bei der Anzahl des involvierten ärztlichen Personals lag der Median bei 1.0 [IQB 1.0-2.0], bei den Pflegepersonen bei 1.0 [IQB 0.0-2.0], ohne die oben bereits aufgeführten Spitex-Personen) und bei den Therapeut/-innen ebenfalls bei 1.0 [IQB 0.0-1.0].



„Von hoher Relevanz für die Spitex ist eine gute Zusammenarbeit in den komplexeren Fällen, in die mehrere Berufsgruppen involviert sind. In der ambulanten Pflege fehlt heute noch ein geeignetes Instrument, welches Indikation, Ziel und Massnahmen abstimmt.“

### **Dr. med. Roland Fischer**

Hausarzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter

Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel

Auf den ersten Blick sind die Resultate der SPOT<sup>nat</sup> Studie durchaus positiv. Vier Fünftel der Mitarbeitenden in der ambulanten Pflege sind der Ansicht, dass die Verantwortlichkeiten zwischen den verschiedenen Berufsgruppen klar abgegrenzt sind – wenn auch nur zwei Drittel davon ausgehen, dass ihre Sicht von den anderen Berufsgruppen geteilt wird. Die Abstimmung mit den anderen Berufsgruppen wird ebenfalls mehrheitlich positiv bewertet (Median durchwegs >10/20).

Bei näherer Betrachtung stellen sich jedoch weitere Fragen: In über der Hälfte der Fälle war das Versorgungsteam offenbar vergleichsweise einfach zusammengesetzt; eine Pflegefachperson arbeitete mit einer Ärztin respektive einem Arzt und mit einer Therapeutin oder einem Therapeuten zusammen. Von hoher Relevanz wäre jedoch eine gute Zusammenarbeit in den komplexeren Fällen, wo mehrere Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen, mehrere Pflege- und Betreuungspersonen, vielleicht sogar aus mehreren Spitex-Organisationen, und mehrere Therapeut/-innen (z. B. Physiotherapie und Ergotherapie) involviert sind. Diese komplexeren Fälle sind zwar seltener, aber die Qualität der Zusammenarbeit spielt hier eine umso wichtigere Rolle. Ob die Zusammenarbeit in diesen hoch anspruchsvollen Fällen gleich gut abgestimmt ist, müsste meines Erachtens genauer untersucht werden.

Auffallend ist auch, dass die Abstimmung mit der Hausärzteschaft, sicherlich einer der wichtigsten Partner der Spitex, als schlechter wahrgenommen wird als diejenige mit den Apotheker/-innen sowie Therapeut/-innen. Soweit die SPOT<sup>nat</sup> Studienergebnisse – doch woran genau mag dies liegen? Eine mögliche Erklärung dafür wäre, dass strukturierte, schriftliche Instrumente die Zusammenarbeit mit Apotheken und Therapien erleichtern. Dank Rezepten und Dosierungsplänen wissen alle Involvierten, wann der Klient bzw. die Klientin welche Medikamente in welcher Form und Dosierung einnehmen soll. Indikation, Ziel und Massnahmen der Physiotherapie werden auf dem entsprechenden Verordnungsformular festgehalten. In der ambulanten Pflege hingegen fehlt ein geeignetes Instrument, z. B. ein strukturiertes Verordnungsformular, welches Indikation, Ziel und Massnahmen abstimmt. Mit der Bedarfsabklärung wird lediglich ein Zeitrahmen abgesteckt und durch den Arzt oder die Ärztin abgesegnet. Deshalb erfolgt die Kommunikation, wenn sie denn überhaupt stattfindet, meist unstrukturiert. Ob ein solches Instrument die Zusammenarbeit verbessern könnte, ist jedoch nicht garantiert. Dieses müsste natürlich im Geiste der Interprofessionalität gestaltet werden und auf Gegenseitigkeit beruhen.

Dass die Abstimmung von Spitex-Organisationen mit Spitälern und Pflegeheimen ebenfalls weniger zufriedenstellend ist, kann wohl mit der Tendenz der letzten Jahre zu immer früheren Spitalaustritten und immer späteren Pflegeheimenritten erklärt werden. Es wäre hingegen eine verpasste Chance, die vorliegenden Studienresultate nicht zum Anlass zu nehmen, um die Zusammenarbeit von Spitex, Spital und Pflegeheim weiter zu verbessern.

## 10 Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem

Um eine personenzentrierte, koordinierte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, sind Kenntnisse über die einzelnen Klient/-innen und deren Angehörige sowie über das Schweizer Gesundheitssystem als Ganzes und die lokalen Gegebenheiten im Einzelnen zentral. Dieses Wissen ist entscheidend, um die am besten geeignete Pflege / Betreuung zu ermitteln und die Klient/-innen mit den benötigten Pflegeleistungen zu versorgen [62]. Die Spitex-Mitarbeitenden können die Klient/-innen unterstützen, indem sie ihr Wissen teilen, die Interessen der Klient/-innen vertreten (*advocacy*) und sie befähigen bzw. fördern, sich aktiv an ihrer eigenen Gesundheitsversorgung zu beteiligen (*self management*). Gut über das Gesundheitssystem informiert zu sein ermöglicht es, sich darin effektiver und effizienter zu bewegen. Laut einer Schweizer Umfrage zeigten Klient/-innen in schwierigen finanziellen Verhältnissen, die nur wenig oder keine soziale Unterstützung hatten, im Schnitt eine geringere Gesundheitskompetenz [63]. Nur wenn die Spitex-Mitarbeitenden das Gesundheitssystem kennen (z. B. verfügbare Angebote und die Voraussetzungen, die erfüllt werden müssen, um das Angebot in Anspruch zu nehmen), sind sie in der Lage, die Gesundheitsversorgung der Klient/-innen zu koordinieren und sie bedarfsgerecht zu unterstützen.

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem (Sicht Mitarbeitende)

Mit sechs Items wurden die Spitex-Mitarbeitenden in der SPOT<sup>nat</sup> Studie gefragt, wie gut sie die Gesundheitsversorgung (erste drei Items) und die gesetzlichen Rahmenbedingungen (letzte drei Items) im Einzugsgebiet ihrer Spitex kennen. 65.1 % der Mitarbeitenden gaben an, dass sie die verfügbaren gesundheitlichen oder sozialdienstlichen Angebote „gut“ oder „sehr gut“ kennen, gefolgt von den Voraussetzungen, die Klient/-innen erfüllen müssen, um die Angebote in Anspruch zu nehmen (57.6 %). Weniger gut scheinen die Mitarbeitenden die gesetzlichen Vorgaben bzgl. der Finanzierung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen zu kennen. Fast zwei Drittel der Mitarbeitenden (61.3 %) berichteten, dass sie diese Vorgaben „mittelmässig“, „wenig“ oder „überhaupt nicht“ kennen. Über die Rechte und Pflichten der Klient/-innen in Bezug auf ihre Gesundheitsversorgung wussten etwa die Hälfte (49.0 %) der befragten Mitarbeitenden „gut“ oder „sehr gut“ Bescheid (siehe Abbildung 56).

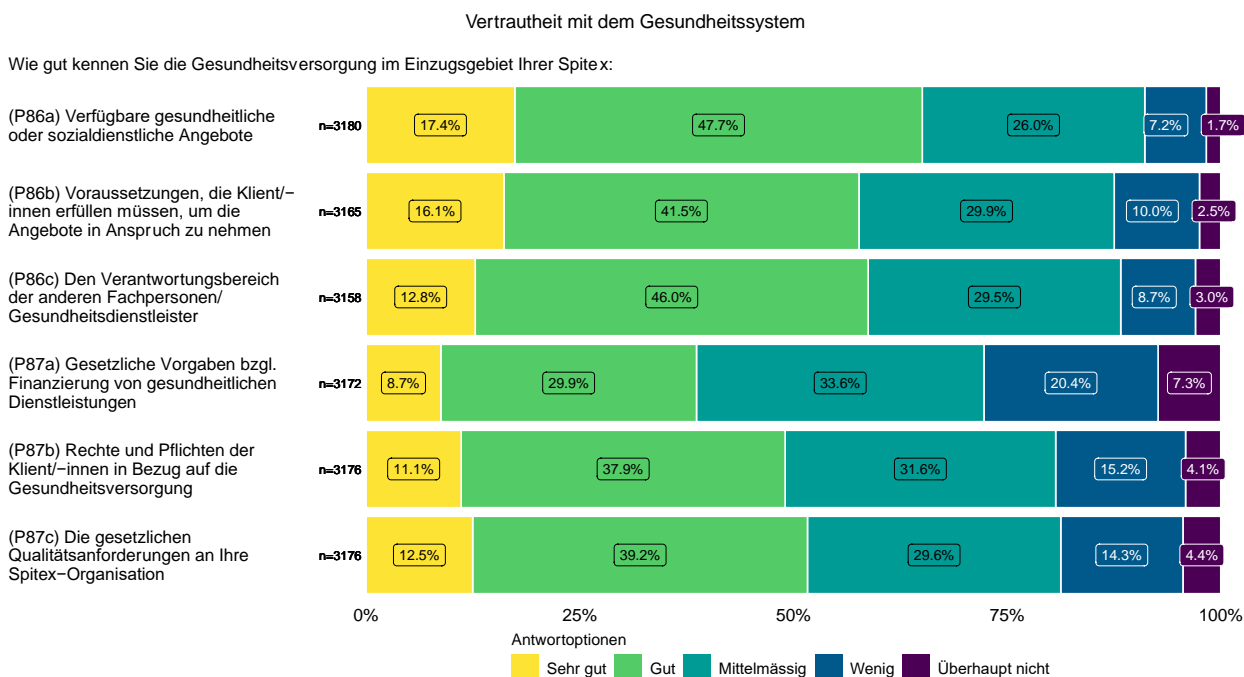


Abbildung 56: Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem (Sicht Mitarbeitende)





„Kenntnisse über Gesundheitsrecht und die Finanzierung des Gesundheitssystems sollen vermehrt in den Rahmenlehrplan aufgenommen werden, insbesondere in denjenigen der FH / HF im Gesundheitsbereich.“

**Valérie Vouillamoz**

Generalsekretärin

Walliser Vereinigung der SMZ

**Martine Tristan**

Geschäftsleiterin

SMZ Martinach & Umgebung

**Marie-Jeanne Muller**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Walliser Vereinigung der SMZ

Unabhängig von der Lesart sind die Ergebnisse – alle Items zusammengenommen – eher durchschnittlich und deuten auf einen Mangel an Kenntnissen der Spitex-Mitarbeitenden in diesen Bereichen hin. Eine umgekehrte Kurve – mit weniger guten Kenntnissen über die verfügbaren sozialen und gesundheitsbezogenen Angebote als über die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Finanzierung – wäre für uns jedoch nachvollziehbarer gewesen.

Da die sozialen und gesundheitsbezogenen Angebote immer vielfältiger werden und die Zahl der Leistungserbringer rasch zunimmt, ist es manchmal schwierig, einen aktuellen Überblick über die regionalen und lokalen Akteure zu behalten. Die Organisationen müssen die Gegebenheiten aktiv beobachten, die vorhandene Angebotslandschaft in ihrem Gebiet und den erhofften und / oder erwarteten Grad der Zusammenarbeit regelmässig aktualisieren und die Verbreitung dieser Informationen in den Teams sicherstellen.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Regeln der Finanzierung der Gesundheitsversorgung ändern sich weniger schnell als die Zahl der Leistungserbringer, sodass der Anteil der Mitarbeitenden, die angeben, sie nicht gut zu kennen, überraschend erscheinen mag. Mögliche Ursachen sind die falsche Überzeugung, die Finanzierung sei Sache der Führungskräfte, und die fehlende Verknüpfung zwischen Finanzierung und Marktwert des eigenen Berufs bzw. der eigenen Gesundheitsleistungen. In unserem Kanton war dieses mangelnde Wissen bereits Gegenstand eines Austauschs zwischen Organisationen und Ausbildungsinstitutionen mit der Forderung, Kenntnisse über Gesundheitsrecht und die Finanzierung des Gesundheitssystems vermehrt in den Rahmenlehrplan aufzunehmen, insbesondere in denjenigen der FH / HF im Gesundheitsbereich.

Für die Kenntnis des Gesundheitsnetzes, der Qualitätsanforderungen, der Finanzierungsregeln oder der gesetzlichen Grundlagen sind die Ausbildung und die regelmässige Information der Mitarbeitenden ein Schlüsselfaktor. Die Schaffung von Räumen für den Austausch zwischen Spitex-Mitarbeitenden, um über die Rolle, die Verantwortung und die Einflussmöglichkeiten jedes Einzelnen in diesen Bereichen zu diskutieren, würde ebenfalls dazu beitragen, die festgestellten Wissenslücken zu verringern.



## 11 Koordination

In der stetig komplexer werdenden Versorgung von Klient/-innen zuhause nimmt die Koordination einen immer höheren Stellenwert ein. Koordination kann verstanden werden als die bewusste Organisation der Aktivitäten zwischen den an der Pflege und Versorgung beteiligten Personen (einschliesslich der Klient/-innen), um die angemessene Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen zu erleichtern [64]. Mangelnde Koordination führt demzufolge zu einer fragmentierten, inkonsistenten und schlecht geplanten Gesundheitsversorgung [65], die nicht nur die Gesundheit und das Wohlbefinden der Klient/-innen gefährdet, sondern auch zusätzliche Kosten verursacht [66-68]. Studien zeigen beispielsweise, dass eine verbesserte Koordination die Anzahl Spitaleinweisungen reduzieren oder auch zu geringerer Belastung der Notfallstationen führen kann [67]. Koordination kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden: Aus der Systemperspektive, der Perspektive der Gesundheitsfachkräfte oder derjenigen von Klient/-innen und Angehörigen [69]. In den folgenden Abschnitten werden die Sichtweisen der Spitex-Mitarbeitenden und Klient/-innen dargestellt.

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Koordination

#### 11.1 Einschätzung der Zusammenarbeit und Koordination der Spitex (Sicht Klient/-innen)

Mit vier Items wurde erfasst, wie die Klient/-innen die Zusammenarbeit und Koordination der Spitex in den letzten zwei Monaten erlebten. Eine Mehrheit der Klient/-innen war sich „immer“ oder „meistens“ einig mit der Spitex-Person über ihre Pflege- und Betreuungsbedürfnisse (93.9 %) und wurde „immer“ oder „meistens“ in Entscheidungen über die Pflege / Betreuung einbezogen (77.1 %). Die Häufigkeit, mit der die Spitex-Person mit anderen Gesundheitsdienstleistern (wie z. B. mit Hausarzt/ innen) kommuniziert, schätzten 35.9 % der Klient/-innen als tief („nie“ bis „selten“) ein. Die Häufigkeit, mit der über die zukünftige Pflege / Betreuung gesprochen wird (Spitex-Person und Klient/-in), bewerteten 29.7 % der Klient/-innen mit „nie“ bis „selten“ (siehe Abbildung 57).

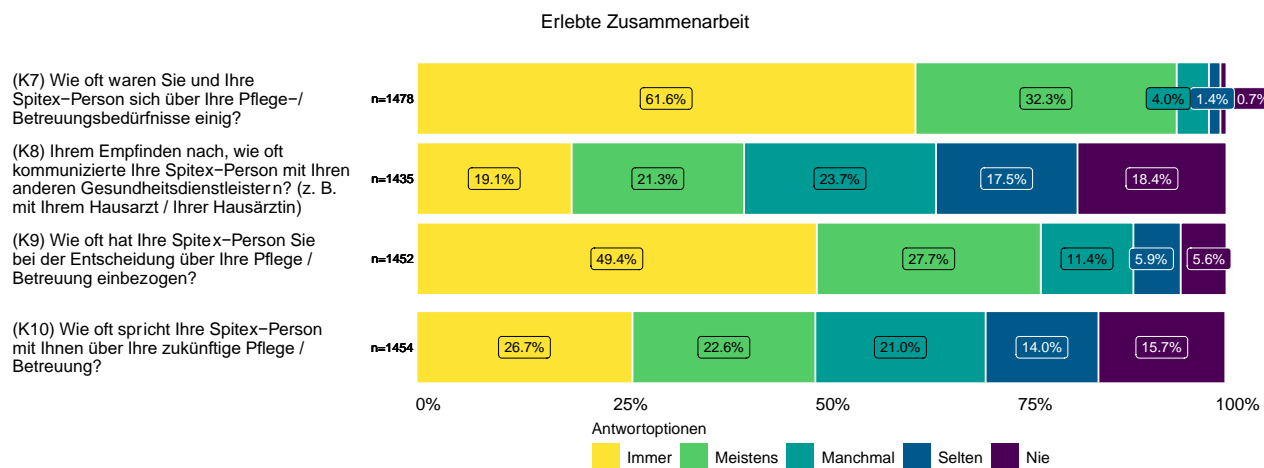
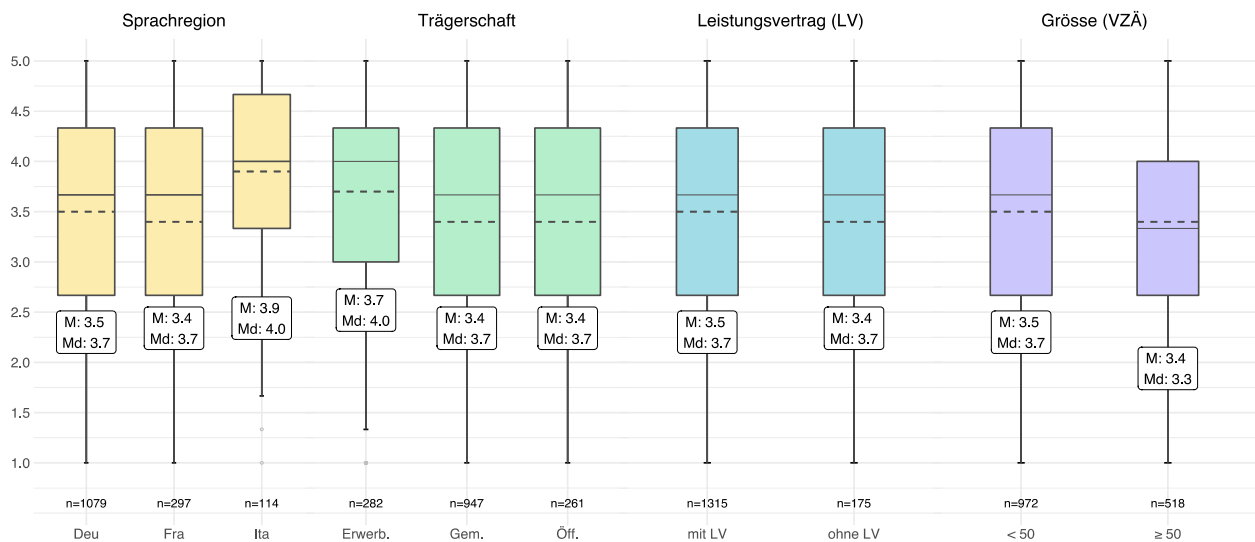


Abbildung 57: Erlebte Zusammenarbeit mit der Spitex-Person (Sicht Klient/-innen)

Aus den letzten drei obenstehenden Items (siehe Abbildung 57– K8-K10) kann die Skala *Nominated provider* basierend auf dem Instrument *Client Perceptions of Coordination Questionnaire* (CPCQ) [70] gebildet werden. (Die ursprüngliche Skala mit allen vier Items konnte in der psychometrischen Untersuchung der SPOT<sup>nat</sup>-Daten nicht bestätigt werden.) Diese Skala misst die Pflegekoordination in der Gesundheitsversorgung aus der Sicht der Klient/-innen. Als Skalenwert wird der Mittelwert über die drei Items berechnet (von den Antwortoptionen 1= „nie“ bis 5= „immer“). Je höher der Skalenwert desto besser wird die Zusammenarbeit und Koordination eingeschätzt. Im Appendix unter Skalen – [Einschätzung der Zusammenarbeit und Koordination der Spitex](#) sind weiterführenden Informationen dazu verfügbar.

Wenn die Einschätzung der Klient/-innen in den vier Gruppen in Abbildung 58 betrachtet wird, liegen sowohl der Median wie der Mittelwert der Skala meistens unter 4 – die Häufigkeit liegt damit tiefer als „meistens“. Wenn man die Gruppenergebnisse vergleicht, sieht man insbesondere einen deutlich höheren Wert in der italienischsprachigen Region mit einem Mittelwert von 3.9 im Vergleich zu den deutschsprachigen und französischsprachigen Landesteilen mit jeweils 3.5 und 3.4. Unterschiede sind auch zwischen den privat-erwerbswirtschaftlichen (M 3.7) und den privat-gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Organisationen (beide M 3.4) ersichtlich.



**Instrument:** *Client Perceptions of Coordination Questionnaire (CPCQ)*, Skala *Nominated provider* [70]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat, erwerbswirtschaftliche, Gem. = Privat, gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ, ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 58: CPCQ – Skala Einschätzung der Zusammenarbeit und Koordination (Gruppenvergleiche) (Sicht Klient/-innen)

Für die Gesamtheit aller Klient/-innen erzielt die Skala *Nominated provider* (Einschätzung der Zusammenarbeit und Koordination) [70] einen Median von 3.7 [IQB 2.7-4.3] und einen Mittelwert von 3.5 (SD 1.1).

## 11.2 Einschätzung der Koordinationsrolle der Spitex-Mitarbeitenden (Sicht Klient/-innen)

Mit den nächsten fünf Items wurden die Klient/-innen gebeten, die Koordinationsrolle der Spitex-Mitarbeitenden einzuschätzen. Für die gesamte Zeit, in der sie von ihrer Spitex Pflege / Betreuung erhalten hatte, war die Mehrheit (84.8 %) der Klient/-innen der Ansicht, dass die Spitex-Person „sehr gut“ oder „gut“ über ihre gesundheitlichen Bedürfnisse Bescheid wusste. Ebenfalls berichteten 77.1 %, dass die Spitex-Person „sehr gut“ oder „gut“ über die Gesundheitsversorgung, die Klient/-innen von anderen erhielten, auf dem Laufenden war. Mehr als die Hälfte der Klient/-innen (54.5 %) gab an, dass die Spitex-Person ihnen „gut“ oder „sehr gut“ dabei hilft, die Gesundheitsversorgung zu erhalten, die sie von anderen Gesundheitsanbietern benötigen (siehe Abbildung 59).

Spitex Koordinationsrolle (1/2)

Bei den nächsten Fragen denken Sie bitte an die gesamte Zeit, in der Sie von dieser Spitex Pflege / Betreuung erhielten.

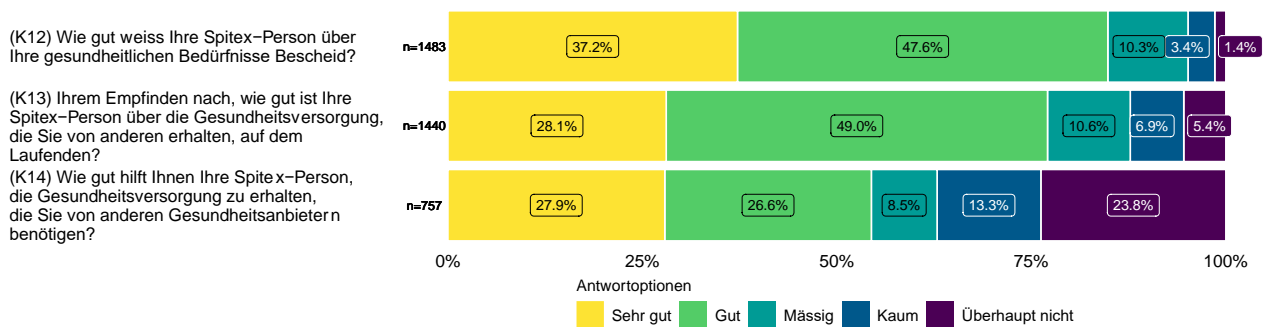


Abbildung 59: Spitex Koordinationsrolle (1/2) (Sicht Klient/-innen)

Auf die Frage, wie häufig die Spitex-Person andere Gesundheitsanbieter im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung der Klient/-innen kontaktiert, antworteten 28.4 % der Klient/-innen, dass dies „manchmal“ geschieht, 19.5 % „selten“ und 14.6 %, dass es „nie“ geschieht. Über die Hälfte (55.1 %) der befragten Klient/-innen gaben an, dass die Spitex-Person „nie“ oder „selten“ mit ihnen in Kontakt bleibt, wenn sie an anderen Orten medizinische Versorgung erhalten (siehe Abbildung 60).

Spitex Koordinationsrolle (2/2)

Bei den nächsten Fragen denken Sie bitte an die gesamte Zeit, in der Sie von dieser Spitex Pflege / Betreuung erhielten.

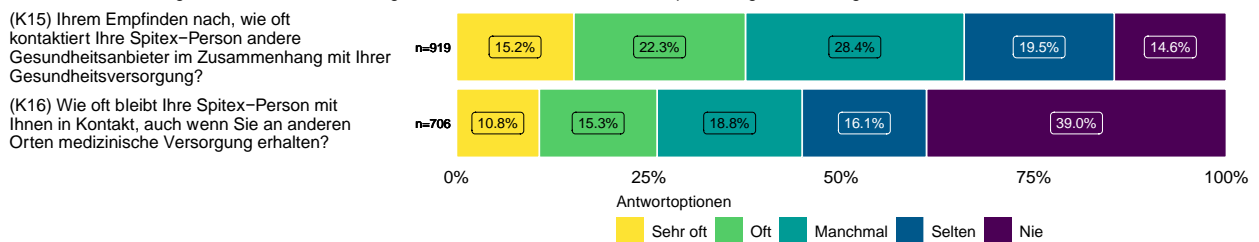
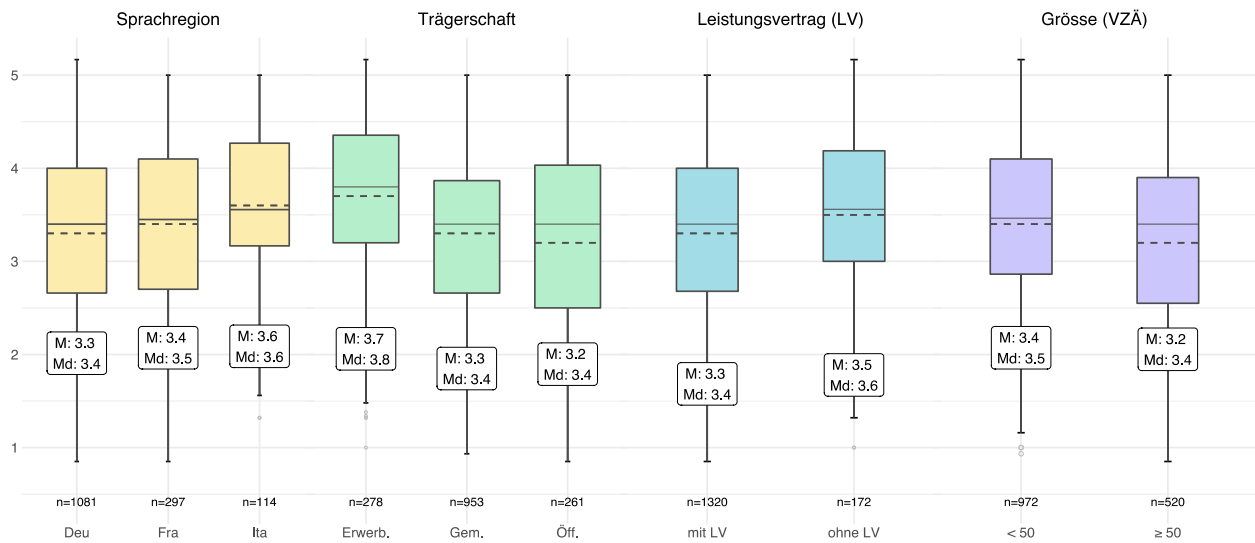


Abbildung 60: Spitex Koordinationsrolle (2/2) (Sicht Klient/-innen)

Aus den fünf obenstehenden Items (Abbildung 59 und Abbildung 60) kann die Skala *Coordination Role* des Instruments *Patient-Perceived Continuity of Care from Multiple Clinicians* (CC-MC) [71] gebildet werden. Diese Skala misst die Koordinationsrolle der Spitex aus Sicht der Klient/-innen. Als Skalenwert werden die fünf Items (von den Antwortoptionen 1= „überhaupt nicht / nie“ bis 5= „sehr gut / sehr oft“) nach zunehmender Schwierigkeit der Koordinationsrolle und zunehmender Beteiligung der koordinierenden Person geordnet. Die Items mit höherer Koordinationsschwierigkeit werden höher gewichtet, was in einem gewichteten Mittelwert resultiert (mehr Informationen zur Skalenberechnung sind im Appendix unter Skalen – [Einschätzung der Koordinationsrolle](#) zu finden). Je höher der Skalenwert desto besser wird die Koordinationsrolle eingeschätzt.

Wenn wir die Angaben der Klient/-innen in den vier Gruppen in Abbildung 61 analysieren, sieht man Unterschiede bezüglich der Sprachregionen und Trägerschaft. Die italienischsprachige Region erzielt höhere Werte (M 3.6) im Vergleich zur französisch- (M 3.4) und zur deutschsprachigen (M 3.3) Region. Die privat-erwerb-wirtschaftlichen Organisationen erreichen höhere Werte (M 3.7) im Vergleich mit privat-gemeinnützigen (M 3.3) und öffentlich-rechtliche Organisationen (M 3.2).



Instrument: Patient-Perceived Continuity of Care from Multiple Clinicians (CC-MC), Skala Coordination Role [71]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch, Fra = Französisch, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat, erwerbswirtschaftliche, Gem. = Privat, gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ. ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 61: Skala Einschätzung der Koordinationsrolle der Spitex-Personen (Gruppenvergleiche) (Sicht Klient/-innen)

Wenn wir die Angaben aller Klient/-innen einbeziehen, ergibt sich für die Skala Coordination Role (Einschätzung der Koordinationsrolle) [71] ein Median von 3.4 [IQB 2.7-4.0] und ein Mittelwert von 3.4 (SD 0.9).

„Die Koordination ist eine wesentliche Aktivität der Betreuung und Pflege zu Hause und sollte stärker anerkannt werden.“

### Catherine Busnel

Leiterin Abteilung Forschung und Entwicklung

Institution genevoise de maintien à domicile

### Sandrine Gelez

Leiterin Centre de maintien à domicile

Institution genevoise de maintien à domicile

Die ersten Erkenntnisse über die Wahrnehmung der Klient/-innen betreffend die Zusammenarbeit und Koordination mit den Fachpersonen stehen insgesamt fest. Während es eine stark positive Einschätzung bezüglich des Bedarfs an Pflege- und Betreuungsleistungen gibt, fällt die Einschätzung bezüglich der Häufigkeit des Informationsaustauschs sowie der Berücksichtigung der Perspektive der Pflege weniger zufriedenstellend aus, denn diese Punkte werden der Wahrnehmung zufolge wenig oder gar nicht thematisiert. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Klient/-innen zwischen ihren Pflege- / Betreuungsbedürfnissen und den Bedürfnissen nach Kommunikation und Koordination unterscheiden. Die Einschätzung bezüglich der Rolle von Zusammenarbeit, Koordination und Kommunikation lässt vermuten, dass diese noch nicht optimal ist und noch nicht genügend in der aktuellen Praxis verankert zu sein scheint, um die Kontinuität der Langzeitbetreuung zu gewährleisten. Das Zuhause ist offenbar nicht der Ort, an dem die Kommunikation zwischen Fachpersonen und Klient/-innen am sichtbarsten ist. Ausserdem wird die Kommunikation sehr häufig unterbrochen, wenn die Klientin bzw. der Klient an anderen Orten medizinische Versorgung erhält.



Die Ergebnisse dieser Studie zeigen die wichtigsten Herausforderungen auf, die es anzugehen gilt, um die Qualität der Pflege / Betreuung zu gewährleisten. Sie beziehen sich dabei auf die vier Säulen der Primärversorgung: Kontakt, Vollständigkeit, Koordination und Kontinuität (die vier C: *contact, comprehensiveness, coordination* und *continuity*) [72]. Unserer Meinung nach könnten die Ergebnisse der Studie Auswirkungen auf folgende Punkte haben:

- Antizipation zukünftiger Pflegemassnahmen (z. B. die Erstellung einer vorausschauenden Pflegeplanung oder einer Patientenverfügung) und deren Überwachung. Dies gilt insbesondere für komplexe Situationen oder Situationen mit Komplexitätsrisiken, für die koordinierte Massnahmen ergriffen werden müssen;
- gemeinsame und unterschiedliche Standpunkte aller Beteiligten im Hinblick auf die Qualität der Pflege / Betreuung und die Qualität der Kommunikation;
- erleichteter Zugang zu den Gesundheits- und Pflegeinformationen, die tatsächlich von allen Beteiligten, einschliesslich Klient/-innen, geteilt werden (elektronisches Patientendossier);
- Anerkennung des Stellenwerts der Koordination, die im Zentrum der Massnahmen für die Betreuung und Pflege zu Hause stehen sollte.

Im Übrigen regen diese Ergebnisse zu vielfältigen Überlegungen an, und zwar in folgenden Bereichen:

- Notwendigkeit der weiteren Klärung des Begriffs „Koordination“. Je nach Kontext werden mit dem Begriff „Koordination“ unterschiedliche Tätigkeiten bezeichnet, die insbesondere von Fachpersonen ausgeführt werden. Koordinieren kann darum bedeuten, Informationen weiterzugeben, aber auch eine Planung zu vereinbaren oder bei der berufsübergreifenden Entwicklung oder Verfolgung gemeinsamer Ziele auf Komplementarität zu achten;
- Bedeutung und Stellung der Klient/-innen im gesamten Betreuungsprozess sowie die Notwendigkeit, die Klient/-innen und die betreuenden Angehörigen als echte Betreuungspartner zu betrachten (Montreal-Modell [73]);
- Notwendigkeit von Fortbildungen und Simulationstrainings mit Klient/-innen bzw. Partner/-innen (*Centre interprofessionnel de simulation*);
- Unerlässlichkeit einer umfassenden und multidimensionalen Beurteilung der Pflege / Betreuung, die es ermöglicht, Konvergenzen (Ressourcen im weitesten Sinne, gemeinsame Sicht) und Divergenzen (Probleme, Risiken oder Grauzonen) sichtbar zu machen, um sich auf die Kontinuität der Pflege / Betreuung zu einigen (insbesondere auf die Festlegung gemeinsamer Ziele, die Kenntnis der Prioritäten aller Beteiligten, das Teilen der Perspektiven);
- Stellung der Case Managerin bzw. des Case Managers, um die Kontinuität vor, während und nach der Spitex-Betreuung zu gewährleisten, vor allem in komplexeren Fällen;
- einfacher Zugang zu und Auffindbarkeit von Informationen über Kommunikation, Zusammenarbeit und Koordination in den Patientenakten und künftig im elektronischen Patientendossier;
- Kulturwandel auf Makro-, Meso- und Mikroebene in Bezug auf:
  - o Stellenwert der Koordination als echte Betreuungsmassnahme: auf der Ebene von Finanzierung und gesundheitspolitischen Entscheidungen (Makroebene), auf der Ebene von Prozessen, Umsetzungsmethoden und Überwachung (Mesoebene) und auf der Ebene von Umsetzung und Auswirkungen auf die Pflege / Betreuung, bezüglich Unterbrechungen der Pflege / Betreuung oder Hospitalisationen (Mikroebene);
  - o Kommunikationsmittel wie Direktanrufe aus dem Zuhause der Klient/-innen (E-Health, Telehealth, Telekoordination);
- operative Empfehlungen wie die Qualitätskontrolle von Akten, Informationen und wichtigen Daten (z. B. durch die Einrichtung eines klinisch-managementbezogenen Cockpits zur Kontrolle der vorausschauenden Pflegeplanung, Patientenverfügung, Koordination usw.).

### 11.3 Koordination im Versorgungsteam (Sicht Mitarbeitende)

Mit den nachfolgenden fünf Items zum Thema Koordination wurde in Erfahrung gebracht, ob Informationen rechtzeitig weitergeleitet werden und die Aktivitäten zwischen den Fachpersonen abgestimmt sind. Diese Items wurden nur von Spitex-Mitarbeitenden beantwortet, die angegeben haben, dass der Austausch mit anderen Fachpersonen (z. B. Ärzteschaft, Sozialarbeiter/-innen, Spitalpersonal, Apothekenpersonal) zu ihrem Aufgabenbereich gehört.

Die meisten Mitarbeitenden (93.2 %) sagten, dass sie „häufig“ oder „sehr häufig“ zum richtigen Zeitpunkt relevante Informationen durch ihre Spitex-Kolleg/-innen erhalten, wo es hingegen mit 67.7 % deutlich weniger häufig vorkommt, dass andere Fachpersonen relevante Informationen zum richtigen Zeitpunkt vermitteln. Darüber hinaus berichtete ein Grossteil, nämlich 78.3 % der teilnehmenden Spitex-Mitarbeitenden, dass sie „manchmal“ bis „sehr häufig“ Informationen von den Klient/-innen oder Angehörigen erhalten, die eigentlich durch eine Fachperson hätten weitergeleitet werden sollen. Hingegen war die Mehrheit der Ansicht, dass die Abstimmung der Aktivitäten „manchmal“ bis „sehr häufig“ gut ist (95.5 %) und Überschneidungen nur „selten“ bis „nie / fast nie“ vorkommen (51.6 %) (siehe Abbildung 62).

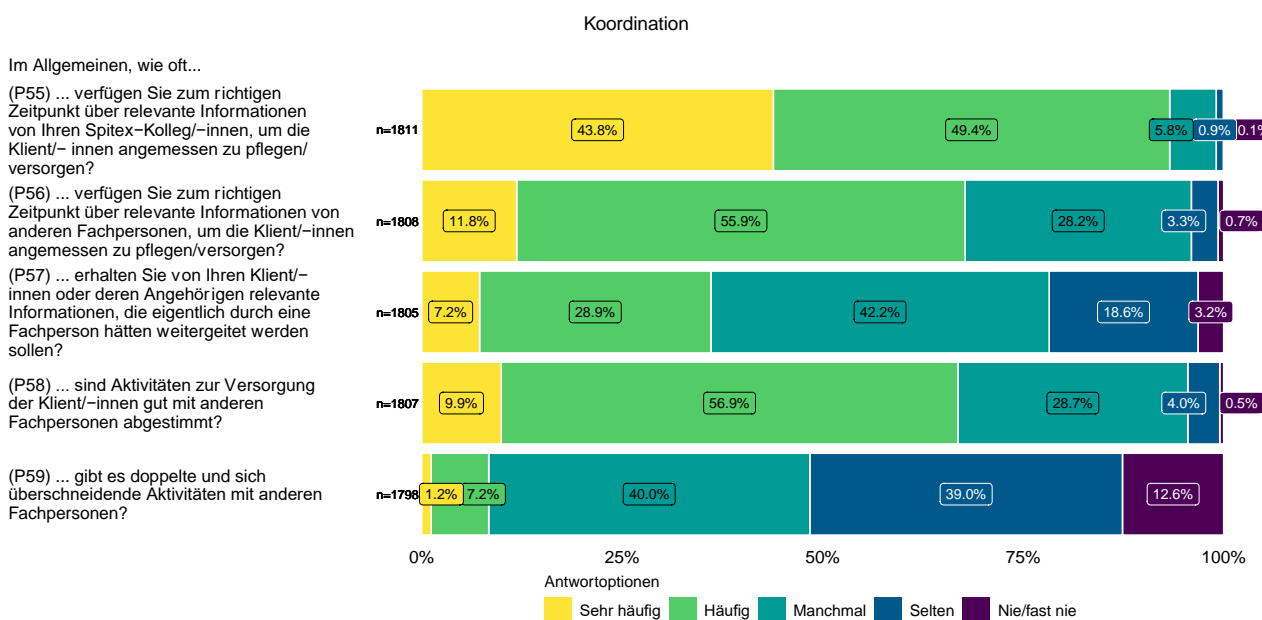


Abbildung 62: Koordination (Sicht Mitarbeitende)

### 11.4 Koordinationslücken (Sicht Mitarbeitende)

Sieben Items des Personalfragebogens erfassten, wie häufig bestimmte Situationen auftreten, die Lücken in der Koordination aufzeigen. Auch hier wurden nur die Antworten von Spitex-Mitarbeitenden ausgewertet, die angaben, dass der Austausch mit anderen Fachpersonen (z. B. ärztliches Fachpersonal, Sozialarbeiter/-innen, Spitalpersonal, Apothekenpersonal) zu ihrem Aufgabenbereich gehört.

Zusammenfassend zeigt sich anhand der Resultate, dass rund die Hälfte der Teilnehmenden sagten, dass bei den erfragten Situationen „manchmal“ bis „häufig“ Koordinationslücken auftreten (siehe Abbildung 63). Zwei Situationen stechen jedoch etwas heraus: Ein Fünftel (20.7 %) der Teilnehmenden gab an, „häufig“ bis „sehr häufig“ nicht genügend informiert zu sein über den Zustand eines Klienten oder einer Klientin; und sogar ein Viertel (25.4 %) sagte, „häufig“ bis „sehr häufig“ nicht genügend Zeit zu haben, um kritische Klientensituationen mit anderen Leistungserbringern zu besprechen (siehe Abbildung 63).

Koordinationslücken

Wie häufig kommt es vor, dass ...

(P60) ... nicht alle oder nicht die richtigen Medikamente bei den Klient/-innen vorliegen?



(P61) ... keine oder keine aktuellen Verordnungen/Rezepte/ Medikamentenlisten vorliegen?



(P62) ... niemand von der Spitex beim Austritt von einem stationären Aufenthalt einbezogen war?



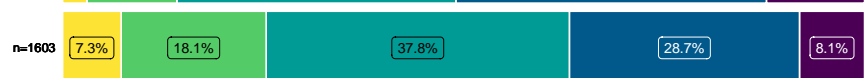
(P63) ... Sie nicht genügend informiert sind über den Zustand eines Klient/einer Klientin? (z. B. Informationen sind nicht verfügbar, nur teilweise dokumentiert)



(P64) ... Sie wichtige Informationen über die Klientin/den Klienten zu spät erhalten?



(P65) ... nicht genügend Zeit zur Verfügung steht, um kritische Klientensituationen mit anderen Leistungserbringern zu besprechen?



(P66) ... in dringenden Situationen kein Arzt/ keine Ärztin rechtzeitig erreichbar ist?

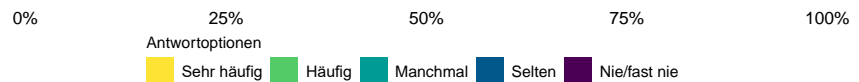
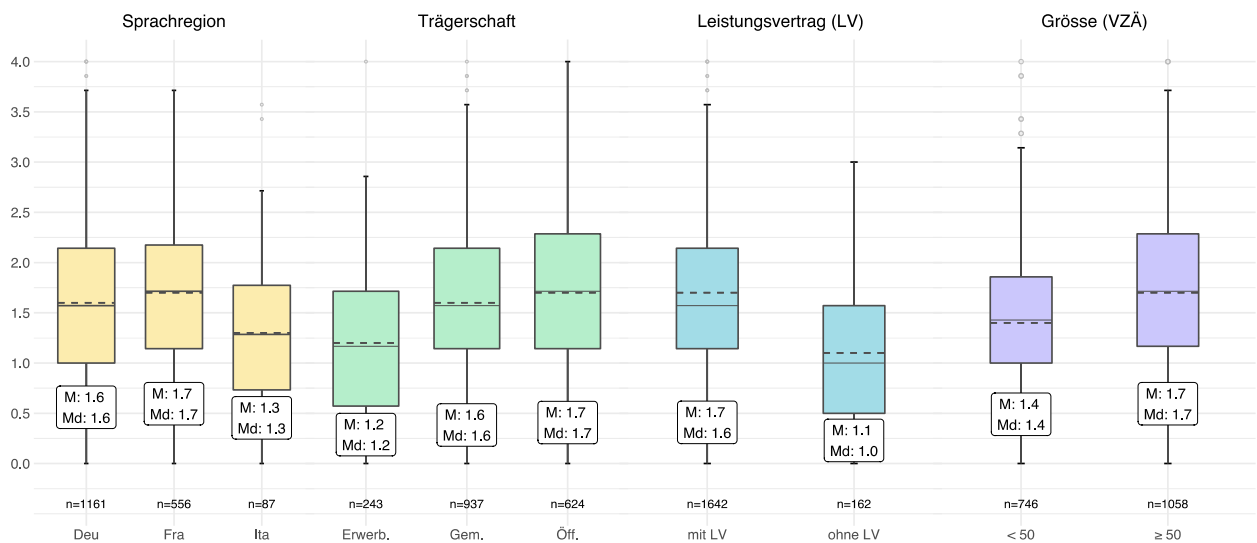


Abbildung 63: Koordinationslücken (Sicht Mitarbeitende)

Aus den obenstehenden Items (Abbildung 63) kann die Skala *Koordinationslücken* (entwickelt durch das SPOT<sup>nat</sup> Forschungsteam) gebildet werden. Für die Berechnung der Skala wird der Mittelwert über die sieben Items berechnet (von den Antwortoptionen 0= „nie / fast nie“ bis 4= „sehr häufig“), wobei höhere Mittelwerte auf häufiger vorkommende Koordinationslücken hindeuten. Weiterführende Informationen zur Skala finden sich im Appendix (Skalen – [Koordinationslücken](#)).

Wenn man hierzu die Gruppenergebnisse vergleicht, sieht man, dass Spitex-Organisationen, die erwerbswirtschaftlich (M 1.2) und / oder ohne Leistungsvertrag (M 1.1) tätig sind und / oder solche mit weniger als 50 VZÄ (M 1.4) tiefere Werte haben bzw. seltener Koordinationslücken aufweisen. Die italienischsprachige Region erzielt ebenfalls tiefere Werte (M 1.3), also weniger Koordinationslücken, im Vergleich zur deutschsprachigen (M 1.6) und französischsprachigen (M 1.7) Region (siehe Abbildung 64).





**Instrument:** Koordinationslücken (entwickelt durch das SPOT<sup>nat</sup> Forschungsteam).

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch, Fra = Französisch, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat-erwerb/wirtschaftliche, Gem. = Privat-gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ, ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 64: Skala Koordinationslücken (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende)

Auf der Grundlage aller Angaben von Spitex-Mitarbeitenden erzielt die Skala *Koordinationslücken* (entwickelt durch das SPOT<sup>nat</sup> Forschungsteam) einen Median von 1.6 [IQB 1.0-2.1] und einen Mittelwert von 1.6 (SD 0.8).

### 11.5 Erlebte Koordination der gesundheitlichen Dienstleistungen (Sicht Klient/-innen)

Mit drei Items wurde erfasst, wie die Klient/-innen die Zusammenarbeit der Gesundheitsfachpersonen im Allgemeinen erleben. Über zwei Drittel der Klient/-innen sagten, dass es „nie“ Zeiten gegeben hatte, in denen widersprüchliche Dinge erzählt worden waren, verschiedene Fachpersonen nicht gut zusammengearbeitet oder Fachpersonen nicht gewusst hatten, wer was tun soll. Lediglich rund 1 % der Befragten war gegenteiliger Ansicht und gab an, dass es „sehr oft“ vorkommt (siehe Abbildung 65).

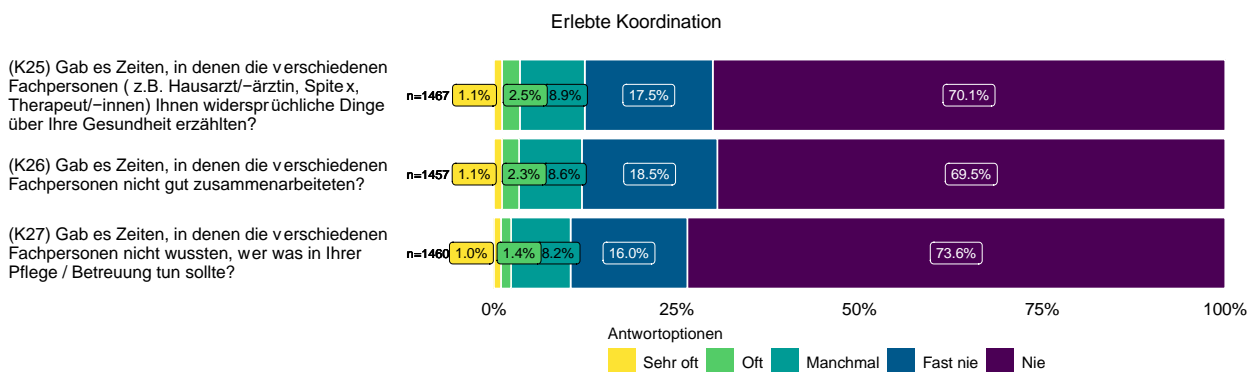


Abbildung 65: Erlebte Koordination (Sicht Klient/-innen)

Aus den drei obenstehenden Items (Abbildung 65) kann die Skala *Role Clarity & Coordination between Clinics* vom Instrument CC-MC [71] gebildet werden. Dabei werden die vier Antwortoptionen dichotomisiert in 0 („nie“, „fast nie“) und 1 („sehr oft“, „oft“, „manchmal“). Nach der Dichotomisierung der Antwortoptionen in 0 und 1, werden die Antworten der drei Items summiert (d. h. die Summenwerte können von 0-3 reichen). Je höher der Skalenwert desto schlechter wird die Koordination erlebt. Im Appendix sind weiterführende Informationen (Skalen – [Erlebte Koordination der gesundheitlichen Dienstleistungen](#)) ersichtlich.





Der Gesamtwert der Skala in SPOT<sup>nat</sup> zeigt, dass 21.5 % der an der Studie teilnehmenden Klient/-innen bei mindestens einem der drei Items mit „manchmal“ bis „sehr oft“ antworteten. Lediglich 3.6 % der Klient/-innen sagten, dass alle drei Themen „manchmal“ bis „sehr oft“ vorkommen (Summenwerte von 3). Da die Werte so tief (M 0.3 (SD 0.7)) ausfallen, ist eine sinnvolle grafische Darstellung der Ergebnisse nicht möglich.

Bezüglich der Gruppenunterschiede lassen sich keine nennenswerten Unterschiede feststellen.

„Behandlungsteams sollten gemeinsam festlegen können, welche Regeln in diesem Team gelten. Damit diese notwendige Koordinationsarbeit jedoch möglich wird, müssen die zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für alle Koordinationspartnerinnen und -partner stimmen.“

**Dr. med. Marc Jungi**

Allgemeine Innere Medizin FMH

Vorstandsmitglied mfe (Haus und Kinderärzte Schweiz)

Fachrat Plattform Interprofessionalität

In Anbetracht der demographischen Realität, des Fachkräftemangels verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitswesen und der steigenden Komplexität der Pflegebedürfnisse wird die interprofessionelle Behandlung unserer Patient/-innen und damit auch deren Betreuung in Behandlungsteams in der Grundversorgung zunehmend wichtiger. Erfolgsfaktoren für eine hohe Behandlungsqualität dieser interprofessionellen Teams sind nebst einer klaren Verantwortungszuordnung auch eine zeitnahe Kommunikation und eine präzise Koordination der anfallenden Pflegeverrichtungen.

Die Studienresultate zeigen deutlich, dass Informationen innerhalb der gleichen Spitex-Organisation signifikant häufiger zeitgerecht verfügbar sind als solche anderer Berufsgruppen. Optimierungspotential ist ebenfalls klar gegeben in der Abstimmung der Pflegeaktivitäten und der Verhinderung doppelter Verrichtungen. Dass auf Grund von Lücken in der Koordination und / oder wegen Zeitmangels potenziell gefährliche Situationen eine bereits gelebte Realität darstellen, wird durch die Resultate leider bestätigt. Es überrascht etwas, dass die Patient/-innen die Koordination der Aktivitäten insgesamt doch als gut bis sehr gut beurteilen.

Damit gefährliche Situationen in der Pflege zu Hause künftig noch besser vermieden werden können, ist es evident, dass die Kommunikation wichtiger Informationen und die Koordination pflegerischer Aktivitäten zwischen den Akteuren der Behandlungsteams künftig deutlich besser und zeitgerechter erfolgen kann. Die interprofessionelle Teamarbeit erfordert neben bidirektionalen geschützten elektronischen Kanälen allenfalls auch gemeinsame geschützte Plattformen, und – situativ noch immer – eine gute telefonische Erreichbarkeit. Zudem ist es hilfreich und einer wertschätzenden sowie effizienten Zusammenarbeit dienlich, wenn Behandlungsteams gemeinsam festlegen, welche Regeln im Team gelten sollen. Damit diese umfassende und notwendige Koordinationsarbeit jedoch möglich wird, müssen die zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für alle Koordinationspartner/-innen stimmen.

### 11.6 Allgemeine Einschätzung der Koordination (Sicht Klient/-innen)

Mit den folgenden zwei Fragen wurden die Klient/-innen gebeten, die Koordination der Pflege / Betreuung zu beurteilen.

Das erste Item bezog sich darauf, ob die Fachpersonen Kenntnisse über Änderungen in der Behandlung hatten. Die grosse Mehrheit, 89.1 %, verneinte diese Frage, was bedeutet, dass die Fachpersonen stets Kenntnisse über Änderungen in der Behandlung hatten (siehe Abbildung 66).

Beim zweiten Item sollten die Klient/-innen eine allgemeine Einschätzung der Koordination abgeben (siehe Abbildung 67). Über 88 % der Befragten empfanden die Pflege / Betreuung in den letzten zwei Monaten „immer“ oder „meistens“ als gut koordiniert. Die Minderheit (4.5 %) der Befragten gab an, dass die Pflege / Betreuung „nie“ oder „selten“ gut koordiniert war.

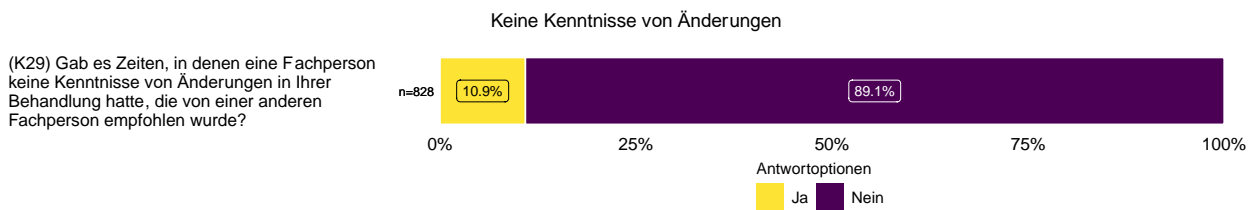


Abbildung 66: Keine Kenntnisse von Änderungen in der Behandlung (Sicht Klient/-innen)

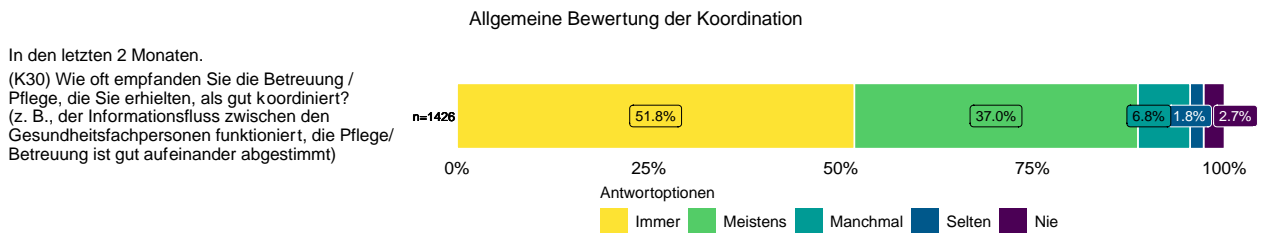


Abbildung 67: Allgemeine Bewertung der Koordination (Sicht Klient/-innen)

### 11.7 Allgemeine Einschätzung der Koordination (Sicht Angehörige)

Die Angehörigensicht auf die allgemeine Koordination wurde mit zwei Items erhoben. Einerseits wurden die Angehörigen, gleich wie die Klient/-innen, gebeten, eine allgemeine Einschätzung der Koordination abzugeben (siehe Abbildung 68), und andererseits auf einer Skala von 0 bis 10 anzugeben, wie aufwändig sie die Koordination mit allen involvierten Gesundheitsfachpersonen empfinden (keine Abbildung).

Die Resultate sehen ähnlich aus wie bei den Klient/-innen – über 85 % der Angehörigen beurteilten die Pflege / Betreuung in den letzten zwei Monaten als „immer“ oder „meistens“ gut koordiniert. Eine Minderheit (6.2 %) der Befragten war gegenteiliger Meinung und beurteilte die Pflege / Betreuung als „nie“ oder „selten“ gut koordiniert.

Bei der Bewertung des Koordinationsaufwands durch die Angehörigen von 0 bis 10, wobei 0= „überhaupt nicht aufwändig“ und 10= „sehr aufwändig“ bedeutet, liegt der Median bei 4.0 [IQB 1.0-7.0].

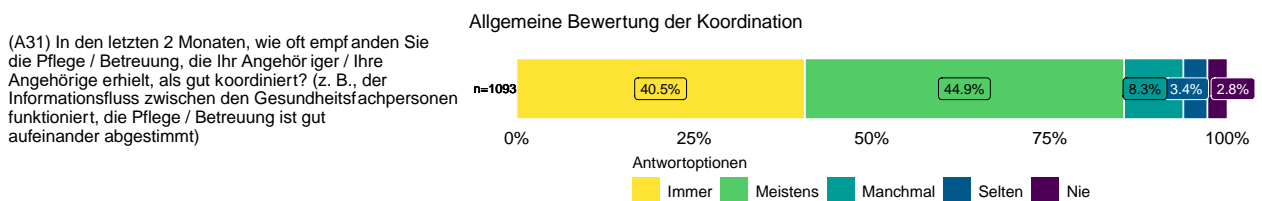


Abbildung 68: Allgemeine Bewertung der Koordination (Sicht Angehörigen)

## 11.8 Allgemeine Einschätzung der Koordination (Sicht Mitarbeitende)

Zu guter Letzt wurden auch die Spitex-Mitarbeitenden gebeten, die Koordination / Organisation der Pflege und Betreuung ihrer Spitex-Organisation einzuschätzen. Knapp ein Drittel der Mitarbeitenden schätzten die Koordination / Organisation als „sehr gut“ ein, nur 9.1 % erachteten die Koordination / Organisation der Pflege und Betreuung als „eher schlecht“ bis „sehr schlecht“ (siehe Abbildung 69).

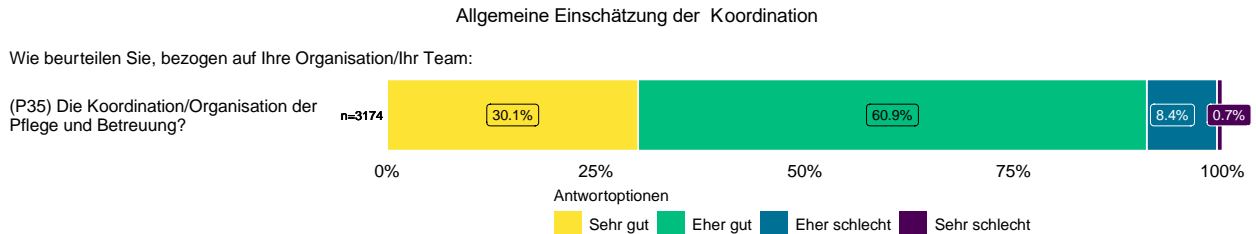


Abbildung 69: Allgemeine Einschätzung der Koordination (Sicht Mitarbeitende)

„Im Rahmen des Fachkräftemangels, insbesondere von diplomiertem Pflegefachpersonal und Hausarzt/-innen, sollten die Koordinationslücken angegangen und der Informationsfluss zwischen Spitex und Externen verbessert werden.“

### Prisca Stucki-Thür

Pflegefachfrau MScN

Selbstständig

Die Resultate zur Einschätzung der Koordination scheinen eindeutig, die Interpretation dieser Ergebnisse ist umso komplexer.

Die Klient/-innen erleben die Kenntnisse der Spitex zu Änderungen der Therapie mehrheitlich als gut oder meistens als gut (88.8 %) koordiniert. Auch die Angehörigen geben mehrheitlich an, die Pflege und Betreuung immer oder meistens als gut (85.4 %) zu erleben. Auch die Spitex schätzt ihre eigene Koordination als sehr gut oder eher gut (91 %) bzw. also nur mit 9.1 % als schlecht oder eher schlecht ein. In der Tendenz beurteilen Spitex-Mitarbeitende die Koordination der Pflege und Betreuung weniger kritisch als die Klient/-innen und Angehörigen. Insgesamt sind diese Resultate für die Spitex-Fachpersonen erfreulich.

Dieser positiven Einschätzung steht die Sicht der Mitarbeitenden der Spitex gegenüber, die z.B. angeben, die relevanten Informationen, die eigentlich durch eine Fachperson hätten weitergegeben werden sollen, sehr häufig oder häufig (36.1 %) nur von den Klient/-innen zu erhalten (Abbildung 62, Item P57). Oder es wird angegeben, dass sehr häufig oder häufig (17.7 %) keine Medikamentenlisten vorliegen (Abbildung 63, Item P61). Obwohl die Spitex nicht von Medikamentenmargen profitiert, kümmert sie sich um diese Aufgabe – und es gelingt ihr anscheinend, diesen Mangel koordinativ aufzufangen. Sie nimmt eine Scharnierfunktion zwischen dem verordnenden Arzt bzw. der Ärztin und den Klient/-innen wahr und trägt somit zur Sicherheit der Klient/-innen bei. Durch fehlende Informationen seitens externer Fachpersonen resultiert ein aufwändigeres pflegerisches Assessment und Informationen müssen extern aktiv eingeholt werden. Den Spitex-Fachpersonen fällt somit eine Informations-Holschuld gegenüber Externen zu, anstatt dass nötige Informationen automatisch eintreffen. Durch diese Kompensation fehlender Informationen fallen vermehrt koordinative Leistungen an und vermutlich damit verbundene Kosten, die hätten vermieden werden können. Gleichzeitig erhöht sich der Zeitdruck für Pflegefachpersonen, und es fehlt wertvolle Zeit für die Klient/-innen und für andere pflegerische Aufgaben.



Es kann vermutet werden, dass externe Fachpersonen häufig die relevanten Informationen für die Spitex nicht kennen oder sich der Konsequenzen fehlender und der Wichtigkeit zeitnaher Informationen nicht bewusst sind. Um Leerläufe zukünftig zu vermeiden, könnte es sinnvoll sein, Verantwortlichkeiten oder Prozesse interdisziplinär zu klären, da fehlende Informationen eine potenzielle Gefahr für die Klient/-innen darstellen. Im Rahmen des Fachkräftemangels, insbesondere von diplomiertem Pflegefachpersonal und Hausarzt/-innen, sollten die Koordinationslücken angegangen und der Informationsfluss zwischen Spitex und Externen verbessert werden.

Mit IT-Lösungen in der Schnittstelle zwischen Spitex und Externen könnte die Übermittlung relevanter zeitgerechter Informationen wie Medikamentenlisten, Diagnoselisten und ärztlichen Verordnungen zur Behandlungspflege nutzbringend automatisiert werden. Ansprechpersonen, sowohl innerhalb der Spitex wie auch bei Externen, sollten rasch erreichbar sein, damit der Informationsfluss gewährleistet ist. Die Qualitätssicherung in den Spitex-Organisationen sollte in Zukunft auf die effektive Abstimmung der Koordination intern und extern fokussieren und angepasste Massnahmen identifizieren und umsetzen.

## 12 Zusammenarbeit mit Angehörigen

Angehörige übernehmen zahlreiche Pflege- und Betreuungstätigkeiten, die für den Verbleib gebrechlicher älterer Menschen zu Hause entscheidend sind. Die Koordination zwischen Angehörigen und Spitex-Mitarbeitenden wird häufig durch Kommunikationsschwierigkeiten und zwischenmenschliche Spannungen erschwert [74, 75]. Diese Aspekte stehen im Mittelpunkt des Konzepts der Beziehungskoordination, das besagt, dass eine häufige und qualitativ hochwertige Kommunikation, die von einer Beziehung mit gemeinsamen Zielen, gemeinsamem Wissen und gegenseitigem Respekt getragen wird, es Organisationen ermöglicht, ihre Ziele besser zu erreichen [76]. In diesem Kapitel wird die Sicht der Mitarbeitenden und der Angehörigen zur Zusammenarbeit und Koordination behandelt.

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Zusammenarbeit mit Angehörigen

#### 12.1 Erlebte Zusammenarbeit und Koordination mit Angehörigen (Sicht Mitarbeitende)

Die Spitex-Mitarbeitenden wurden nach ihrer Einschätzung gefragt, bei wie vielen ihrer Klient/-innen eine Zusammenarbeit mit Angehörigen besteht. Mehr als die Hälfte (52.3 %) der Mitarbeitenden berichtete, dass bei 60-80 % ihrer aktuellen Klient/-innen eine Zusammenarbeit mit Angehörigen besteht (siehe Abbildung 70).

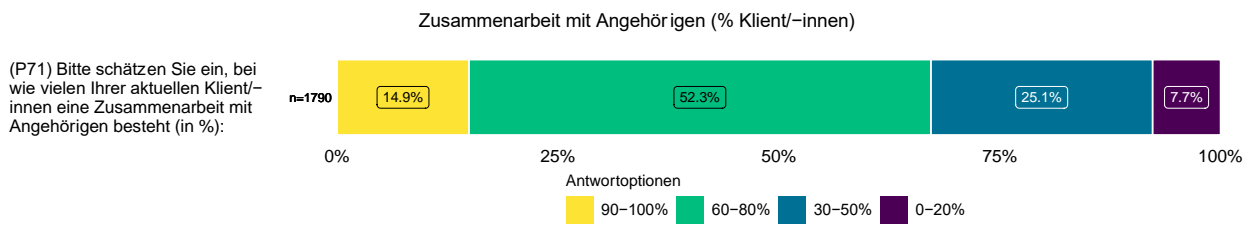


Abbildung 70: Zusammenarbeit mit Angehörigen (Anteil Klient/-innen) (Sicht Mitarbeitende)

Sieben Items des SPOT<sup>nat</sup> Fragebogens widerspiegeln dabei zwei Dimensionen der zwischenmenschlichen Koordination („Beziehungskoordination“) – die Qualität der Kommunikation und die Qualität der Beziehung aus der Sicht der Mitarbeitenden. Die ersten vier Items beziehen sich auf die Qualität der Kommunikation (Häufigkeit, Rechtzeitigkeit, Genauigkeit und Problemlösung). Höchster Wert zur Qualität der Kommunikation: 66.8 % der befragten Mitarbeitenden berichteten, dass die Angehörigen „ständig“ oder „oft“ mit ihnen zusammenarbeiten, wenn Probleme auftreten. Tiefster Wert in diesem Zusammenhang: 53.5 % der Spitex-Mitarbeitenden gaben an, dass Angehörige „ständig“ oder „oft“ genau / korrekt mit ihnen kommunizieren.

Die letzten drei Items betreffen die Qualität der Beziehung (gemeinsames Wissen, Wertschätzung und gemeinsame Ziele) mit den pflegenden / betreuenden Angehörigen. Die Wertschätzung ihrer Arbeit durch die Angehörigen erlebten 80.6 % der Mitarbeitenden „ständig“ oder „oft“. Fast zwei Drittel (62.5 %) der befragten Mitarbeitenden berichteten, dass die pflegenden / betreuenden Angehörigen „ständig“ oder „oft“ ihre Ziele für die Versorgung der Klient/-innen mit dem Spitex-Personal teilen (siehe Abbildung 71).

Koordination mit pflegenden/betreuenden Angehörigen

Beurteilen Sie die nächsten Fragen im Hinblick auf Ihre Zusammenarbeit mit den pflegenden/betreuenden Angehörigen Ihrer Spitex-Klient/-innen.

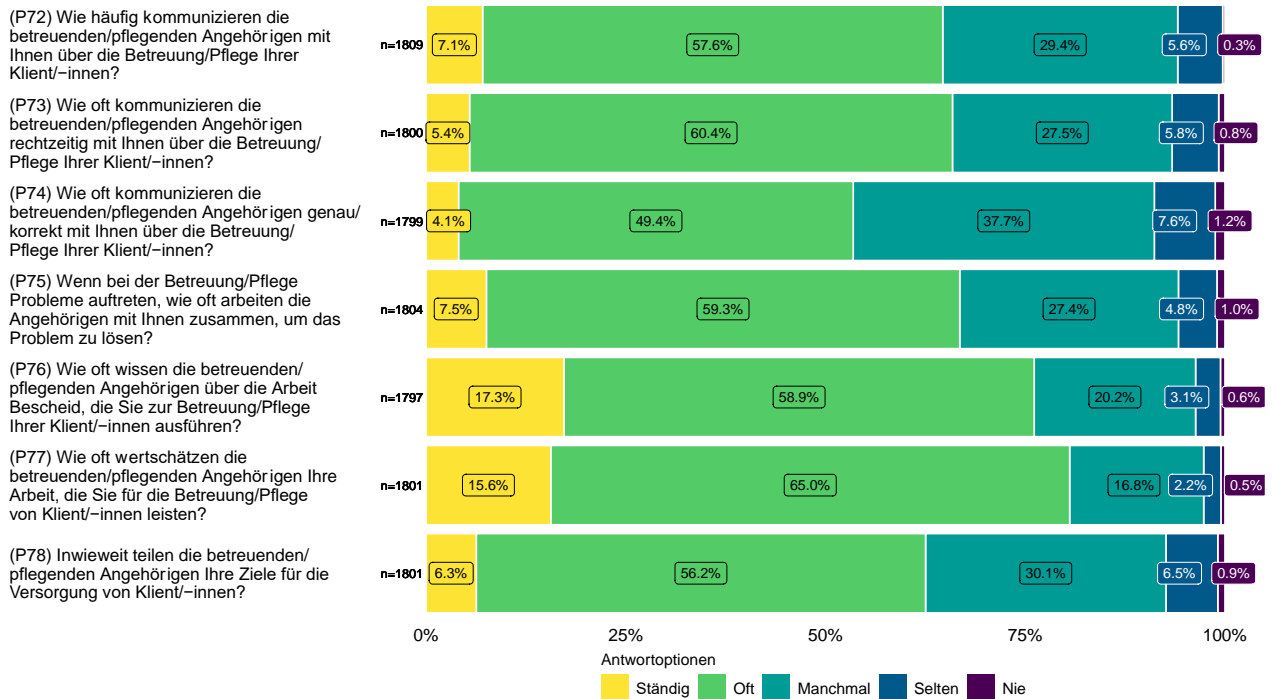
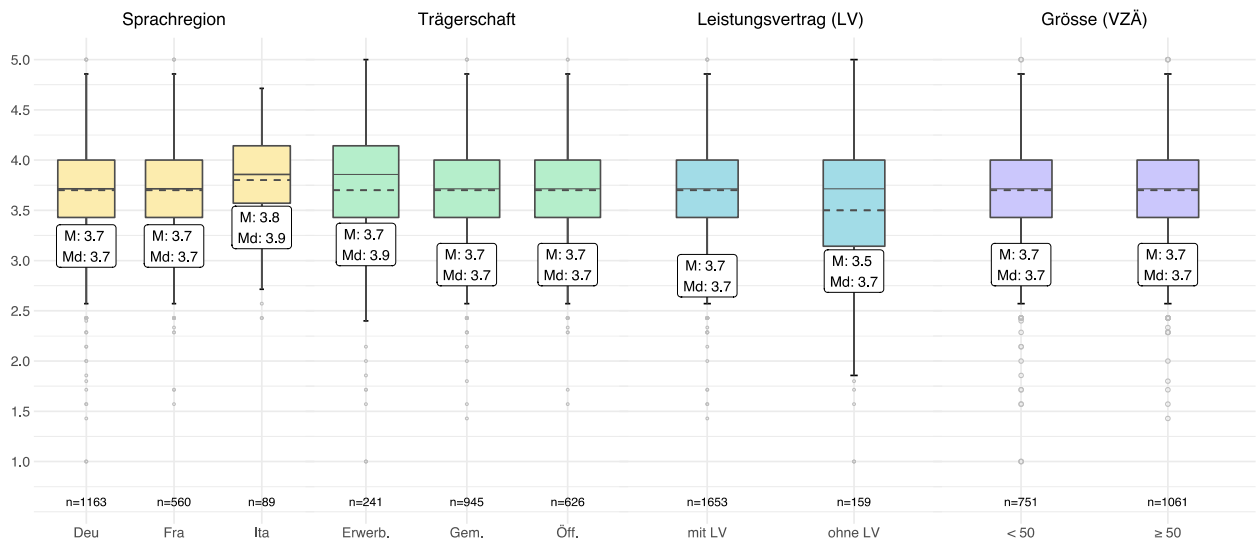


Abbildung 71: Zwischenmenschliche Koordination mit pflegenden / betreuenden Angehörigen (Sicht Mitarbeitende)

Aus den sieben obenstehenden Items (Abbildung 71) kann die Skala *Relational Coordination Scale* [76] gebildet werden. Diese Skala misst die zwischenmenschliche Koordination (*relational coordination*) als ein sich gegenseitig verstärkender Prozess der Interaktion zwischen Kommunikation und Beziehungen, der zum Zweck der Aufgabenintegration durchgeführt wird [76]. Als Skalenwert wird der Mittelwert über die sieben Items berechnet (von den Antwortoptionen 1= „nie“ bis 5= „ständig“), wobei höhere Werte einer besseren zwischenmenschlichen Koordination entsprechen. Weiterführende Informationen zur Skala sind im Appendix (Skalen – [Zwischenmenschliche Koordination](#)) verfügbar.

Wenn man die Ergebnisse innerhalb der Gruppen vergleicht, zeigt sich ein leicht besseres Abschneiden auf der Skala in der italienischsprachigen Region (M 3.8) gegenüber der deutschsprachigen (M 3.7) und in den Spitex-Organisationen mit Leistungsvertrag (M 3.7) gegenüber denjenigen ohne Leistungsvertrag (M 3.5) (siehe Abbildung 72).



Instrument: *Relational Coordination Scale* [76]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat-erwerb/wirtschaftliche, Gem. = Privat-gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ, ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 72: Skala zwischenmenschliche Koordination mit Angehörigen (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende)

Die Skala *Relational Coordination Scale* (Zwischenmenschliche Koordination) [76] weist – aus der Sicht aller Spitex-Mitarbeitenden – einen Median auf von 3.7 [IQB 3.4-4.0] sowie einen Mittelwert von 3.7 (SD 0.5).

## 12.2 Erlebte Koordination mit der Bezugsperson (Sicht Angehörige)

Mehr als zwei Drittel (71.6 %) der befragten Angehörigen gaben an, eine Ansprech- bzw. Bezugsperson bei der Spitex zu haben, mit der sie Fragen oder Anliegen rund um die Pflege / Betreuung ihrer Angehörigen besprechen können (siehe Abbildung 73).

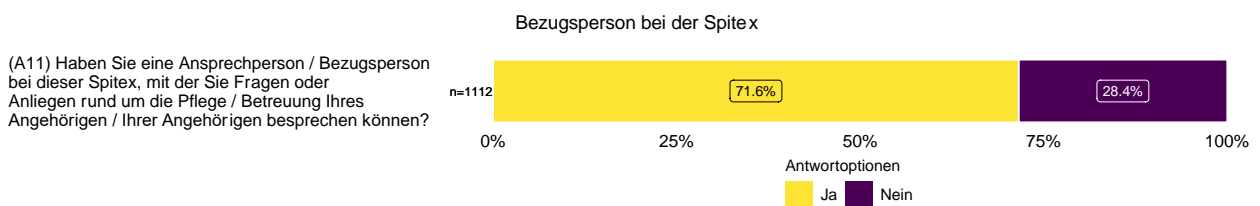


Abbildung 73: Bezugsperson bei der Spitex (Sicht Angehörige)

Die Angehörigen, die eine Ansprech- bzw. Bezugsperson bei der Spitex hatten, wurden ebenfalls zu den zwei Dimensionen der zwischenmenschlichen Koordination (Qualität der Kommunikation und Qualität der Beziehung) befragt. Analog zu den Mitarbeitenden wiesen auch die Angehörigen der Problemlösung die höchsten Werte für Häufigkeit zu (66.2 % „ständig“ und „oft“). Laut fast zwei Dritteln der Angehörigen (63.4 %) kommunizierte die Bezugsperson jedoch nur „manchmal“, „selten“ oder „nie“ mit ihnen über die Pflege / Betreuung ihrer Angehörigen.

Im Bereich Qualität der Beziehung erlebten 63.2 % der Angehörigen „ständig“ oder „oft“ von der Bezugsperson eine Wertschätzung ihrer Arbeit. Die Mehrheit (70.5 %) der Angehörigen sagte, dass die Spitex-Bezugsperson „ständig“ oder „oft“ die Ziele für die Versorgung ihrer Angehörigen teilt (siehe Abbildung 74).

Koordination mit der Bezugsperson

Wir möchten gerne wissen, wie Sie die Koordination mit der Ansprech-/Bezugsperson dieser Spite x erleben.

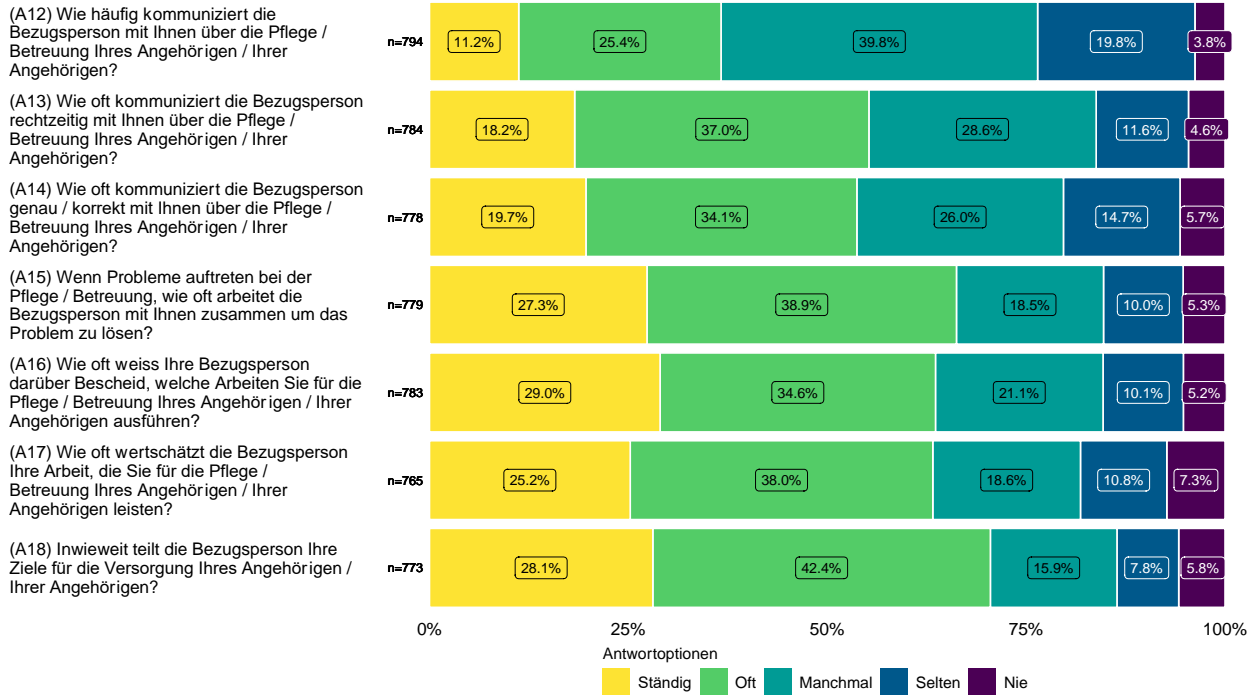
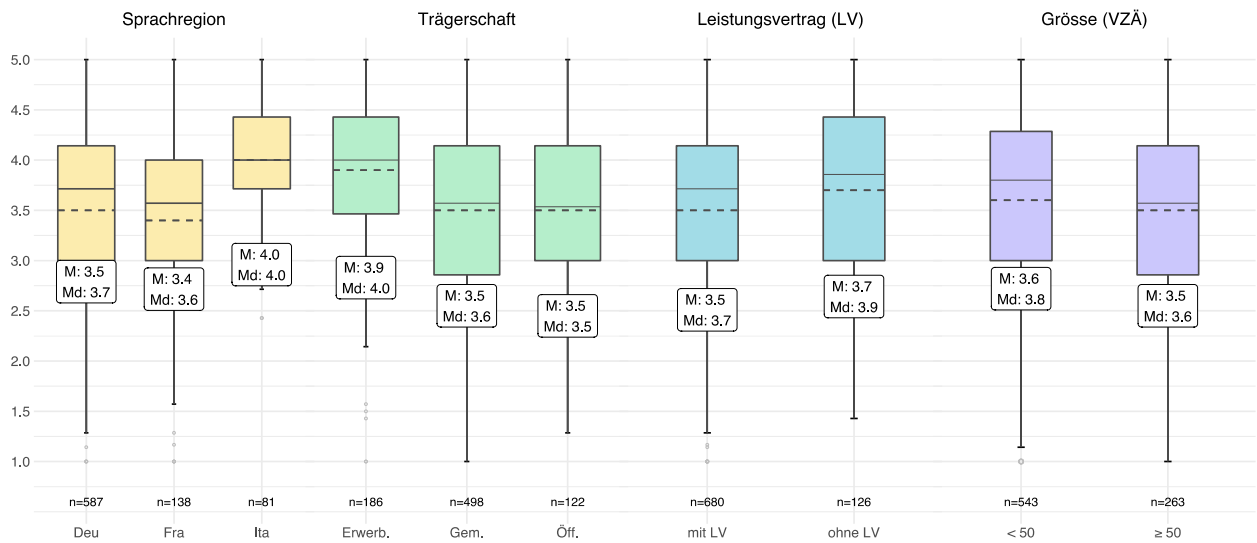


Abbildung 74: Zwischenmenschliche Koordination mit der Bezugsperson (Sicht Angehörige)

Analog zu oben (Kapitel 12.1) ist aus den sieben obenstehenden Items (Abbildung 74) die Skala *Relational Coordination Scale* [76] gebildet worden; vgl. weiterführende Informationen dazu im Appendix unter Skalen – [Relational Coordination](#).

Wenn man die Resultate nach Gruppen darstellt, sieht man, dass die italienischsprachige Region (M 4.0) gegenüber den anderen Sprachregionen (Deutsch M 3.5, Französisch M 3.4) auf der Skala deutlich höhere Werte erzielt (d.h. bessere zwischenmenschlichen Koordination). Dasselbe gilt für privat-erwerbswirtschaftliche Organisationen (M 3.9) gegenüber den öffentlich-rechtlichen (M 3.5) und privat-gemeinnützigen Organisationen (M 3.5) und für Organisationen ohne Leistungsvertrag (M 3.7) gegenüber Organisationen mit Leistungsvertrag (M 3.5) (siehe Abbildung 75).





Instrument: *Relational Coordination Scale* [76]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch, Fra = Französisch, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat-erwerb/wirtschaftliche, Gem. = Privat-gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ. ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 75: Skala zwischenmenschliche Koordination mit der Bezugsperson (Gruppenvergleiche) (Sicht Angehörige)

Auf der Basis aller Angaben von Angehörigen erzielt die Skala *Relational Coordination Scale* (Zwischenmenschliche Koordination) [76] bezogen auf die Spitex-Bezugspersonen einen Median von 3.7 [IQB 3.0-4.1] und einen Mittelwert von 3.6 (SD 0.9).

### 12.3 Erlebte Koordination mit dem Spitex-Personal (Sicht Angehörige)

Die sieben Items zur zwischenmenschlichen Koordination (Qualität der Kommunikation und Qualität der Beziehung) wurden den Angehörigen zusätzlich im Hinblick auf das gesamte Spitex-Personal vorgelegt (d. h. als ergänzender Aspekt zur Erhebung hinsichtlich Bezugspersonen unter 12.2).

56.8 % der befragten Angehörigen berichteten, dass Spitex-Personen „ständig“ oder „oft“ mit ihnen zusammenarbeiten, um aufgetretene Probleme zu lösen. 36.2 % der Angehörigen gaben an, dass Spitex-Mitarbeitende „ständig“ oder „oft“ mit ihnen über die Pflege / Betreuung ihrer Angehörigen kommunizieren.

Die letzten drei Items untersuchten die Qualität der Beziehung (gemeinsames Wissen, Wertschätzung und gemeinsame Ziele) mit dem gesamten Spitex-Personal. 57.9 % der befragten Angehörigen sagten, dass das Teilen von gemeinsamen Zielen für die Versorgung „ständig“ bzw. „oft“ der Fall ist. Eine tiefere Häufigkeit erreichte die Wertschätzung: 49.2 % der Angehörigen berichteten, dass die Arbeit, die sie für die Pflege / Betreuung ihrer Angehörigen leisten, von den Spitex-Personen „ständig“ oder „oft“ wertgeschätzt wird (siehe Abbildung 76).

Koordination mit allen Spitex-Personen

Wir möchten gerne wissen, wie Sie die Koordination mit allen Spitex-Personen dieser Spitex erleben.

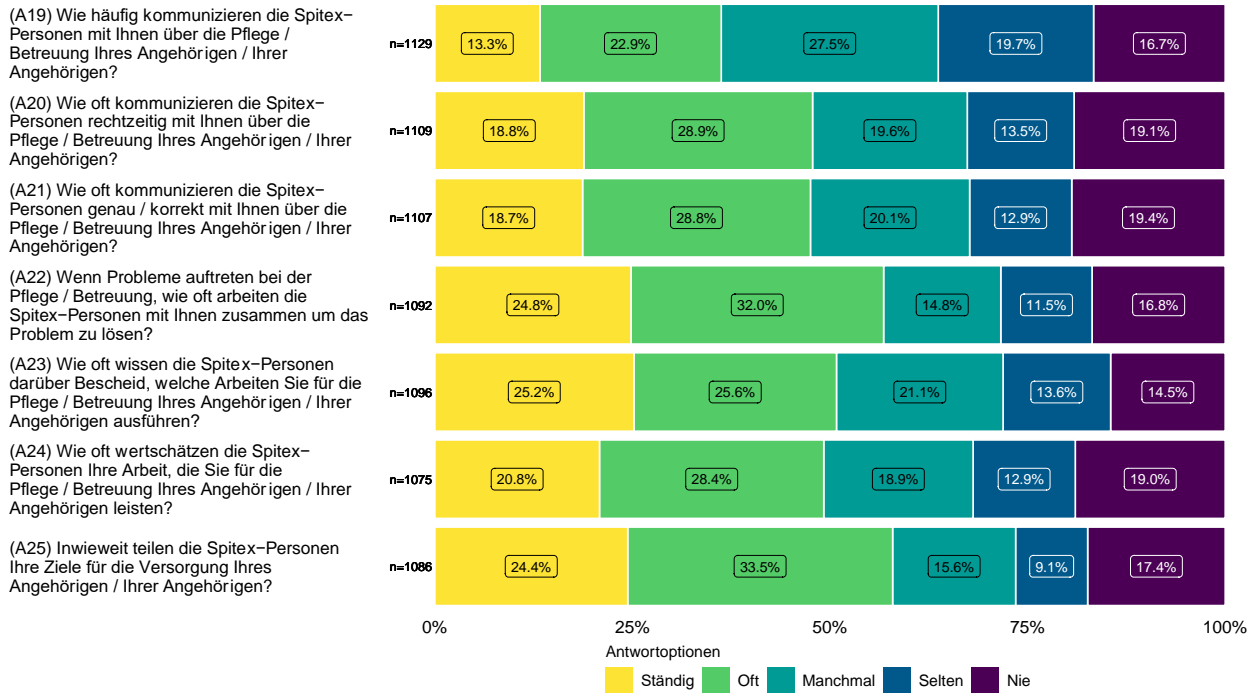
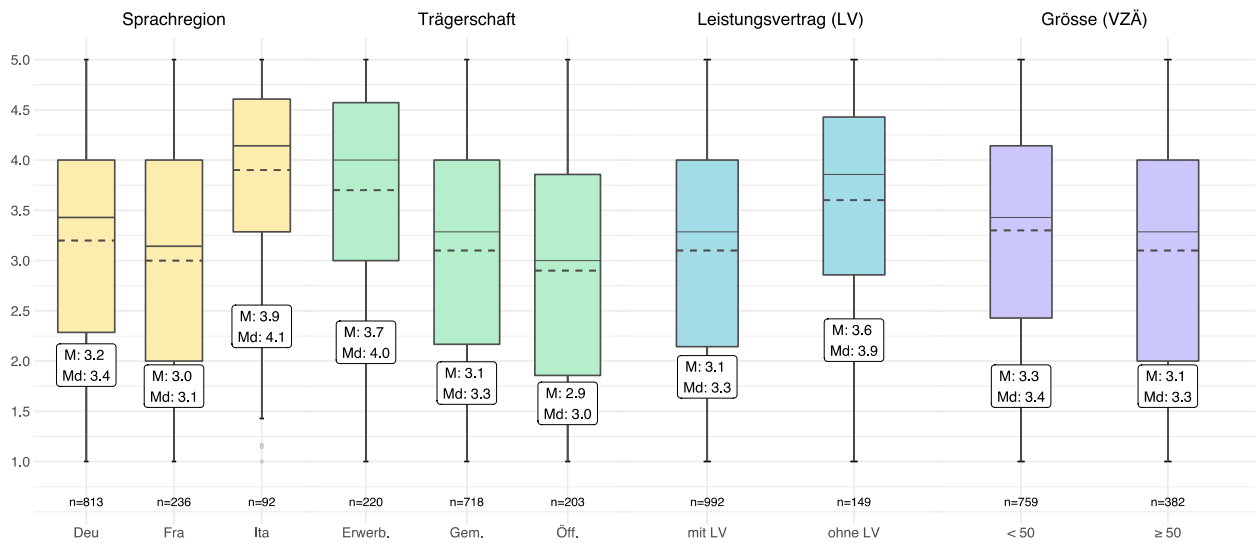


Abbildung 76: Zwischenmenschliche Koordination mit den Spitex-Personen (Sicht Angehörige)

Analog zu den Kapiteln 12.1 und 12.2 wird aus den sieben obenstehenden Items (Abbildung 76) die Skala *Relational Coordination Scale* [76] gebildet. Weiterführende Informationen zur Skala sind im Appendix (Skalen – [Relational Coordination](#)) verfügbar.

Bedeutende Unterschiede zeigen sich in den Gruppen Sprachregionen, Trägerschaft und Leistungsvertrag. So liegt der Wert für die italienischsprachige Region (M 3.9) deutlich höher als die Werte für die deutsch- (M 3.2) und die französischsprachige Region (M 3.0). Bei der Trägerschaft ergibt sich der tiefste Wert bei den öffentlich-rechtlichen Organisationen (M 2.9), gefolgt von den privat-gemeinnützigen Organisationen (M 3.1) und der höchste Wert für die privat-erwerbswirtschaftlichen Organisationen (M 3.7). Organisationen ohne Leistungsvertrag erzielen höhere Werte als die Organisationen mit Leistungsvertrag (M 3.6 und M 3.1 respektive).



Instrument: Skala *Relational Coordination Scale* [76]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat-erwerb/wirtschaftliche, Gem. = Privat-gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ, ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 77: Skala *Zwischenmenschliche Koordination* – *Spitex-Personen* (Gruppenvergleiche) (Sicht Angehörige)

Damit ergibt die Skala *Relational Coordination Scale* (*Zwischenmenschliche Koordination*) [76] aus der Sicht der teilnehmenden Angehörigen, bezogen auf alle Spitex-Personen, einen Median von 3.4 [IQB 2.3-4.2] und einen Mittelwert von 3.2 (SD 1.2).

## 12.4 Einbezug der Angehörigen in die Planung der Versorgung (Sicht Angehörige)

Fast die Hälfte (48.4 %) der befragten Angehörigen gab an, dass sie „ständig“ oder „oft“ in die Planung / Organisation der Versorgung ihrer Angehörigen einbezogen werden. Die Hälfte (50.5 %) von ihnen wünschte sich auch, „ständig“ oder „oft“ einbezogen zu werden, gefolgt von 26.2 %, die es bevorzugten, „manchmal“ einbezogen zu werden (siehe Abbildung 78).

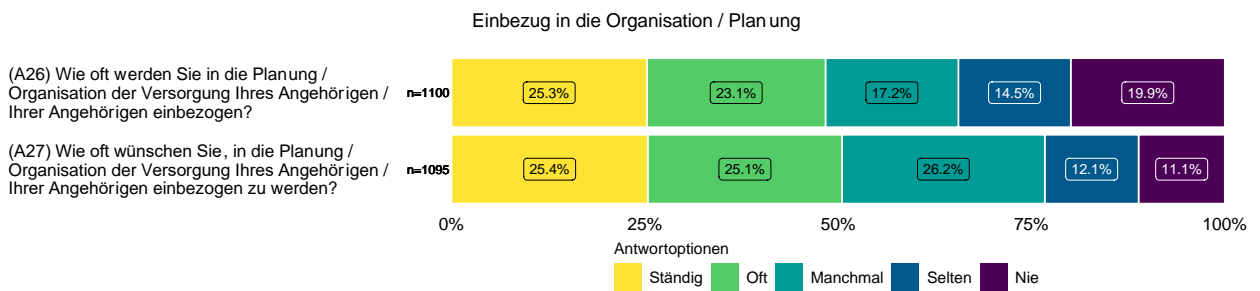


Abbildung 78: *Einbezug der Angehörigen in die Organisation / Planung der Versorgung* (Sicht Angehörige)

Wenn man vergleicht, wie fest dem Wunsch der Angehörigen bezüglich des Einbezugs entsprochen wurde, so gaben von derjenigen Hälfte, die sich wünschte, „ständig“ oder „oft“ in die Planung / Organisation der Versorgung ihrer Angehörigen einbezogen zu werden, 81.1 % an, „ständig“ oder „oft“ einbezogen zu sein. Von denen, die sich wünschten, „manchmal“ einbezogen zu werden, gaben 39.1 % an, „manchmal“ einbezogen zu sein. Von denen, die es bevorzugten, „selten“ einbezogen zu werden, gaben 41.5 % an, „selten“ einbezogen zu werden. Von denjenigen Angehörigen, die sich wünschten, „nie“ einbezogen zu werden, gaben 86.1 % an, „nie“ einbezogen zu werden (keine Abbildung).



„Die Zusammenarbeit mit Angehörigen ist für Spitex-Mitarbeitende Bestandteil ihres Arbeitsalltags und verdient insgesamt mehr Aufmerksamkeit – auch in der Ausbildung.“

### **Margrit Hilpertshouser**

Pflegeexpertin, MSc in Pflegewissenschaft

M Hilpertshouser GmbH

Die Zahlen belegen eindrücklich, dass die Zusammenarbeit mit Angehörigen einen grossen Anteil der täglichen Arbeit einer/s Spitex-Mitarbeitenden ausmacht (Abbildung 71).

Ich stelle fest, dass die Einschätzungen zur Kommunikation von Spitex-Mitarbeitenden und Angehörigen voneinander abweichen – und dennoch scheinen Spitex-Mitarbeitende wie Angehörige davon auszugehen, dass die Anderen Bescheid wissen über die Arbeit, die sie leisten, sowie über ihre Ziele und Anliegen (Abbildung 71, Abbildung 74). Hier zeigt sich die Wichtigkeit der Bezugspersonen. Sie sind im Gespräch mit Klient/-innen und Angehörigen und stellen die Koordination sicher. Das heisst, sie informieren über die eigene Arbeit und sie scheinen die Anliegen ihrer Klient/-innen und deren Angehörigen zu kennen (Abbildung 74 und Abbildung 76).

Die Koordination geht über das Organisieren hinaus, sie berücksichtigt Beziehungsarbeit, den Abgleich von Zielen und eine geteilte Entscheidungsfindung. Das deckt sich mit der Feststellung von Brügger et al. [77]: „Die Koordinationsaufgaben der Angehörigen umfassen zudem sehr viel mehr als das, was von Professionellen typischerweise unter Versorgungskoordination verstanden wird. Angehörige wollen einen Einbezug auf Augenhöhe und sie wollen die Koordinationsfunktion häufig nicht abgeben, denn sie erlaubt Kontrolle und gibt Sicherheit. Trotzdem wünschen sie sich eine Person, die aus dem Hintergrund beobachtet und bei Bedarf punktuell hilft.“ Diese Prozesse sind komplex. Sie erfordern von Bezugspersonen und allen Spitex-Mitarbeitenden Kompetenzen, die nicht von selbst entstehen.

Es bleiben Fragen offen: Was verstehen Spitex-Mitarbeitende unter „Angehörigen“? Wie und mit wem arbeiten sie zusammen? Wie sehen sie und ihre Vorgesetzten den Stellenwert von Bezugspersonen und „Koordination“? Welchen Anteil an Koordinationsleistungen können und sollen Spitex-Mitarbeitende übernehmen und wie werden sie finanziert? Und wie wird die Kompetenzentwicklung zu Kommunikation, Wertschätzung und Koordination systematisch ermöglicht?

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen ist für Spitex-Mitarbeitende Bestandteil ihres Arbeitsalltags. Diese Zusammenarbeit verdient insgesamt mehr Aufmerksamkeit, denn wenn sie nicht gelingt, führt dies zu Missverständnissen, die im besten Fall unangenehm sind, im schlimmsten Fall zu Fehleinschätzungen, Fehlern und häuslichen Krisensituationen führen können [78]. Spitex-Mitarbeitende erleben in der Zusammenarbeit mit Angehörigen Freude genauso wie Schwierigkeiten. Viele berichten von Situationen mit Drohungen und Beleidigungen durch Angehörige, was ihre Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen kann.

Mit den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen und der zunehmenden Personalknappheit wird die Zusammenarbeit mit Angehörigen an Bedeutung zunehmen. Die dafür nötigen Kompetenzen sollten in der Aus- und Weiterbildung aller Spitex-Mitarbeitenden vermehrt berücksichtigt werden. In der Praxis bieten z. B. die Ansätze der Familienzentrierten Pflege nach Calgary [79] einen Orientierungsrahmen für eine gelingende Zusammenarbeit mit Angehörigen.

### 13 Unterstützung durch die Angehörigen

Die Gesundheitsversorgung zu Hause wird oft bereits lange von den Angehörigen erbracht, bevor die Spitex dazu stösst, und wechselt danach nicht ausschliesslich zur Spitex. Die Zusammenarbeit von Spitex und Angehörigen nimmt daher im häuslichen Setting einen grossen Stellenwert ein. Laut Bundesamt für Statistik wurden 59 % der Klient/-innen – ergänzend zur Spitex – auch von einem oder mehreren Angehörigen unterstützt [80]. Die Angehörigen der älteren Menschen, die Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen, gaben an, dass sie durchschnittlich 65 Stunden pro Woche für die Betreuung ihres Partners bzw. ihre Partnerin aufwenden und dies im Durchschnitt seit sechs Jahren. Töchter und Söhne berichteten von 26 Stunden Betreuungszeit für ihre Mütter bzw. Väter, und dies im Durchschnitt seit fünf Jahren [8]. Im Vergleich zu betreuenden Angehörigen im Allgemeinen, die mehrheitlich 1 bis 10 Stunden pro Woche für die Betreuung einsetzen [81], wenden Partner/-innen und Kinder somit deutlich mehr Zeit auf für ihre Aufgabe als Betreuungsperson als andere Gruppen. In der SPOT<sup>nat</sup> Befragung haben die Klient/-innen angegeben, ob sie aus gesundheitlichen Gründen im letzten Jahr Hilfe von Angehörigen bekommen und in welchen Bereichen sie Hilfe erhalten haben und machen Angaben zur Frequenz und Intensität dieser Hilfe. Die Angehörigen sind ebenfalls zu Art, Dauer und Intensität der Unterstützung ihrer Angehörigen befragt worden. In diesem Kapitel beschreiben wir diese Umfrageergebnisse.

#### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Unterstützung durch die Angehörigen

##### 13.1 Unterstützung durch Familie, Freunde oder Bekannte (Sicht Klient/-innen)

Die grosse Mehrheit, d. h. 84.9 % der teilnehmenden Klient/-innen, gab an, in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen von ihrer Partnerin oder ihrem Partner, Kindern, Bekannten oder Nachbarn Hilfe erhalten zu haben, beispielsweise beim Einkaufen (siehe Abbildung 79).

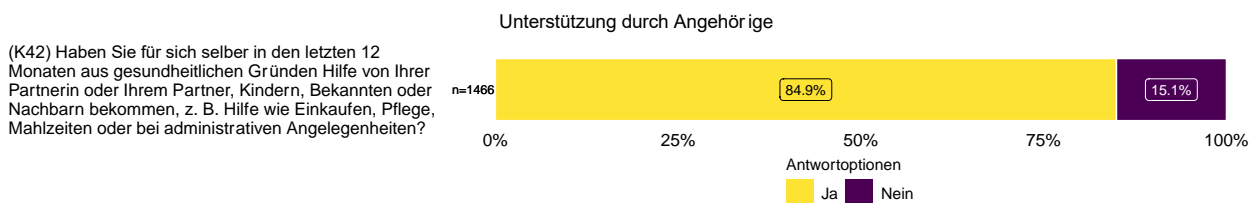


Abbildung 79: In den letzten 12 Monaten Unterstützung erhalten (Sicht Klient/-innen)

Die Hilfe durch die Angehörigen oder Bekannten war mehrheitlich „dauerhaft“ (77.7 %, siehe Abbildung 80) und „regelmässig“ (80.6 %, siehe Abbildung 81).

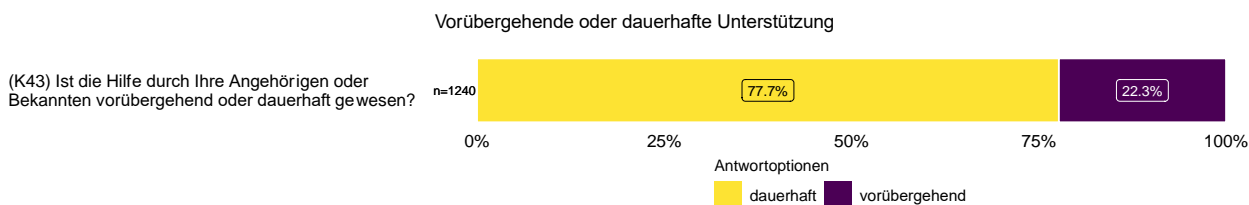


Abbildung 80: Vorübergehende oder dauerhafte Unterstützung (Sicht Klient/-innen)

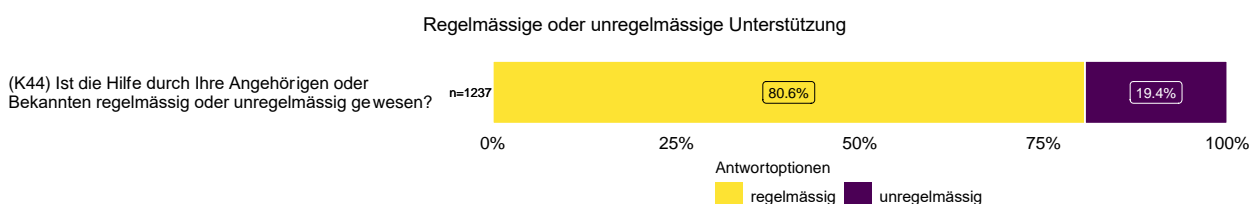


Abbildung 81: Regelmässige oder unregelmässige Unterstützung (Sicht Klient/-innen)

Die häufigsten Bereiche, in denen die Klient/-innen Unterstützung erhielten, waren: Einkaufen (81.0 %), Transporte (79.1 %) und administrative Angelegenheiten (70.2 %). Am seltensten wurden folgende Unterstützungsmassnahmen genannt: Betreuung anderer Familienmitglieder (2.8 %), Hilfe in anderen Bereichen (9.1 %) und finanzielle Hilfe (12.2 %) (siehe Abbildung 82).

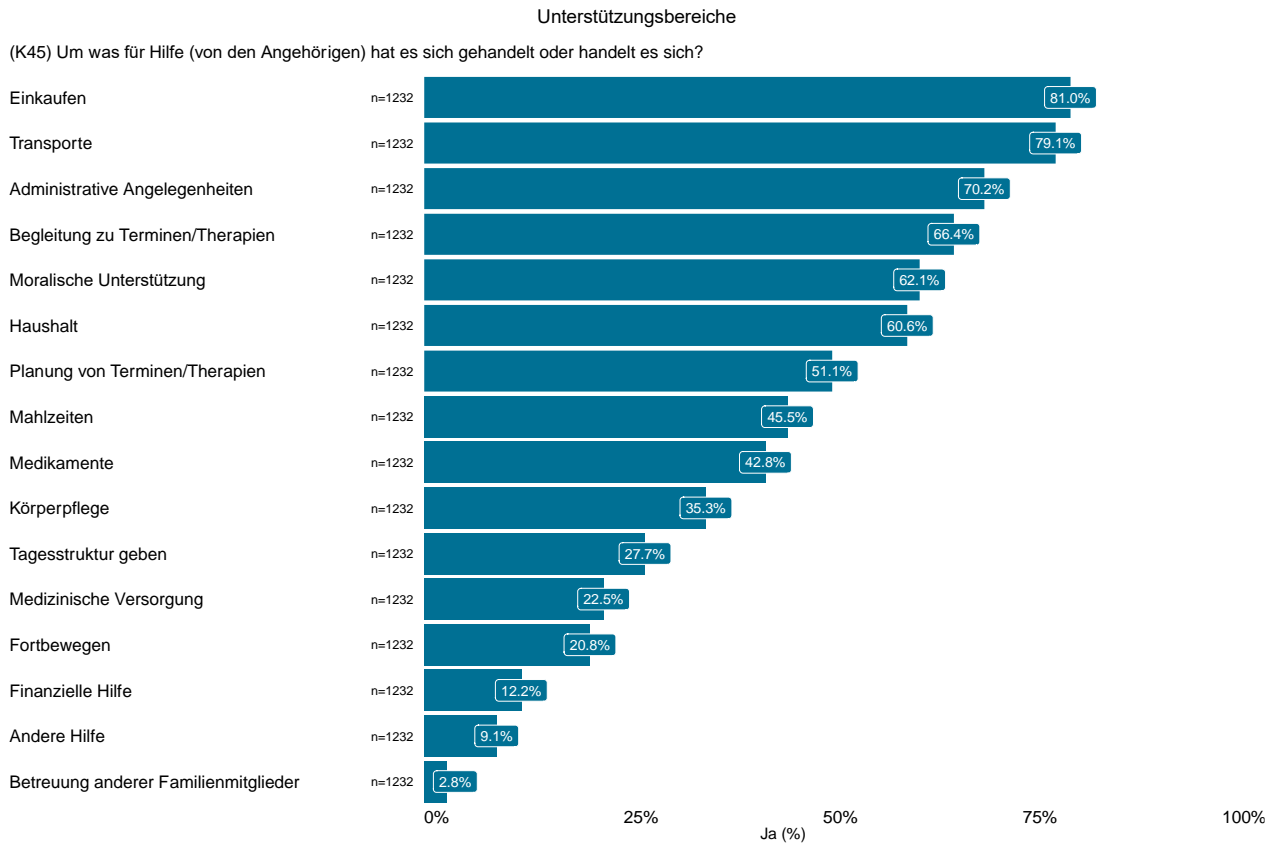


Abbildung 82: Unterstützungsbereiche (durch die Angehörige) (Sicht Klient/-innen)

Für die vorangegangenen sieben Tage gaben die Klient/-innen an, während sieben Stunden Hilfe von Angehörigen oder Bekannten erhalten zu haben (Md 7.0) [IQB 3.0-20.0].

### 13.2 Angaben zur Betreuung / Unterstützung durch die Angehörigen (Sicht Angehörige)

Die nächsten drei Items erfassten die Art der Unterstützung durch die Angehörigen sowie die Intensität der Unterstützung aus der Perspektive der Angehörigen. Diese unterstützen die Klient/-innen mit hoher Intensität bei den administrativen Angelegenheiten und bei den Transporten (Md 10.0), gefolgt von Begleitung zu Terminen oder Therapien und beim Einkaufen (Md 9.0). Die Bereiche, bei denen die Angehörigen angaben, weniger intensiv zu unterstützen, waren: beim sich Fortbewegen, Betreuung anderer Familienmitglieder und finanzielle Hilfe (Md 0.0) (siehe Abbildung 83).



Unterstützungsbereiche und -intensität durch die Angehörigen

(A1) Ich betreue/unterstütze meinen Angehörigen / meine Angehörige in folgenden Bereichen (0= keine bis 10= sehr viel Unterstützung):

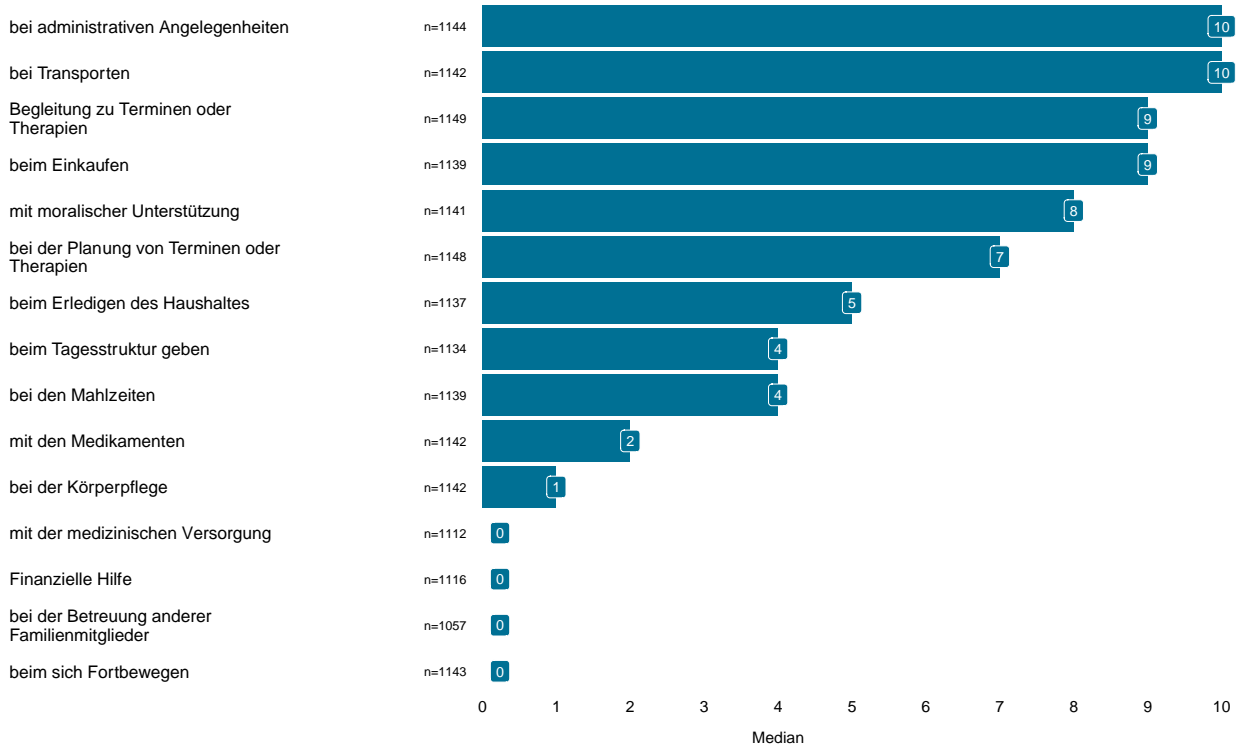


Abbildung 83: Unterstützungsbereiche und -intensität durch die Angehörigen (Sicht Angehörige)

Angehörige unterstützen die Klient/-innen am häufigsten seit „1 bis 4 Jahren“, gefolgt von „5 bis 10 Jahren“ (40.4 % und 36.3 % respektive) (siehe Abbildung 84). Bezüglich der Anzahl Stunden der Unterstützung gab fast ein Drittel der Angehörigen an, „ständig“ zu helfen (mit dem Klienten / der Klientin zu leben) und fast ein Viertel (24.0 %) berichtete davon, in den letzten sieben Tagen zwischen „1 und 4 Stunden“ unterstützt zu haben (siehe Abbildung 85).

Anzahl Jahre Unterstützung

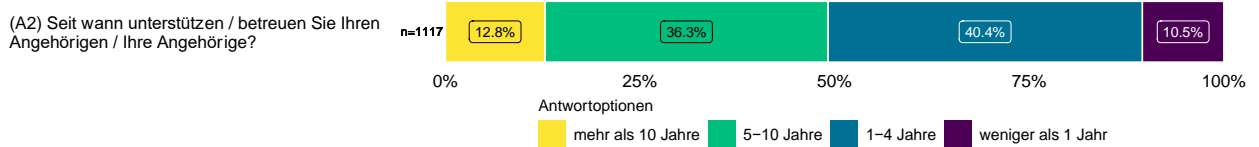


Abbildung 84: Anzahl Jahre Unterstützung durch Angehörige (Sicht Angehörige)

Anzahl Stunden Unterstützung letzte sieben Tage

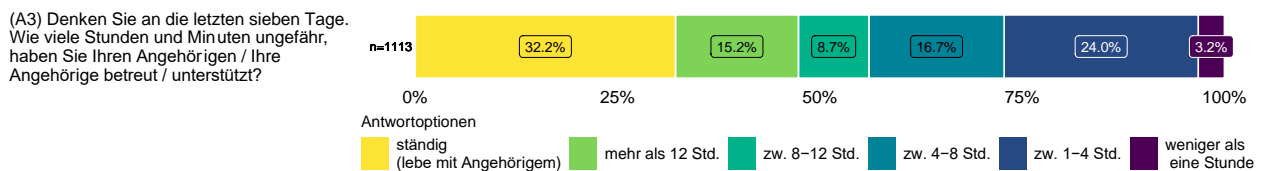


Abbildung 85: Anzahl Stunden Unterstützung durch Angehörige (Sicht Angehörige)



„Häufig sind es die Angehörigen, die den Alltag koordinieren. Sie sind oft die einzigen, die den Gesamtüberblick über die zu koordinierenden Akteure und Aktivitäten haben.“

**Prof. Dr. Sandrine Pihet**

Professorin FH

Fachhochschule HES-SO Freiburg

Die Ergebnisse zeigen, dass die Angehörigen sowohl nach ihrer eigenen Wahrnehmung als auch nach Einschätzung der betreuten Personen in vielen unterschiedlichen Bereichen Hilfe leisten. Im Gegensatz dazu steht die Unterstützung durch Spitex-Mitarbeitende, die in einer begrenzten Anzahl von Bereichen tätig sind. Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass Angehörige und Fachpersonen unterschiedliche Vorstellungen von Koordination haben, wie eine aktuelle Studie gezeigt hat [77]. Für die Fachpersonen findet die Koordination hauptsächlich innerhalb des Gesundheitssystems statt und betrifft vor allem den interprofessionellen Austausch (Angehörige werden dabei nicht zwingend einbezogen) sowie die Unterstützung der Angehörigen. Die Angehörigen haben eine umfassendere Vorstellung von Koordination und fühlen sich oft dafür verantwortlich, dass ein grosses System funktioniert, das aus Familie, Freunden, der Wohnumgebung, verschiedenen Organisationen im beruflichen, rechtlichen und spirituellen Bereich sowie dem Sozial- und Gesundheitsnetz besteht, das für die Angehörigen nur einen kleinen Teil des Systems ausmacht. Ausserdem sind es häufig die Angehörigen, die den Alltag koordinieren, um die Lebensqualität der verschiedenen beteiligten Personen zu gewährleisten. Sie fungieren somit als Drehscheibe zwischen vielen verschiedenen Bereichen und sind oft die einzigen, die den Gesamtüberblick über die zu koordinierenden Akteure und Aktivitäten haben.





## 14 Personalausstattung

Die Personalausstattung umfasst den zweckmässigen Einsatz von Gesundheitspersonal (im Rahmen des *Skill-Grade-Mix*), um eine qualitativ hochwertige und gleichzeitig wirtschaftliche Gesundheitsversorgung zu gewährleisten [21, 82]. Der *Skill-Grade-Mix* wird durch die Arbeitslast, die Finanzierung der Organisationen, die Verfügbarkeit des erforderlichen Personals sowie eine geeignete Personaleinteilung beeinflusst. Zum Beispiel führte eine plötzlich stark erhöhte Arbeitslast, etwa während der COVID-19-Pandemie, zu ausserordentlichen Personalengpässen [21]. Übergeordnet betrachtet, sollte das System imstande sein, die Gesundheitsversorgung der Klient/-innen abzudecken. Einschränkungen im System korrelieren mit problematischen Pflegeübergaben, fehlender Zeit für Gespräche, Edukation und Koordination der Pflege, Arbeitsunzufriedenheit und Burnout der Spitex-Mitarbeitenden sowie mit einer höheren Personalfluktuationsrate [29]. In den folgenden Unterkapiteln beschreiben wir den Personalbestand der teilnehmenden Spitex-Organisationen per Ende des Jahres 2020, die vorhandenen Ressourcen und die Personalausstattung, die Fluktuation im Jahr 2020, wie die Betriebsleitungen die Rekrutierungssituation einschätzen und die vorhandenen bzw. besetzten Ausbildungsplätze.

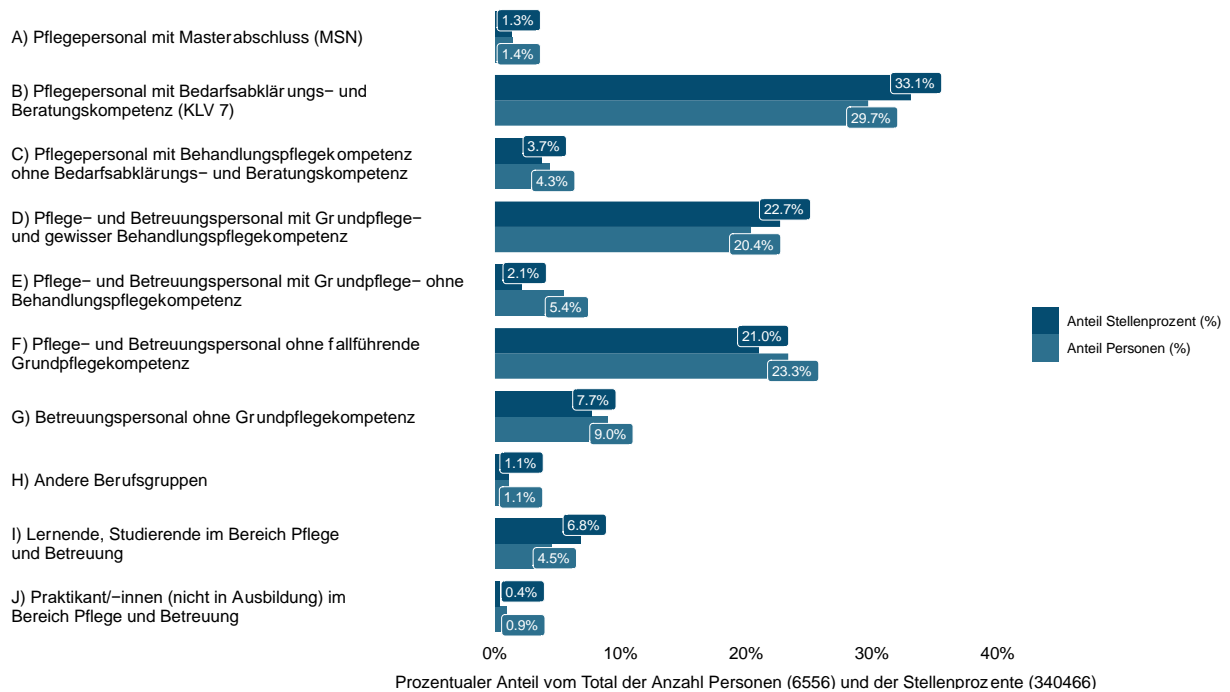
### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Personalausstattung

#### 14.1 Gesamter Personalbestand im 2020 (Sicht Betriebsleitungen)

Die Betriebsleitungen wurden gefragt, wie der gesamte Personalbestand im Bereich Pflege und Betreuung per Ende des Jahres 2020 aussah. Dafür wurde die Anzahl Personen und Stellenprozente pro Berufsgruppe angegeben. Es zeigt sich, unter Berücksichtigung des gesamten Pflege- und Betreuungspersonals in den teilnehmenden Organisationen, dass das Pflegepersonal mit Bedarfsabklärungs- und Beratungskompetenz (KLV 7) die grösste Berufsgruppe darstellte (29.7 % des gesamten Personalbestands und 33.1 % der gesamten Stellenprozente). Das Pflege- und Betreuungspersonal ohne fallführende Grundpflegekompetenz machte 23.3 % des gesamten Pflege- und Betreuungspersonals in den teilnehmenden Organisationen aus (siehe Abbildung 86).

Die teilnehmenden Spitex-Organisationen verfügten per Ende Jahr 2020 im Median über 25.0 Vollzeitstellen (VZÄ) [IQB 12.9-53.1].

(B33) Prozentualer Anteil über das gesamte Pflege- und Betreuungspersonal per Ende des Jahres 2020



B = z. B. DN II, dipl. Pflegefachfrau/-mann, Pflegefachfrau/-mann HF, FH; C = z. B. DN I, Pflegefachfrau/-mann mit weniger als zwei Jahren Berufserfahrung; D = z. B. Fachfrau/-mann Gesundheit, Fachfrau/-mann Hauswirtschaft; E = z. B. Betagtenbetreuer/-in, Fachangestellte/-r Betreuung, Altenpfleger/-in; F = z. B. Pflegeassistent/-in, Pflegehelfer/-in SRK, Haushelfer/-in mit SRK-Pflegehelfer-Kurs, Assistent/-in Gesundheit und Soziales; G = z. B. Haushaltshilfe, Haushelfer/-in ohne SRK Pflegehelfer-Kurs.

Abbildung 86: Pflege- und Betreuungspersonal per Ende des Jahres 2020 (Sicht Betriebsleitungen)

## 14.2 Ressourcen und Personalausstattung (Sicht Mitarbeitende)

Drei Items für die Mitarbeitenden thematisierten vorhandene Ressourcen und die Personalausstattung. Ein Fünftel der Mitarbeitenden (20.1 %) stimmte „voll und ganz“ zu, dass es genügend Zeit und Möglichkeiten gibt, um Pflegeprobleme mit anderen Mitarbeitenden zu besprechen. Über ein Drittel (38.3 %) stimmte dem „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zu. Das Vorhandensein von genügend fachlich kompetentem Personal, um eine gute Qualität zu gewährleisten, erzielte die höchste Zustimmung mit über einem Drittel der Befragten, die „voll und ganz“ zustimmten (37.2 %) und 46.2 % die „eher“ zustimmten. Jedoch war etwa ein Viertel (26.3 %) „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ damit einverstanden, dass es generell genügend Personal gibt, um die anfallende Arbeit zu erledigen (siehe Abbildung 87).

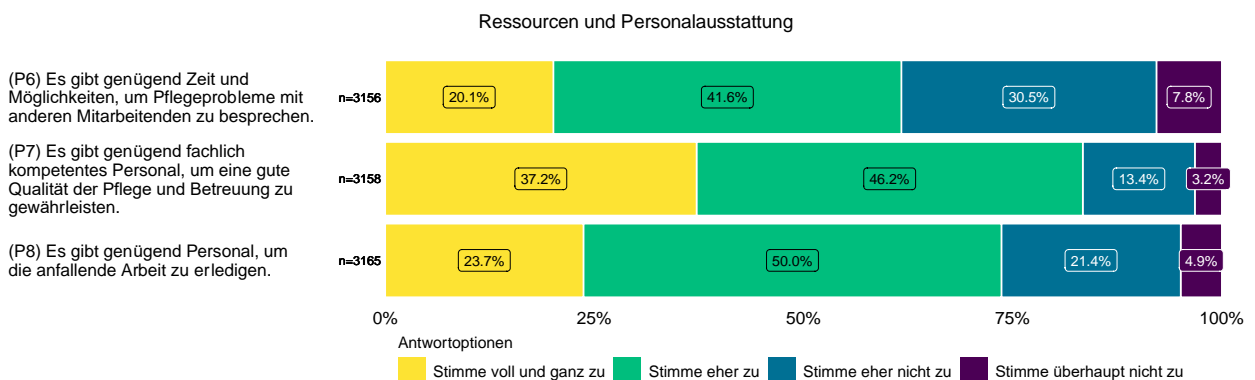
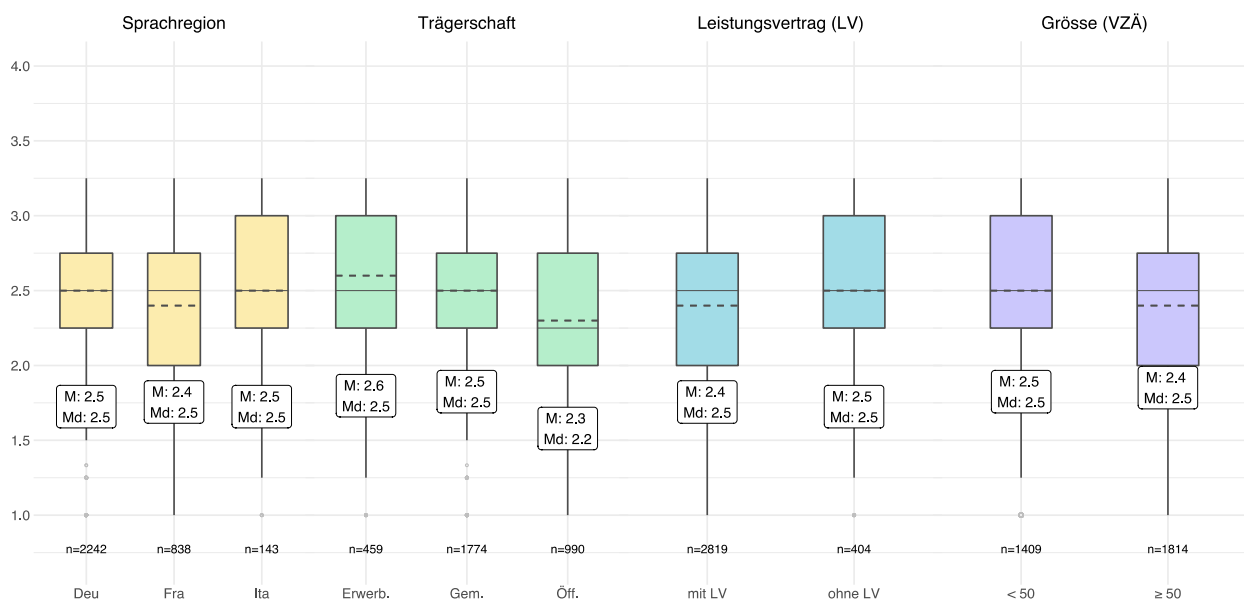


Abbildung 87: Ressourcen und Personalausstattung (Sicht Mitarbeitende)

Aus den drei obenstehenden Items (Abbildung 87) kann die Skala *Staffing Resource Adequacy* des Instruments *Practice Environment Scale – Nursing Work Index* (PES-NWI) [25] gebildet werden. Diese Skala misst die wahrgenommenen Ressourcen und die Personalausstattung. Als Skalenwert wird der Mittelwert über die drei Items berechnet (von den Antwortoptionen 1= „Stimme überhaupt nicht zu“ bis 4= „Stimme voll und ganz zu“), wobei ein Mittelwert von  $\geq 3$  einer Zustimmung entspricht. Je höher die Zustimmung, desto höher die wahrgenommenen Ressourcen und Personalausstattung. Weiterführende Informationen zur Skala finden sich im Appendix (Skalen – [Personalausstattung](#)).

Wenn wir die Wahrnehmung der einzelnen Spitex-Mitarbeitenden nach den vier Gruppen anordnen und in Abbildung 88 darstellen, zeigt sich erneut ein Unterschied in den Sprachregionen: Die Personalausstattung in der französischsprachigen Region (M 2.4) wird leicht tiefer eingeschätzt als in der italienischsprachigen (M 2.5). Unterschiede sind auch in der Trägerschaft erkennbar: Mitarbeitende in öffentlich-rechtlichen Organisationen bewerten die Personalausstattung tiefer (M 2.3) als die Mitarbeitenden in privat-gemeinnützigen (M 2.5) und privat-erwerbswirtschaftlichen Organisationen (M 2.6). In den Organisationen mit weniger als 50 VZÄ wird die Personalausstattung leicht besser beurteilt (M 2.5) als in den Organisationen mit 50 oder mehr VZÄ (M 2.4).



**Instrument:** *Practice Environment Scale – Nursing Work Index* (PES-NWI), Skala *Staffing Resource Adequacy* [25]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat-erwerbswirtschaftliche, Gem. = Privat-gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ, ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 88: Skala PES-NWI – Personalausstattung (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende)

Basierend auf allen Angaben der Spitex-Mitarbeitenden erzielt die Skala *Staffing Resource Adequacy* (Personalausstattung) [25] einen Median von 2.5 [IQB 2.3-2.8] und einen Mittelwert von 2.4 (SD 0.5). Der SPOT<sup>nat</sup> Mittelwert zum Thema Personalausstattung liegt tiefer als die vergleichbaren Ergebnisse der Pflegeheim-Studie SHURP 2018 [11] mit einem Mittelwert von 2.7 (SD 0.7) und der Spital-Studie MatchRN<sup>12</sup> 2018 mit 2.6 (SD 0.7).

<sup>12</sup> MatchRN Studie. <https://matchrn.nursing.unibas.ch>. Angaben aus MatchRN sind nicht publiziert und wurden für diesen Bericht berechnet.



### 14.3 Fluktuation im Jahr 2020 (Sicht Betriebsleitungen)

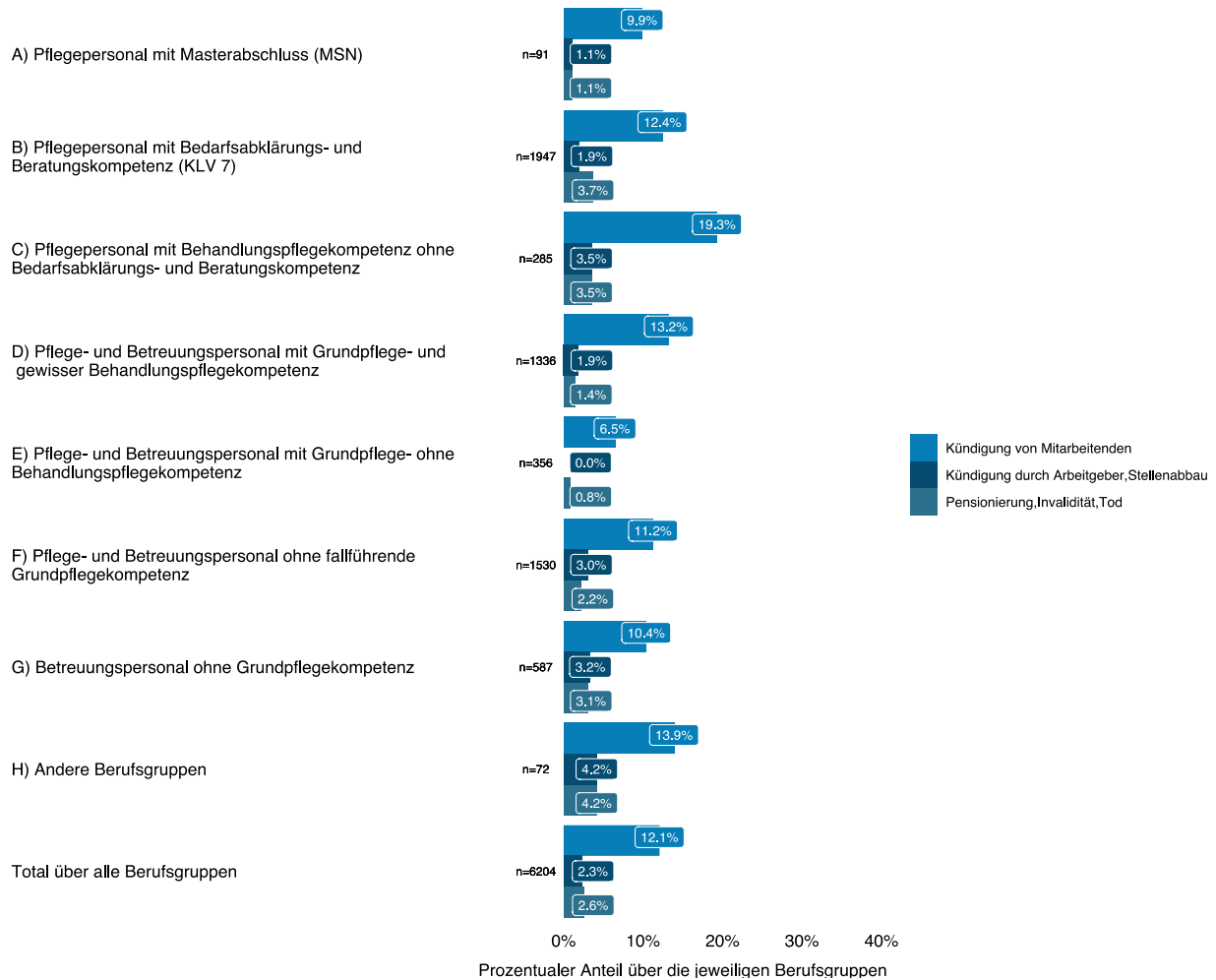
Vermehrte Personalfluktuationen führen zu höheren Kosten für den Rekrutierungs- und Einarbeitungsprozess von Spitex-Mitarbeitenden, zu veränderten Teamkonstellationen (Zusammenarbeit muss neu definiert und gepflegt werden) und zu Einbußen in der Pflegequalität [83]. Gründe, um den aktuellen Arbeitsort zu verlassen, können in individuelle und organisatorische Faktoren unterteilt werden. Individuelle Faktoren beinhalten neben Faktoren im privaten Umfeld (z. B. Umzug des Partners) eine hohe Arbeitslast, niedrige *Work-Life-Balance*, emotionale Erschöpfung und Depersonalisation (z. B. Abnahme der Empathie). Organisatorisch spielen schlechte Arbeitsbedingungen (z. B. eine angespannte Atmosphäre zwischen Arbeitskolleg/-innen), mangelnde Autonomie im Beruf, Unzufriedenheit mit dem Lohn, fehlende Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Weiterbildungsmöglichkeiten, erhöhter administrativer Aufwand oder die mangelnde Wertschätzung durch Führungskräfte eine Rolle [20].

#### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Fluktuation im Jahr 2020

Die Betriebsleitungen wurden gefragt, wie viele Mitarbeitende (in der Pflege und Betreuung) im Jahr 2020 ihre Spitex-Organisation verlassen hatten. Über den gesamten Spitex-Personalbestand gesehen verliessen 17.0 % Personen ihre Stelle in den Spitex-Organisationen. Davon hatten 12.1 % ihre Stelle gekündigt, 2.3 % waren durch den Arbeitgeber gekündigt worden und 2.6 % hatten die Organisation aufgrund von Pensionierung, Invalidität oder Tod verlassen.

Über die jeweiligen Berufsgruppen isoliert betrachtet, d.h. im Verhältnis zu den besetzten Stellen der jeweiligen Berufsgruppe Ende Jahr 2020, verliessen mit 19.3% die meisten Personen des Pflegepersonals mit Behandlungskompetenz ohne Bedarfsabklärungs- und Beratungskompetenz im Jahr 2020 ihre Stelle in den Spitex-Organisationen (siehe Abbildung 89).

(B37) Fluktuation pro Berufsgruppe und insgesamt im Jahr 2020 (Prozentualer Anteil)



B = z. B. DN II, dipl. Pflegefachfrau/-mann, Pflegefachfrau/-mann HF, FH; C = z. B. DN I, Pflegefachfrau/-mann mit weniger als zwei Jahren Berufserfahrung; D = z. B. Fachfrau/-mann Gesundheit, Fachfrau/-mann Hauswirtschaft; E = z. B. Betagtenbetreuer/-in, Fachangestellte/-r Betreuung, Altenpfleger/-in; F = z. B. Pflegeassistent/-in, Pflegehelfer/-in SRK, Haushelfer/-in mit SRK-Pflegehelfer-Kurs, Assistent/-in Gesundheit und Soziales; G = z. B. Haushaltshilfe, Haushelfer/-in ohne SRK Pflegehelfer-Kurs.

Abbildung 89: Fluktuation im Jahr 2020 über die jeweiligen Berufsgruppen - Prozentualer Anteil im Durchschnitt (Sicht Betriebsleitungen)

#### 14.4 Beurteilung der Rekrutierungssituation (Sicht Betriebsleitungen)

Die Betriebsleitungen wurden gefragt, wie sie die Rekrutierungssituation beim Pflege- und Betreuungspersonal aktuell einschätzen. Die Mehrheit (58.0 %) beurteilte die Rekrutierung von Pflegefachpersonal mit Diplom HF und FH als „sehr schwierig“. Mehr als ein Drittel hielt die Rekrutierung von Fachpersonen in Pflege oder Betreuung mit Fähigkeitszeugnis oder eidgenössischem Fähigkeitsausweis für „sehr schwierig“. Hingegen wurde die Rekrutierung von Assistenz- und Hilfspersonal von der Mehrheit (70.1 %) der Betriebsleitungen als „sehr leicht“ oder „eher leicht“ beurteilt (siehe Abbildung 90).

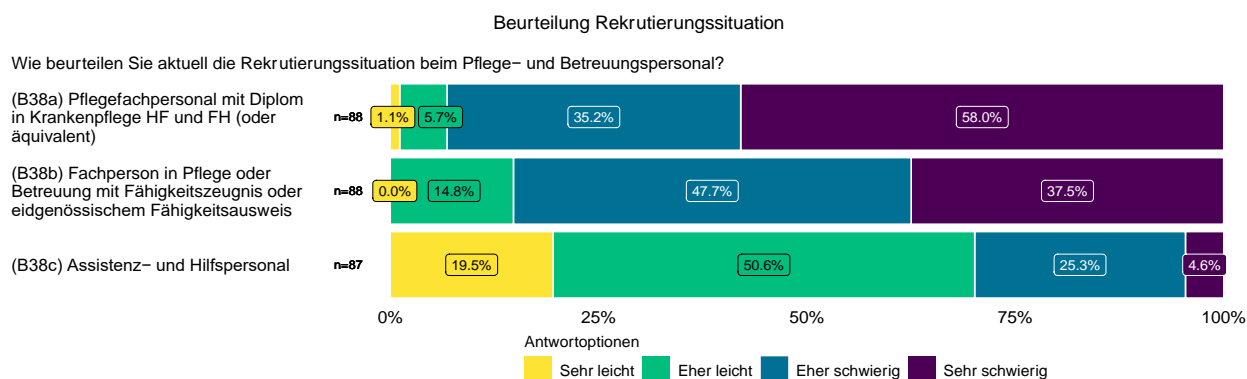


Abbildung 90: Beurteilung der Rekrutierungssituation (Sicht Betriebsleitungen)

„Gerade im Hinblick auf die Stärkung des häuslichen Bereichs – bzw. die Verschiebung von stationären zu ambulanten Versorgungsangeboten im Gesundheitswesen insgesamt – werden sich Fragen zur Personalstruktur und Personalrekrutierung verstärkt stellen.“

### Prof. Dr. Michael Simon

Associate Professor

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

Die vorliegenden Daten von SPOT<sup>nat</sup> bestätigen die typische Personalstruktur (siehe Kapitel 14.1) für Spitex-Organisationen in der Schweiz mit rund einem Drittel diplomierten Pflegefachpersonen (mit Bedarfsabklärungskompetenz), rund einem Viertel Fachangestellten Gesundheit (ohne Fallführungs-kompetenz) und weiterem Personal. Durch die Coronapandemie begünstigt und durch den demografischen Wandel auch in der Zukunft weiter zugespitzt, stellt sich für Spitex-Organisationen und die Gesundheitspolitik die Frage, ob und inwieweit diese Strukturen – d. h. die Personalanteile mit unterschiedlichen Ausbildungsniveaus – aufrechterhalten werden können. Insbesondere die in Kapitel 14.4 beschriebene Rekrutierungssituation zeigt die Dringlichkeit hinsichtlich des Personals auf: 93 % der Betriebsleitungen beurteilen die Rekrutierungssituation als eher schwierig bzw. sehr schwierig für diplomiertes Pflegefachpersonal und zu 84 % für Fachangestellte Gesundheit. Es gibt wenig Forschung zur Rekrutierung und dem Personalerhalt in der ambulanten Spitex-Versorgung. Eine Untersuchung in Grossbritannien konnte zeigen, dass höhere Löhne und eine höhere Prävalenz von Schulungen sowohl in Demenz als auch personenzentrierter Pflege positiv mit der Pflegequalität assoziiert waren, während eine hohe Personalfuktuation und offene Stellen einen negativen Zusammenhang hatten [84]. Die Personalfuktuation ist insgesamt im Vergleich zu anderen Branchen auf durchschnittlichem Niveau, wenn auch in der Gruppe Pflegefachfrau/-mann mit weniger als zwei Jahren Berufserfahrung mit immerhin 19.3% bemerkenswert [85]. Gerade im Hinblick auf die Stärkung des häuslichen Bereichs – bzw. die Verschiebung von stationären zu ambulanten Versorgungsangeboten im Gesundheitswesen insgesamt – werden sich Fragen zur Personalstruktur und Personalrekrutierung verstärkt stellen.

Aus der Perspektive der Pflegenden stimmen fast ein Viertel eher nicht bzw. überhaupt nicht zu, dass es genügend Personal gibt, um die anfallende Arbeit zu erledigen (siehe Kapitel 14.2). Das ist ein sicherlich zu hoher Anteil, allerdings schätzen umgekehrt 75 % der Befragten das Personal als ausreichend ein. Betrachtet man die entsprechend Skala des PES-NWI zur Ressourcenangemessenheit, liegen die Spitex-Organisationen auf etwas niedrigerem Niveau als Untersuchungen in Pflegeheimen oder Spitälern. Minimal deutlichere Unterschiede werden zwischen den erwerbswirtschaftlichen und privat-gemeinnützigen Spitex-Organisationen einerseits und den niedriger eingestuftten öffentlichen Trägern andererseits sichtbar.



Insgesamt sind die Unterschiede jedoch gering und bieten kaum Anlass zur Diskussion. Sowohl bei der Bewertung der Ressourcenangemessenheit und der Fluktuation handelt es sich um Variablen, die stark von den Organisationen beeinflusst werden. Dementsprechend lässt sich hier festhalten, dass in der Summe die teilnehmenden Spitex-Organisationen ihre Hausaufgaben gemacht haben. Auch wenn spitexspezifische Personalmassnahmen zur Rekrutierung und dem Erhalt wenig untersucht sind, ist davon auszugehen, dass ähnliche Aspekte wie in anderen Settings eine Rolle spielen: Führung und Unterstützung des Personals, berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten, Anerkennung des Berufsfelds, die Arbeitsumgebung sowie die Arbeitszeitplanung [86].



#### 14.5 Ausbildungsplätze (Sicht Betriebsleitungen)

Aus- und Weiterbildungsplätze in einer Institution sind elementar, um das Personal zu fördern und somit die Verweildauer im Beruf sowie in der Organisation zu begünstigen [20].

Die teilnehmenden Spitex-Organisationen boten im Jahr 2020 durchschnittlich 2.6 (SD 5.3) Ausbildungsplätze für Pflegepersonal mit höherer Fachschule (HF) oder höherer Ausbildung an, wovon durchschnittlich 2.4 (SD 4.9) dieser Plätze im gleichen Jahr auch besetzt waren.

Für Fachpersonen in Pflege oder Betreuung mit Fähigkeitszeugnis oder eidgenössischem Fähigkeitsausweis (z. B. FAGE) boten die Organisationen im Schnitt 3.1 (SD 3.8) Ausbildungsplätze an, davon waren durchschnittlich 2.9 (SD 3.6) besetzt.

Für Assistenz- und Hilfspersonal (z. B. Pflegehelfer/-in) hatten die Organisationen durchschnittlich 0.6 (SD 1.4) vorhandene und 0.5 (SD 1.2) besetzte Ausbildungsplätze (keine Abbildung).

„Die Attraktivität des Pflegeberufs (in der Akut- und Langzeitpflege) und das Image der Pflege sollten verbessert werden.“

##### **Nadia Zurbriggen**

Teamleiterin Pflege Standort Brig

SMZ Oberwallis

##### **Carmen Martig**

Strategische Bereichsleitung Gesundheit

SMZ Oberwallis Brig

Die vorliegenden Resultate zeigen auf, dass nicht alle angebotenen Ausbildungsplätze besetzt werden. Dies gilt sowohl für Stellen auf der sekundären und der tertiären Stufe als auch für Assistenz- und Hilfspersonal. Dies könnte so verstanden werden, dass das Interesse am Erlernen des Pflegeberufs tief ist. Die Attraktivität des Pflegeberufs könnte unter der COVID-19-Pandemie gelitten haben, während der die Pflegenden unter einer längeren und erhöhten Arbeitslast litten und weniger Austausch hatten.

Wenn die vorhandenen Ausbildungsplätze nicht besetzt werden können, fehlen künftig weitere Pflegenden, was den Pflegemangel vergrössert. Hilfreich ist die Möglichkeit einer Betriebsanstellung bei der Ausbildung in der Sekundär- und Tertiärstufe, was die Attraktivität einer Ausbildung im Pflegebereich steigert. Wichtig sind eine gute Ausbildungsqualität und die Information, in welchen Bereichen Ausbildungsplätze vorhanden sind, damit sollten die angebotenen Ausbildungsplätze besser besetzt werden können. Dementsprechend braucht es mehr Werbung und Öffentlichkeitsarbeit für die Ausbildungsplätze in der Pflege und auch Kurse für Quer- oder Wiedereinsteiger/-innen sollten gefördert werden.

Die Attraktivität des Pflegeberufs (in der Akut- und Langzeitpflege) und das Image der Pflege sollten verbessert werden. Dabei ist es von grosser Bedeutung, die positiven Seiten des Berufes – wie Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten, die verschiedenen Fachbereiche der Pflege, die Möglichkeit Teilzeitarbeit zu verrichten und die Vereinbarkeit zwischen Familie und Beruf – verstärkt aufzuzeigen. Des Weiteren sollte mehr auf die Burnout-Prävention geachtet werden und es braucht eine Förderung der Resilienz der Mitarbeitenden. Dazu gehört z. B. die Unterstützung in komplexen Pflegesituationen und Gefässe für die Psychohygiene für die Pflegenden, um langfristig gesund im Pflegeberuf arbeiten zu können.



## 15 Arbeitsplanung

Die Arbeitsplanung (wie z. B. das Pflegesystem, Tourenplanung, Schichtarbeit oder Überzeit) kann Einfluss auf die Pflegequalität und die Gesundheit der Mitarbeitenden haben. Die Dienstleistungen der Spitex sind oft zeitsensitiv (z. B. Bereitstellen und Verabreichen von Medikamenten), ausserdem sind sowohl personelle wie finanzielle Ressourcen limitiert, was die Planung der Einsätze erschweren kann [87]. Eine Studie aus Norwegen zeigte, dass die Fahrzeit (von einem / einer Klient/-in zum / zur anderen) zwischen 18 % und 26 % der Arbeitszeit ausmachte und dass in einem Drittel der Arbeitspläne zu viele Einsätze geplant waren. Dies resultierte darin, dass die Mitarbeitenden nicht genug Zeit hatten, um alle erforderlichen Aufgaben zu erledigen [88] – und somit Potenzial für Optimierungen besteht.

Bezüglich Pflegequalität zeigte eine systematische Literaturübersicht, dass z. B. Case Management als Pflegesystem eine effektive Strategie ist, um Spitalaufenthalte zu reduzieren [89]. Zum Thema Personal zeigt die Fachliteratur, dass in Berufen mit hohen Arbeitsanforderungen häufiger Überzeit geleistet wird [90] und diese mit der wahrgenommenen Arbeitsbelastung [91], arbeitsbedingten Verletzungen, Krankheiten [92] und Burnout [93] in Verbindung steht. Studien zeigen ebenfalls Zusammenhänge zwischen der Schichtarbeit und Personalergebnissen wie Unzufriedenheit am Arbeitsplatz [94, 95], Verschlechterung des Gesundheitszustandes [95, 96], höherer Burnout-Raten [97, 98] und der Absicht, die Organisation zu verlassen [99]. In diesem Kapitel beschreiben wir das Vorhandensein von Pflegesystemen wie Bezugspflege oder Case Management, das Vorhandensein und die Aufgaben der Fallverantwortlichen, die Planung der Touren hinsichtlich der Anzahl Einsätze, Mitarbeitende und Weg- bzw. Fahrzeiten sowie die Arbeitszeiten und geleistete Überzeit.

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Arbeitsplanung

#### 15.1 Bezugspersonensysteme (Sicht Betriebsleitungen)

Die Bezugspflege wird verstanden als Zuständigkeit einer bestimmten Pflegeperson für die gesamte Pflege / Betreuung von der Aufnahme bis zur Entlassung [100]. Zusätzlich kann die Pflegeperson auch, wenn immer möglich, die Pflege des Klienten / der Klientin selbst durchführen (dies gilt als Sonderform der Bezugspflege) [101].

Etwas mehr als ein Zehntel (11.4 %) der teilnehmenden Organisationen gab an, mit einer definierten Bezugspflegeperson zu arbeiten, die die gesamten pflegerischen Tätigkeiten von der Aufnahme bis zur Entlassung der Klient/-innen durchführt. Die überwiegende Mehrheit (86.4 %) verfügte über definierte Bezugspflegepersonen, die die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess tragen. „Andere Bezugspersonensysteme“ erwähnten rund 16 % der teilnehmenden Organisationen, wobei u. a. Fallverantwortung/-führung in komplexen Situationen oder eine kleine Gruppe von Bezugspflegerinnen genannt wurden (siehe Abbildung 91).

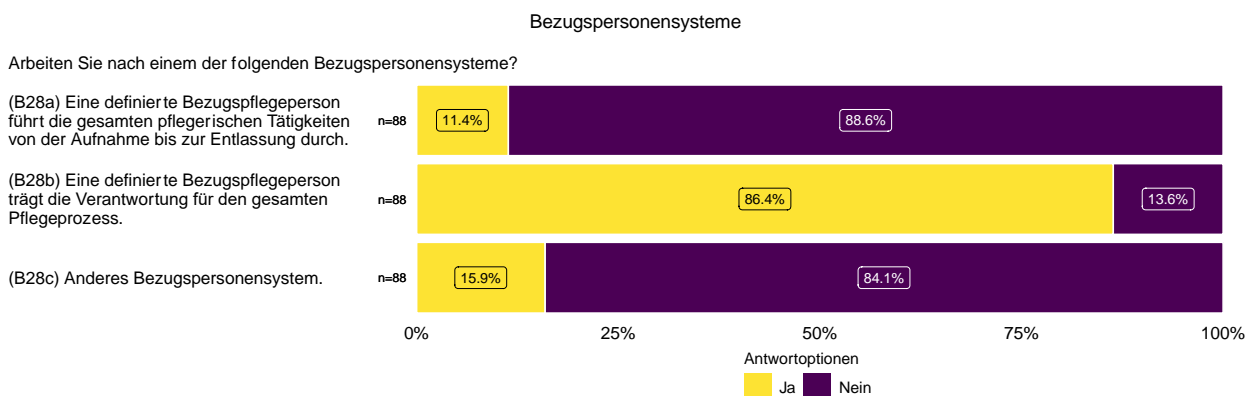


Abbildung 91: Vorhandene Bezugspersonensysteme (Sicht Betriebsleitungen)

Die Mehrheit (85.2 %) der teilnehmenden Organisationen gab an, mit Fallverantwortlichen zu arbeiten (siehe Abbildung 92).

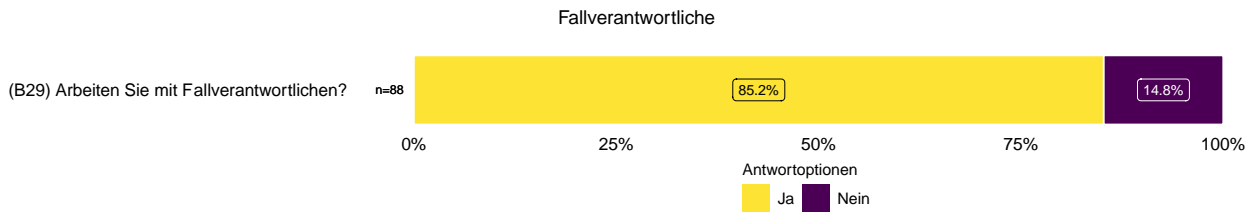


Abbildung 92: Arbeiten mit Fallverantwortlichen (Sicht Betriebsleitungen)

Gemäss den Angaben der Betriebsleitungen war eine fallverantwortliche Person, die 100 % arbeitet, im Durchschnitt für 23 Klient/-innen zuständig (Md 20.0 [IQB 13.0-30.0]).

Die Betriebsleitungen, die mit Fallverantwortlichen arbeiten, wurden gebeten, sämtliche Aufgaben der Fallverantwortlichen anzugeben. In fast allen Organisationen umfasste die Fallverantwortung u. a. die Steuerung des Pflegeprozesses (96.0 %), Ansprechperson für verschiedene Dienstleister, Klient/-innen und Angehörige zu sein (94.7 %), verschiedene Dienstleister zu koordinieren (92.0 %) oder Bedarfsabklärungen vorzunehmen (92.0 %) (siehe Abbildung 93). Als „andere“ Aufgaben wurden z. B. die Einführung neuer Mitarbeitenden oder das Führen von interdisziplinären Gesprächen genannt.

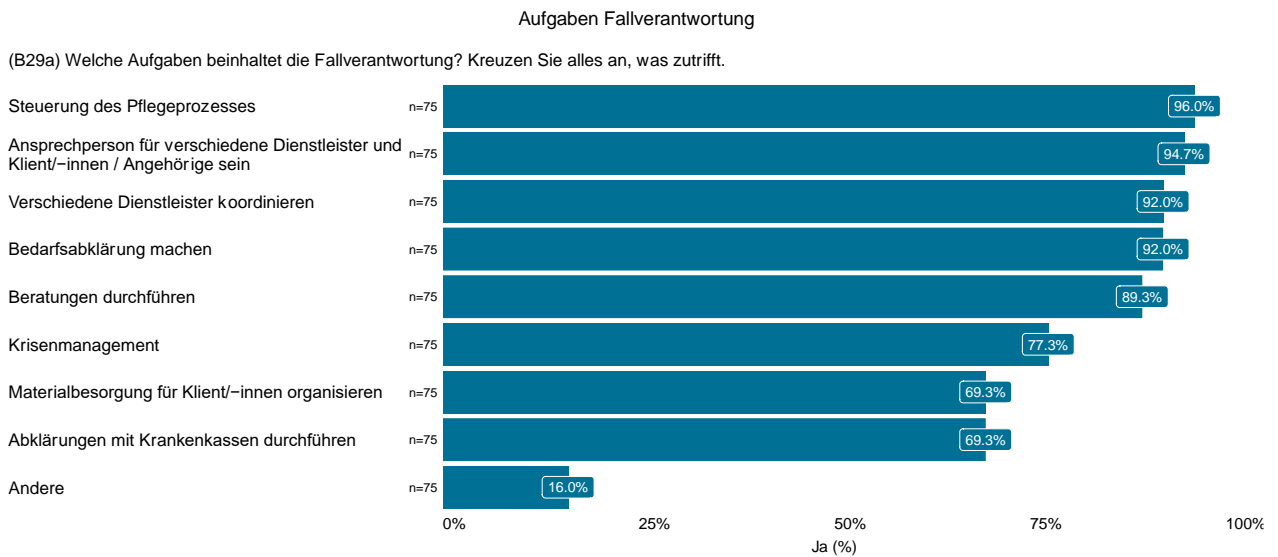


Abbildung 93: Aufgaben Fallverantwortung (Sicht Betriebsleitungen)

Die Mehrheit (80.7 %) der teilnehmenden Organisationen sagte, dass es in ihrer Organisation keine ausgebildeten Case Manager oder Care Manager gibt (siehe Abbildung 94).

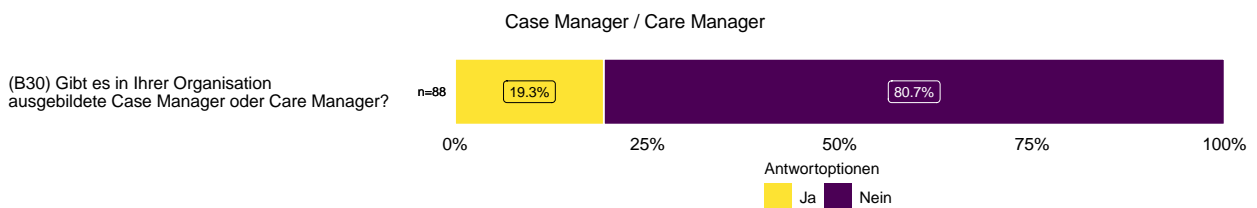


Abbildung 94: Case Manager / Care Manager (Sicht Betriebsleitungen)



## 15.2 Tourenplanung (Sicht Betriebsleitungen)

Die Betriebsleitungen wurden gebeten, die Tourenplanungen der letzten Woche (fünf Tage, von Montag bis Freitag) anzugeben, worauf wir in einem ersten Schritt den Durchschnitt über diese fünf Tage berechnet haben.

Die nachfolgenden Tabellen stellen jeweils den Median dieser durchschnittlichen Touren am Morgen und am Nachmittag / Abend über die Organisationen dar. Um ein realistischeres Abbild von den Organisationen zu gewährleisten, sind sie aufgeteilt in zwei Gruppen: einmal nach Grösse und einmal nach Trägerschaft.

Touren am Morgen	Organisationen mit < 50 VZÄ Median [IQB]	Organisationen mit ≥ 50 VZÄ Median [IQB]
Anzahl Touren	11.0 [6.5-17.2]	34.2 [26.0-75.0]
Anzahl Einsätze	45.4 [26.8-71.5]	186.3 [124.4-388.6]
Durchschnittliche Wegzeit zwischen den Einsätzen in Minuten	12.0 [7.0-25.9]	15.3 [6.1-42.9]
Anzahl Pflegefachpersonen HF (oder äquivalent oder höher)	2.6 [1.7-4.4]	15.7 [8.8-26.1]
Anzahl Personen aus sonstigen Berufsgruppen (die KLV- Leistungen abdecken)	5.6 [4.0-10.6]	21.3 [17.8-37.8]

IQB = Interquartilsbereich, VZÄ = Vollzeitäquivalente, HF = Höhere Fachhochschule, KLV = Krankenpflege-Leistungsverordnung

Tabelle 6: Touren am Morgen – Gruppirt nach Grösse der Organisation (Sicht Betriebsleitungen)

Touren am Morgen	Öffentlich-rechtlich	Privat-gemeinnützig	Privat- erwerbswirtschaftlich
Durchschnittliche Anzahl Einsätze pro Tour	Md 4.6 [IQB 4.0-5.5]	Md 5.2 [IQB 4.7-6.5]	Md 3.9 [IQB 2.1-5.5]
Durchschnittliche Wegzeit zwischen den Einsätzen in Minuten	Md 16.5 [IQB 6.0-44.6]	Md 10.0 [IQB 7.0-34.8]	Md 15.0 [IQB 9.4-31.4]
Verhältnis Anzahl Pflegefachpersonen HF (äquivalent oder höher) : Anzahl sonstige Berufsgruppen (die KLV- Leistungen abdecken)	6:10	5:10	4:10

Md = Median, IQB = Interquartilsbereich, KLV = Krankenpflege-Leistungsverordnung

Tabelle 7: Touren am Morgen – Gruppirt nach Trägerschaft (Sicht Betriebsleitungen)



Touren am Nachmittag / Abend	Organisationen mit < 50 VZÄ Median [IQB]	Organisationen mit ≥ 50 VZÄ Median [IQB]
Anzahl Touren	6.8 [4.1-10.7]	26.0 [19.6-42.4]
Anzahl Einsätze	25.5 [11.5-49.9]	118.3 [92.1-188.8]
Durchschnittliche Wegzeit zwischen den Einsätzen in Minuten	10.1 [6.5-20.0]	15.0 [7.4-36.2]
Anzahl Pflegefachpersonen HF (oder äquivalent oder höher)	2.0 [1.0-3.1]	10.1 [5.5-17.7]
Anzahl Personen aus sonstige Berufsgruppen (die KLV- Leistungen abdecken)	3.6 [2.0-6.4]	15.9 [10.6-27.6]

IQB = Interquartilsbereich, VZÄ = Vollzeitäquivalente, HF = Höhere Fachhochschule, KLV = Krankenpflege-Leistungsverordnung

Tabelle 8: Touren am Nachmittag / Abend – Gruppirt nach Grösse der Organisation (Sicht Betriebsleitungen)

Touren am Nachmittag / Abend	Öffentlich-rechtlich	Privat-gemeinnützig	Privat- erwerbswirtschaftlich
Durchschnittliche Anzahl Einsätze pro Tour	Md 3.7 [IQB 3.2-4.9]	Md 5.1 [IQB 3.9-6.0]	Md 3.6 [IQB 2.2-5.0]
Durchschnittliche Wegzeit zwischen den Einsätzen in Minuten	Md 11.0 [IQB 5.6-23.2]	Md 8.1 [IQB 6.0-22.5]	Md 15.0 [IQB 10.0-26.9]
Verhältnis Anzahl Pflegefachpersonen HF (äquivalent oder höher) : Anzahl sonstige Berufsgruppen (die KLV- Leistungen abdecken)	6:10	7:10	6:10

Md = Median, IQB = Interquartilsbereich, KLV = Krankenpflege-Leistungsverordnung

Tabelle 9: Touren am Nachmittag / Abend – Gruppirt nach Trägerschaft (Sicht Betriebsleitungen)

Die nachfolgenden Tabellen stellen jeweils die Mediane der durchschnittlichen Pflege-Stunden der letzten fünf Tage pro Tag dar (Krankenpflege-Leistungsverordnung), aufgeteilt nach Grösse und Trägerschaft der Organisationen.



Pflege-Stunden	Organisationen mit < 50 VZÄ	Organisationen mit ≥ 50 VZÄ
	Median [IQB]	Median [IQB]
Leistungen A (Abklärung, Beratung, Koordination) – in Stunden/Tag	2.6 [1.3-5.2]	17.6 [10.0-26.8]
Leistungen B (Untersuchung und Behandlung) – in Stunden/Tag	15.6 [6.8-23.0]	56.2 [45.7-118.5]
Leistungen C (Grundpflege) – in Stunden/Tag	22.0 [14.4-40.4]	88.1 [61.7-120.7]

VZÄ = Vollzeitäquivalente, IQB = Interquartilsbereich

Tabelle 10: Krankenpflege-Leistungsverordnung – Pflege-Stunden pro Tag – Gruppier nach Grösse der Organisation (Sicht Betriebsleitungen)

Die nachfolgende Tabelle stellt die prozentuale Aufteilung der Pflege-Stunden der Leistungskategorien A, B und C pro Tag dar.

Pflege-Stunden	Öffentlich-rechtlich	Privat-gemeinnützig	Privat-erwerbswirtschaftlich
	Leistungen A (Abklärung, Beratung, Koordination) – in Stunden/Tag	10.8 %	9.3 %
Leistungen B (Untersuchung und Behandlung) – in Stunden/Tag	37.2 %	37.3 %	25.2 %
Leistungen C (Grundpflege) – in Stunden/Tag	52.0 %	53.4 %	67.8 %

Tabelle 11: Krankenpflege-Leistungsverordnung – Prozentuale Aufteilung der Pflege-Stunden / Tag – Gruppier nach Trägerschaft (Sicht Betriebsleitungen)

Von den letzten 50 Einsätzen, welche die Spitex-Organisationen bei den Klient/-innen, die pflegerische Leistungen in Anspruch genommen haben, erbracht haben, sind im Median 17.0 Einsätze [IQB 10.0-25.0] von einer Pflegefachperson HF (oder äquivalent oder höher) durchgeführt worden.

### 15.3 Arbeitsgestaltung der letzten drei Arbeitstage (Sicht Mitarbeitende)

Die Spitex-Mitarbeitenden, die in der direkten Pflege und Betreuung arbeiten, wurden gebeten, die letzten drei Arbeitstage abzubilden.

Während der letzten drei Arbeitstage besuchten die Spitex-Personen tagsüber durchschnittlich ein Median von 6.0 Klient/-innen [IQB 5.0-9.0] auf einer Tour, am Abend war es ein Median von 7.0 Klient/-innen [IQB 4.0-9.0].

Die Arbeitszeit betrug über die letzten drei Tage im Median 7.8 Stunden [IQB 6.0-8.6] pro Tag. Dabei machte die Arbeitszeit der Mitarbeitenden im Stundenlohn im Median 5.9 Stunden [IQB 4.3-7.8] aus, die Mitarbeitenden im Monatslohn arbeiteten 8.0 Stunden [IQB 6.7-8.7]. Die totale Weg-/Fahrzeit von Klient/-in zu Klient/-in betrug im Median 55.0 Minuten [IQB 36.3- 75.0]; bei 86.3 % der Spitex-Mitarbeitenden zählte diese Fahrzeit als Arbeitszeit, bei 4.9 % zählte die Fahrzeit teilweise als Arbeitszeit.

Über die drei letzten Arbeitstage berechnet, verbrachten die Mitarbeitenden im Median 36.7 Minuten pro Tag [IQB 15.0-92.3] mit administrativen Aufgaben und 18.3 Minuten [IQB 6.7-40.0] mit koordinativen Tätigkeiten (Rücksprachen halten, Informationen einholen oder weitergeben, Fallbesprechungen führen). In diesen drei Arbeitstagen kam es im Median 0.3 mal [IQB 0.0-1.0] vor, dass die Mitarbeitenden zu einem Klient/-in

ten / einer Klientin gekommen waren, den / die sie noch nie vorher betreut hatten. Gemäss Einschätzung der Mitarbeitenden entsprachen die letzten drei Arbeitstage bei 88.8 % der teilnehmenden Mitarbeitenden „normalen“ Arbeitstagen.

Im Durchschnitt verbrachten die Mitarbeitenden in den letzten drei Tagen 15.8 % der Zeit mit administrativen Tätigkeiten, 15.3 % der Zeit mit Fahren, 7.4 % der Zeit mit koordinativen Tätigkeiten und 61.5 % der Zeit mit „Anderem“, zu dem auch der direkte Klientenkontakt gehört (siehe Abbildung 95).

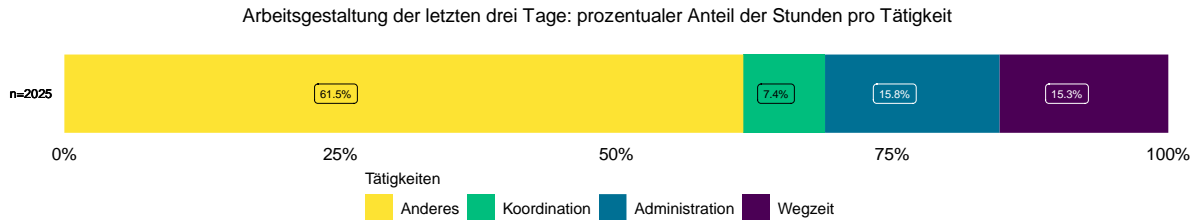
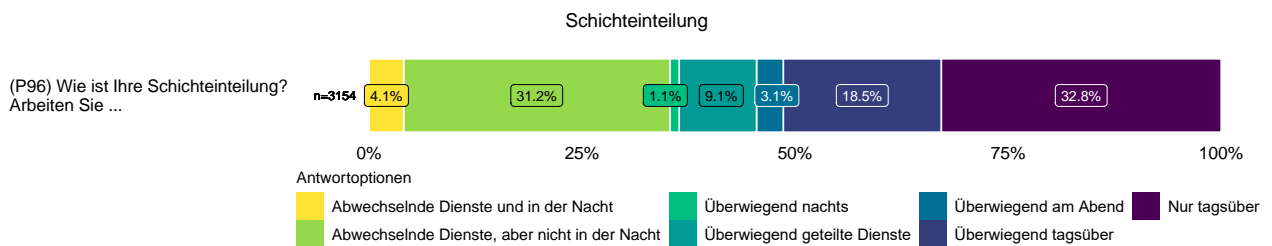


Abbildung 95: Prozentuale Aufteilung der Tätigkeiten über die letzten drei Arbeitstage (Sicht Mitarbeitende)

#### 15.4 Schichtarbeit (Sicht Mitarbeitende)

Die häufigsten Schichteinteilungen, die durch die Mitarbeitenden angegeben wurden, waren „nur tagsüber“ (32.8 %), „abwechselnde Dienste (tagsüber, abends, geteilte Dienste), aber nicht in der Nacht“ (31.2 %) und „überwiegend tagsüber“ (18.5 %). Weniger häufiger genannt wurden „überwiegend nachts“ (1.1 %), „überwiegend am Abend“ (3.1 %) sowie „abwechselnde Dienste (tagsüber, abends, geteilte Dienste) und in der Nacht“ (4.1 %) (siehe Abbildung 96).



Bemerkung. Nacht= zwischen 22 und 6 Uhr, Tagsüber= zwischen 6 und 18 Uhr, Abend= zwischen 15 und 24 Uhr.

Abbildung 96: Schichteinteilung (Sicht Mitarbeitende)

Eine weitere Frage zielte auf die Wochenend- und Pikett-Arbeitszeiten ab: Die Mitarbeitenden gaben an, einen Median von 2.0 [IQB 1.0-2.0] Wochenenden (Samstags- und / oder Sonntagsarbeit) pro Monat zu arbeiten und im Median 0.0 [IQB 0.0-1.0] Pikettdienste (auf Abruf von zu Hause) pro Monat zu haben.

Die Mitarbeitenden waren im Median 0.5 [IQB 0.0-2.0] Tage pro Monat im Büro tätig (Anzahl angegebener Bürotage). 1'252 Mitarbeitende (49.6 %) (von denjenigen, die sagten, dass sie in der direkten Pflege / Betreuung tätig sind) gaben an, keine Bürotage zu haben.

#### 15.5 Überzeit (Sicht Mitarbeitende)

Mehr als ein Drittel (39.0 %) der Mitarbeitenden gab an, „nie“ oder „seltener“ als „einmal alle 5-7 Arbeitstage“ mehr als 30 Minuten Überzeit zu leisten. Ein Fünftel (20.0 %) berichtete von mehr als 30 Minuten Überzeit „einmal alle 5-7 Arbeitstage“; ein Viertel (25.5 %) gab an, „einmal alle 2-4 Arbeitstage“ mehr als 30 Minuten Überzeit zu leisten. In „fast jeder Arbeitsschicht“ mehr als 30 Minuten Überzeit zu leisten, erwähnten 15.5 % der Mitarbeitenden (siehe Abbildung 97).

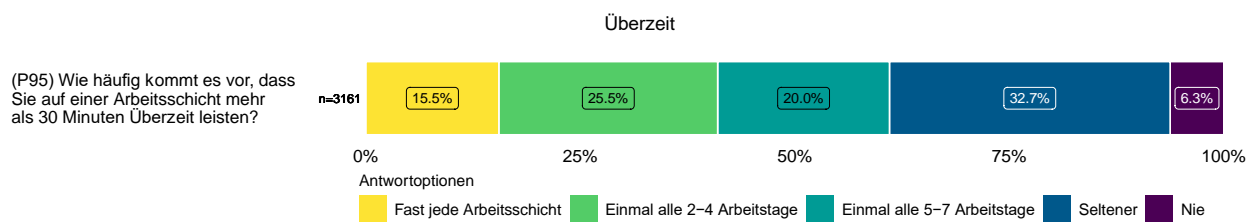


Abbildung 97: Überzeit (Sicht Mitarbeitende)

„Bei der Schärfung des Rollenprofils der Fallführenden besteht Handlungsbedarf. Administrative und koordinative Aufgaben werden wenig wahrgenommen und wertgeschätzt.“

### Azra Karabegovic

Pflegeexpertin APN

Spitex Zürich

An den Umfrageergebnissen fällt auf, wie wenig die Bezugspflege in der direkten Klientenbetreuung zur Anwendung kommt. Aus Praxissicht ist es wichtig, genügend Fallführende zu haben, jedoch braucht es neben der Führung vom Pflegeprozess und der Organisation und Koordination auch eine implementierte Bezugspflege in der direkten Praxis, welche z. B. durch eine FAGE erbracht werden kann. Die Aufgaben der Fallführenden sind aus der Praxissicht sinnhaft. Interessant wäre zu wissen, wie viele der Mitarbeitenden mit einer Case Management Ausbildung tatsächlich das Case Management in der Spitex übernehmen, dies wird aus den Resultaten nicht deutlich. Erstaunlich sind die Anzahl Einsätze pro Tour und dass die öffentlichen Spitex-Organisationen längere Wegzeiten haben, was mit ihrer Leistungspflicht zu tun haben kann. Erstaunlich ist auch, dass das Verhältnis zwischen Pflegefachpersonen und anderen in der öffentlichen Spitex tiefer ist, hier erlebe ich in der Praxis oft das Gegenteil. Die höheren A-Leistungen sind nachvollziehbar, da die öffentlichen Organisationen eher mit standardisierten Assessmentinstrumenten wie dem interRAI HC arbeiten. Ebenso sind die Überzeiten nicht erstaunlich, da komplexe Situationen im häuslichen Setting in den letzten Jahren stark zugenommen haben.

Die Resultate sind von hohem Nutzen für die Spitex. Einerseits wird die tägliche Arbeit abgebildet, z. B. auch die Überzeit. Andererseits erlauben sie einen Einblick in die Organisationsform, was wichtige Inputs geben kann für die Zukunftsplanung. Man weiss nicht nur aus Studien, dass z. B. die Bezugspflege oder ein Case Management effektiv in der Versorgung von zu Hause lebenden Klient/-innen sind. Und trotzdem geht aus diesem Bericht hervor, dass in diesen Bereichen zu wenig durch die Spitex abgedeckt wird. Die Ergebnisse haben damit das Potenzial, zum Umdenken anzuregen: Was ist sinnvoll in der Spitex-Versorgung? Die Resultate zeigen auch zum ersten Mal eine Abbildung von Fallführungsaufgaben. Auch wenn in der Praxis bekannt ist, was die Fallführenden leisten, gibt es trotzdem kein klares Rollenprofil. Die Umfrageergebnisse können diesbezüglich zu mehr Klarheit beitragen.

Bei der Schärfung des Rollenprofils der Fallführenden besteht Handlungsbedarf. Es zeigt sich ein beträchtlicher Teil an administrativen und koordinativen Aufgaben. Oft wird dieser Teil in der Praxis wenig wahrgenommen und wertgeschätzt. Dies zeigt sich z. B. in der tiefen Zahl an durchschnittlichen Bürotagen. Es braucht eine Diskussion über die Stärkung der Bezugspflege im *Skill-Grade-Mix* wie auch über die Förderung von Case Management als Aufgabe der häuslichen Grundversorgung. Zudem steht eine Diskussion über die Belastung von Mehr- und Überzeit in der häuslichen Pflege an.



## 16 Betriebliche Angebote, Anforderungen und Zufriedenheit der Mitarbeitende

Dieses Kapitel beinhaltet zum einen die betrieblichen Angebote rund um die Anstellungsverhältnisse der Mitarbeitenden, zum anderen die erlebten Anforderungen bei der Arbeit, z. B. in Bezug auf physische und psychische Beanspruchung, Arbeitszufriedenheit und mögliche Kündigungsabsichten.

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zu den betrieblichen Angeboten für Mitarbeitende

#### 16.1 Betriebliche Angebote für Mitarbeitende (Sicht Betriebsleitungen)

Spitex-Organisationen haben vielfältige Möglichkeiten, um die Anstellung für Mitarbeitende attraktiv zu gestalten. Die vier häufigsten Angebotsnennungen der Spitex-Organisationen waren Teilzeitpensen (97.7 %), Unterstützung bei externen Weiterbildungen (92.0 %), Arbeitskleidung (88.6 %) und internes Weiterbildungsangebot (87.5%). Selten genannt wurden Angebote wie die Wartung von Autos / Fahrrädern (28.4 %), Bonuszahlungen (21.6 %) oder Kindertagesstätten/-betreuung (6.8 %). Ungefähr die Hälfte der Spitex-Organisationen gab an, zusätzliche Ferientage – d. h. über die gesetzlich vorgeschriebenen hinaus – anzubieten (48.9 %) (siehe Abbildung 98). Unter „andere“ Angebote wurden z. B. diverse Vergünstigungen (Theater, Fitness, Physiotherapie etc.), Getränke oder Geschenke (Dienstalter, Weihnachten) angegeben.

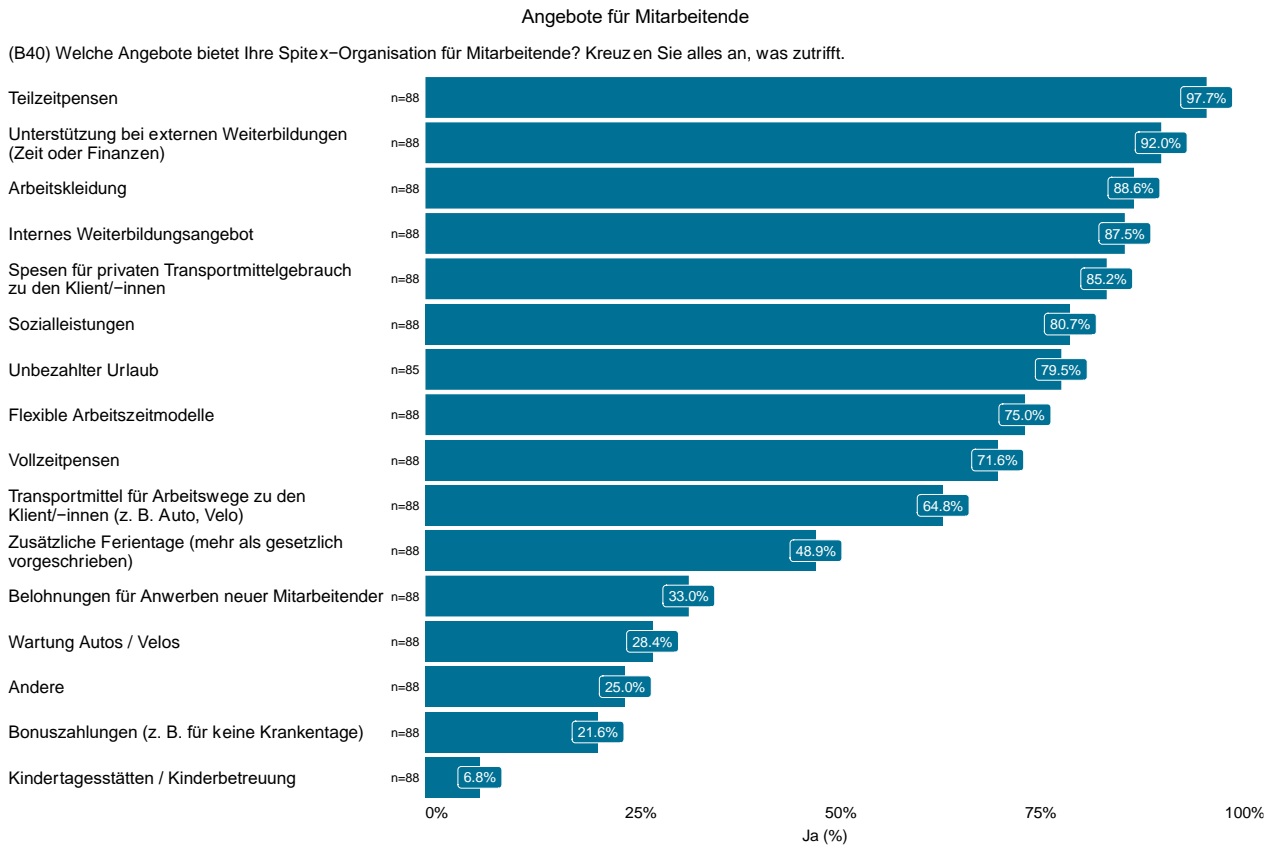


Abbildung 98: Angebote für Spitex-Mitarbeitende (Sicht Betriebsleitungen)

#### 16.2 Erlebte Anforderungen bei der Arbeit (Sicht Mitarbeitende)

Unter den erlebten Anforderungen bei der Arbeit wird die benötigte Anstrengung verstanden, um pflegerische Aufgaben in einer vorgegebenen Zeit zu erledigen [102]. Allgemein wird zwischen der objektiven und subjektiven Arbeitsbelastung unterschieden, wobei letztere sich auf die erlebten Anforderungen bei der Arbeit bezieht [103].

Die bisherige Forschung zum Thema zeigt, dass die erlebten Anforderungen bei der Arbeit einen Einfluss auf Arbeitsergebnisse und die Mitarbeitenden selbst haben. So hängt eine höhere subjektive Arbeitsbelas-



tung im Spitalbereich mit unerwünschten Ereignissen wie Dekubitus, Infektionen, Stürzen oder Medikationsfehlern bei den Patient/-innen zusammen, und auch im Spitex-Bereich zeigt sich ein solcher Zusammenhang mit der Medikationssicherheit [104]. Zusätzlich scheinen sich die erlebten Anforderungen bei der Arbeit auf Personalergebnisse auszuwirken – wo höhere Anforderungen mit tieferer Arbeitszufriedenheit, vermehrt erlebter psychischer oder physischer Erschöpfung und einer höheren Wahrscheinlichkeit eines Burnouts zusammenhängen [104-107].

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zu den erlebten Anforderungen bei der Arbeit

Die Mitarbeitenden schätzten anhand von sieben Items ein, wie hoch (von 1= tief bis 20= hoch) sie die Anforderungen des letzten Arbeitstages erlebten. Dazu gehören die geistigen, körperlichen, emotionalen und zeitlichen Anforderungen sowie Anstrengung, Frustration und Zufriedenheit mit der eigenen Leistung. Mitarbeitende gaben eine hohe Zufriedenheit mit ihrer Leistung am vorangegangenen Arbeitstag an (Md 17.0). Am höchsten wurden die Anforderungen in Bezug auf die geistige Aktivität bewertet (Md 16.0), am tiefsten bewerteten die Mitarbeitenden die empfundene Frustration bei der Arbeit (Md 5.0) (siehe Abbildung 99).

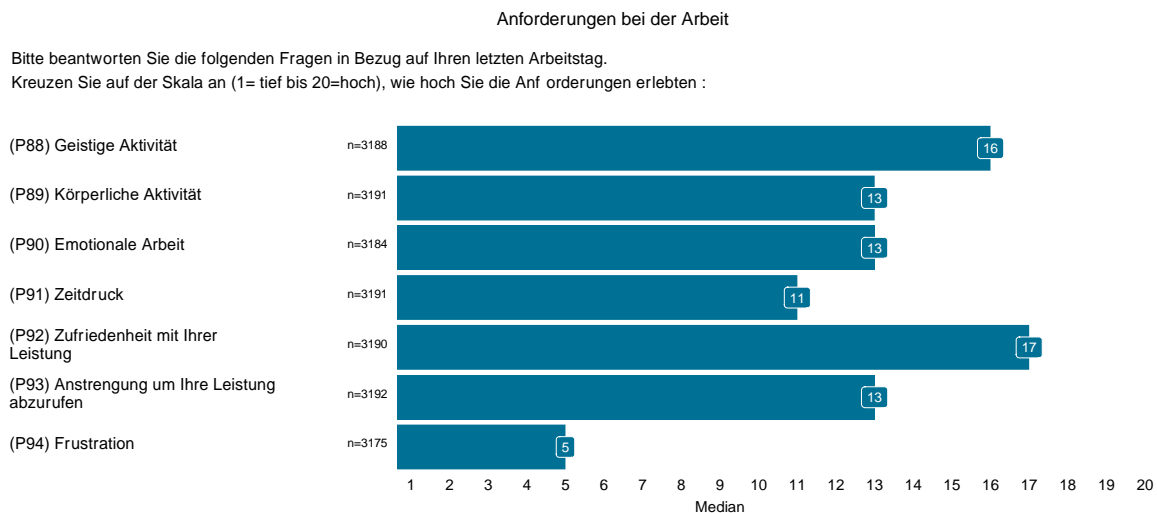
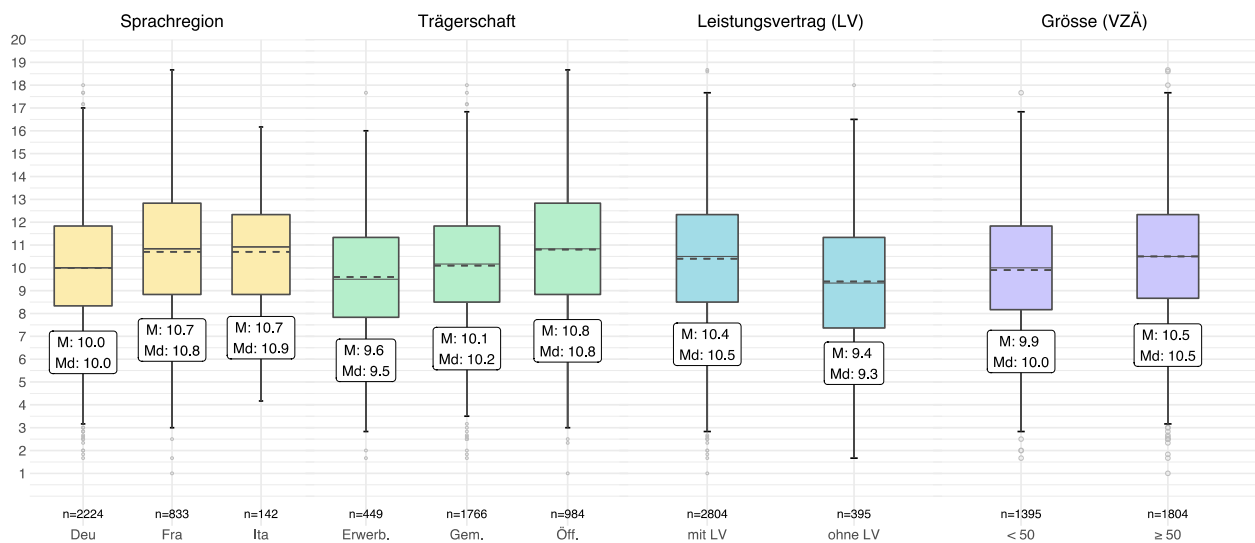


Abbildung 99: Anforderungen letzter Arbeitstag (Sicht Mitarbeitende)

Aus sechs der obenstehenden Items (Abbildung 99 – Items P88, P89, P91-P94) kann die Skala *National Aeronautics and Space Administration Task Load Index* (NASA-TLX) [1] gebildet werden. Diese Skala wird aus dem Mittelwert über die sechs Items berechnet und misst die erlebten Anforderungen am letzten Arbeitstag, wobei höhere Werte eine höhere Belastung bedeuten; weiterführende Angaben im Appendix (Skalen – [Erlebte Anforderungen bei der Arbeit](#)).

Über alle Gruppen gesehen, zeichnet sich ein leichter Trend dahingehend ab, dass Mitarbeitende in öffentlich-rechtlichen Organisationen, respektive in Organisationen mit Leistungsvertrag und in Organisationen mit 50 oder mehr VZÄ eine höhere Arbeitsbelastung wahrnehmen. Ein kleiner Unterschied ist auch zwischen den Sprachregionen Deutsch-Französisch und Deutsch-Italienisch zu sehen (siehe Abbildung 100).



**Instrument:** National Aeronautics and Space Administration Task Load Index (NASA-TLX) [1]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat-erwerb/wirtschaftliche, Gem. = Privat-gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ, ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 100: Skala NASA-TLX (Erlebte Anforderungen) (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende)

Basierend auf den Angaben aller Spitex-Mitarbeitenden, erzielt die Skala NASA-TLX (Erlebte Anforderungen) [1] einen Median von 10.3 [IQB 8.5-12.2] und einen Mittelwert von 10.3 (SD 2.8). Der SPOT<sup>nat</sup> Mittelwert ist somit im Vergleich zur MatchRN Psychiatrie-Studie<sup>13</sup> mit einem Mittelwert von 11.6 (SD 2.8) und der Spital-Studie MatchRN<sup>14</sup> 2018 mit einem Mittelwert von 11.3 (SD 2.9) am tiefsten.

### 16.3 Arbeitszufriedenheit (Sicht Mitarbeitende)

Das Thema Arbeitszufriedenheit umfasst alles, was eine Einzelperson über ihren Arbeitsplatz, die Art ihrer Arbeit und ihre Erwartungen an die Arbeitsstelle empfindet [108]. Arbeitszufriedenheit besteht somit aus verschiedenen Komponenten wie Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen, Kommunikation, Art der Arbeit, Organisationsrichtlinien und Prozesse, Lohn, Aufstiegsmöglichkeiten, Anerkennung, Sicherheit und Beziehung zu den Vorgesetzten [108, 109]. Arbeitszufriedenheit hängt stark mit der Absicht zusammen, in der Organisation beschäftigt zu bleiben [110-112].

#### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Arbeitszufriedenheit

Insgesamt adressierten sieben Items in SPOT<sup>nat</sup> die Arbeitszufriedenheit. Am zufriedensten zeigten sich die Mitarbeitenden mit den „Möglichkeiten, den Klient/-innen die Pflege zu geben, die sie benötigen“ (94.2 % „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“) und der „Art und Weise, wie ihre Fähigkeit genutzt werden“ (89.2 % „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“). Die Zufriedenheit mit dem Lohn war im Vergleich tiefer – 60.4 % der Mitarbeitenden waren damit „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“.

Unter Berücksichtigung aller Umstände waren die Mitarbeitenden zu 90.5 % „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ mit ihrer Arbeit (siehe Abbildung 101).

<sup>13</sup> <https://matchrnpsychiatrie.nursing.unibas.ch>. Diese Angaben aus MatchRN Psychiatrie sind nicht publiziert und wurden für diesen Bericht berechnet.

<sup>14</sup> <https://matchrn.unibas.ch>. Diese Angaben aus MatchRN sind nicht publiziert und wurden für diesen Bericht berechnet.

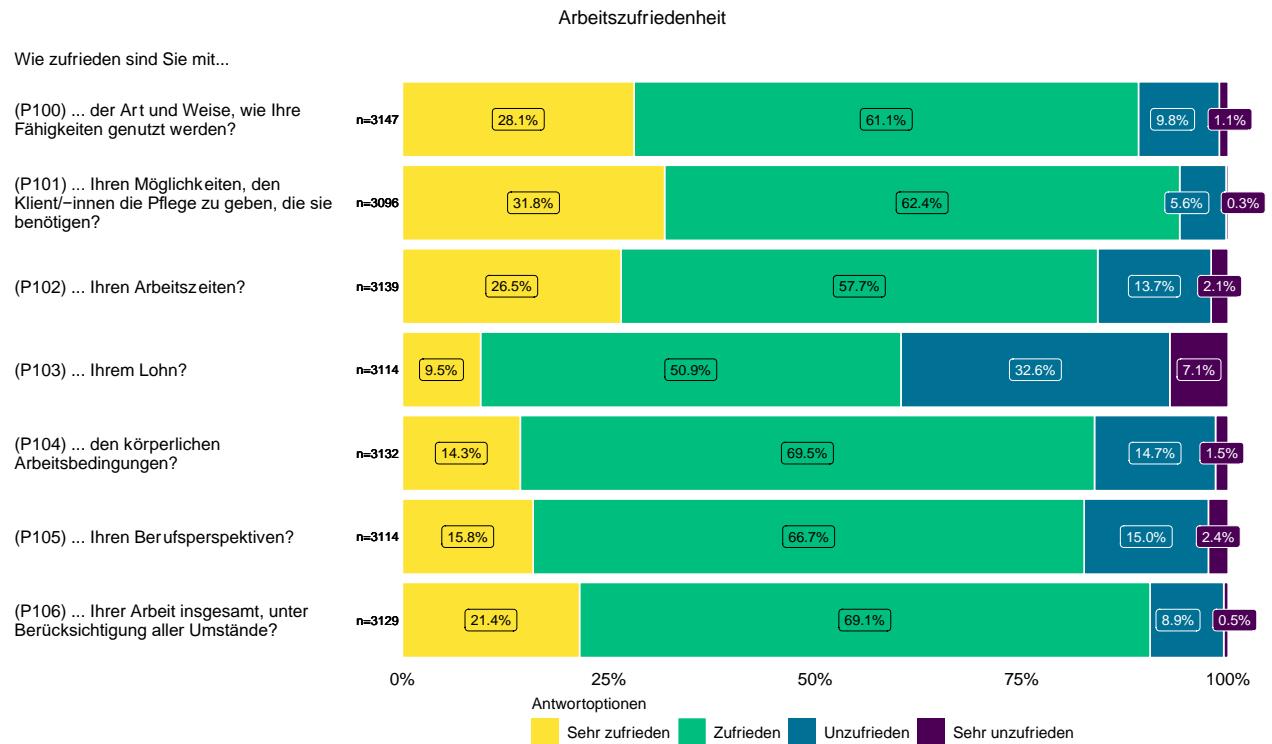


Abbildung 101: Arbeitszufriedenheit (Sicht Mitarbeitende)

Etwa die Hälfte der Mitarbeitenden würde ihre Spitex mit Sicherheit (51.3 %) und mehr als ein Drittel (38.1 %) „wahrscheinlich“ als guten Arbeitsort empfehlen (siehe Abbildung 102).

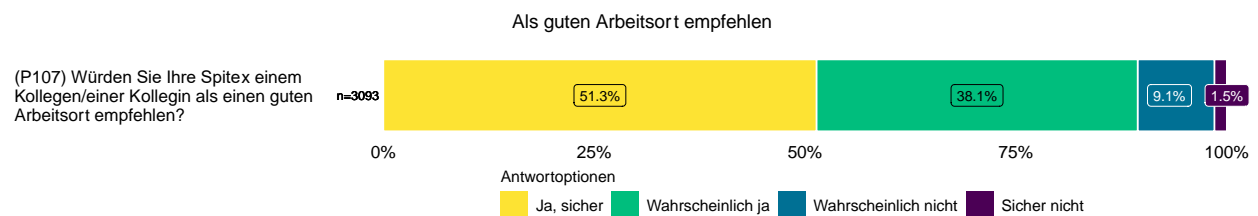


Abbildung 102: Die Spitex als guten Arbeitsort empfehlen (Sicht Mitarbeitende)

## 16.4 Kündigungsabsicht (Sicht Mitarbeitende)

Die Kündigungsabsicht bezeichnet eine Absicht oder Prädisposition, die Organisation, in der jemand momentan angestellt ist, zu verlassen [113]. Mit dem Weggang von Mitarbeitenden geht meist implizites Wissen verloren und Kontinuitätsprobleme können auftreten, z. B. in der Begleitung von Klient/-innen mit chronischen Erkrankungen [114]. Eine Kündigung ist für eine Organisation mit zusätzlichen Kosten verbunden und kann die Qualität der Pflege negativ beeinflussen [109, 112]. Mitarbeitende bleiben eher in einer Organisation, wenn sie eine hohe Versorgungskontinuität und Pflegequalität anbieten können, positive Beziehungen mit ihren Vorgesetzten erleben, wenn die Arbeit abwechslungsreich ist, ein gutes Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben besteht und sie zufrieden mit dem Lohn sind [112].

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Kündigungsabsicht

Insgesamt fast die Hälfte der teilnehmenden Mitarbeitenden (47.4 %) stimmten der Aussage „voll und ganz“ zu, in den nächsten 12 Monaten in ihrer Organisation bleiben zu wollen. Etwa zwei Drittel (68.8 %) der Mitarbeitenden stimmten „überhaupt nicht zu“, zurzeit auf der Suche nach einer neuen Arbeitsstelle zu sein. Eine knappe Mehrheit (52.7 %) stimmte „überhaupt nicht“ zu, im folgenden Jahr wahrscheinlich eine neue Stelle zu suchen (siehe Abbildung 103).

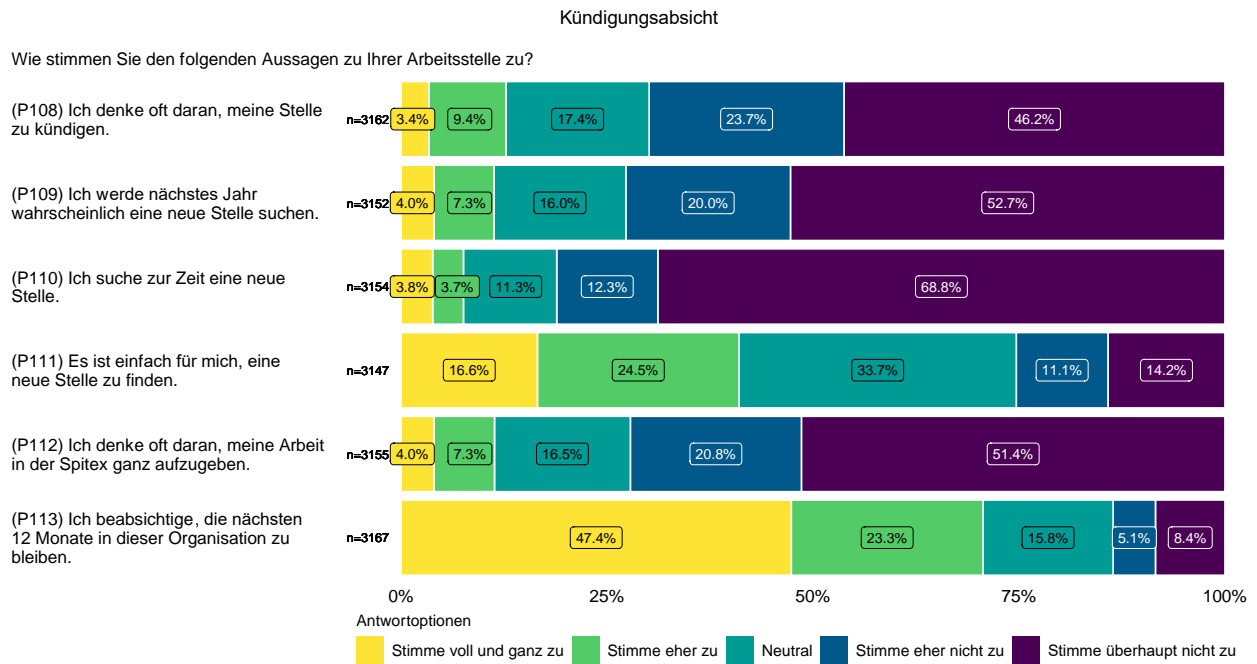


Abbildung 103: Kündigungsabsicht (Sicht Mitarbeitende)

„Die Spitex-Organisationen erhalten mehrheitlich positive Zustimmung für ihre Arbeitsplatzgestaltung. Allerdings sind fast 40 % mit ihrem Lohn unzufrieden.“

### Gabriela Bolliger

Diplomierte Pflegefachfrau und Geschäftsführerin

bolliger-gesundheitsmanagement

Mehrere Aspekte fallen an den Resultaten auf: Obwohl der „Zeitdruck“ einen Median von 11 erzielt, waren die Mitarbeitenden mit einem Median von 17 zufrieden mit ihren Leistungen. Ein Grund für die hohe Zufriedenheit bezüglich der erbrachten Leistung könnte mit einer guten Einsatzplanung zusammenhängen. Dies widerspiegelt sich in den hohen Werten zur Arbeitszufriedenheit bezüglich „der Art und Weise, wie ihre Fähigkeiten genutzt werden“ und sie die „Möglichkeit [haben] den Klient/-innen die Pflege zu geben, welche sie benötigen“.

Erstaunlich ist, dass die erlebten Anforderungen in der Spitex tiefer ausfallen als in der Psychiatrie und im Spital. Eine Erklärung für den tieferen Wert könnte darin zu sehen sein, dass die Pflegenden bei der Spitex bereits über einen längeren Zeitraum beim Klienten bzw. bei der Klientin die komplexe, pflegerische Tätigkeit durchführen. Dadurch wirkt für sie diese sehr anspruchsvolle Aufgabe weniger belastend. Sie sind sich den Ablauf der komplexen Tätigkeit gewohnt und führen diese routiniert aus.

Dass 90.5 % der Mitarbeitenden in der Spitex erklären, sie seien mit ihrer Arbeit zufrieden, ist ein erfreuliches Resultat. Ebenfalls positiv zu werten ist, dass über 80 % der Mitarbeitenden ihre Spitex ihren Berufskolleg/-innen als Arbeitsplatz weiterempfehlen würden. Dies bedeutet, dass die Spitex-Organisationen mehrheitlich positive Zustimmung für ihre Arbeitsplatzgestaltung erhalten.

Die Resultate machen auf wichtige Aspekte aufmerksam, die es bezüglich Personalergebnissen zu beachten gilt. Obwohl die „Frustration“ bei der Arbeit am tiefsten bewertet wird, kann dieser Aspekt nicht ausser Acht gelassen werden. Diese Frustration kann sich auf die Arbeitsleistung auswirken und könnte die Kündigungsabsicht der Mitarbeitenden fördern.



Der hohe Anteil an Arbeitszufriedenheit bei den Mitarbeitenden sollte nicht dazu verleiten, die unzufriedenen und sehr unzufriedenen Mitarbeitenden zu ignorieren. Einen Anhaltspunkt dazu geben die Angaben der Mitarbeitenden zur Kündigungsabsicht. Nur die Hälfte der Mitarbeitenden stimmten voll und ganz zu, dass sie ein Jahr in ihrer Spitex verbleiben werden. Die Angaben der Mitarbeitenden wahrscheinlich im nächsten Jahr eine neue Stelle zu suchen, decken sich mit den Angaben „[...] meine Arbeit bei der Spitex ganz aufzugeben“. Dies könnte bedeuten, dass diese Mitarbeitenden beabsichtigen, „künftig“ in einem anderen Bereich als der Spitex zu arbeiten oder ihre pflegerische Tätigkeit ganz aufzugeben.

Der Bericht zeigt, dass es wichtig ist, ein Augenmerk auf die Bedürfnisse der Mitarbeitenden zu richten. Fast 40 % der Mitarbeitenden geben an, mit dem Lohn unzufrieden zu sein. Zudem arbeitet ein Viertel unter Zeitdruck. Da reichen die genannten Angebote wie Teilzeitarbeit, Weiterbildungsmöglichkeiten usw. nicht aus, um Mitarbeitende langfristig an die Spitex zu binden. Es könnte sich auf die Mitarbeiterbindung positiv auswirken, wenn die Wochen-Arbeitszeit bei gleichem Lohn reduziert wird. So erhalten die Mitarbeitenden mehr Erholungszeit ohne finanzielle Einbusse. Auch wenn es aktuell in den meisten Spitex-Organisationen zu wenig Personal hat, kann diese Umstellung zu Personalgewinnung und höherer Personalbindung führen. Ein erster Schritt in diese Richtung könnte mehr Freizeit zu gleichem Lohn sein. Dabei handelt es sich indirekt auch um eine Lohnerhöhung. Einige Organisationen, welche ebenfalls über zu wenig Fachpersonal verfügen, haben mit dieser Umstellung bereits begonnen.

## 17 Gesundheit der Mitarbeitenden

In diesem Kapitel stellen wir Resultate zu Absentismus und Präsentismus, Gesundheit am Arbeitsplatz, Anzeichen von Burnout und zum Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben dar.

### 17.1 Absentismus und Präsentismus (Sicht Mitarbeitende)

Der Begriff Absentismus bezieht sich auf jede Abwesenheit von der Arbeit, sei sie begründet oder unbegründet [115]. Die häufigsten Gründe für eine Abwesenheit am Arbeitsplatz sind leichte, akute oder chronische Erkrankungen, wie z. B. muskuloskeletale Erkrankungen, gastrointestinale Beschwerden, Stress und psychische Probleme [116]. Präsentismus wiederum bezieht sich auf die Anwesenheit der Mitarbeitenden, wenn sie sich unwohl fühlen und nicht vollständig leistungsfähig sind [116].

Für eine Organisation bedeuten Absentismus und Präsentismus reduzierte Arbeitsleistungen, zusätzliche Kosten und beeinflussen die Arbeitseinstellung [115]. Laut Bundesamt für Gesundheit (BAG) betrug im Jahr 2020 das durch Präsentismus verursachte ungenutzte ökonomische Potenzial CHF 5.5 Mrd. und die Produktivitätsverluste durch Absentismus beliefen sich auf CHF 2.2 Mrd. [117].

#### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zu Absentismus und Präsentismus

Rund 54 % der an SPOT<sup>nat</sup> teilnehmenden Mitarbeitenden schätzten, im Jahr 2020 mindestens einen Tag wegen Krankheit gefehlt zu haben. 41.3 % der Mitarbeitenden gaben an, mindestens einen Tag im Jahr trotz Arbeitsunfähigkeit arbeiten gegangen zu sein. Beinahe ein Drittel (32.4 %) der Mitarbeitenden ging im Jahr 2020 zwischen 1 und 9 Tagen zur Arbeit, obwohl sie sich krank und nicht arbeitsfähig gefühlt hatten und ein ähnlich grosser Anteil (31.1 %) fehlte zwischen 1 und 9 Tagen wegen Krankheit bei der Arbeit. Zehn oder mehr Tage wegen Krankheit fehlte etwa ein Fünftel (22.5 %) der Mitarbeitenden; und zehn oder mehr Tage gingen 8.9 % zur Arbeit, obwohl sie sich krank und nicht arbeitsfähig gefühlt hatten (siehe Abbildung 104).

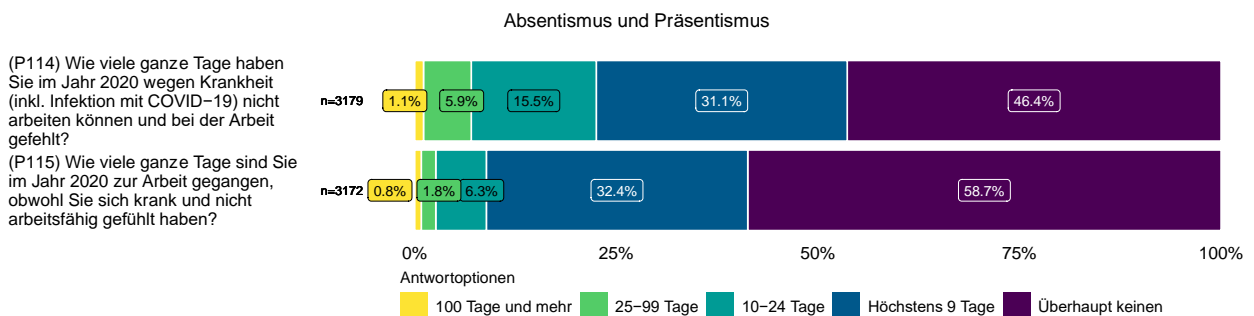


Abbildung 104: Absentismus und Präsentismus (Sicht Mitarbeitende)

### 17.2 Gesundheit am Arbeitsplatz (Sicht Mitarbeitende)

Die Gesundheit am Arbeitsplatz wurde mit vier Items erfragt. Über zwei Drittel (70.4 %) der Mitarbeitenden gaben an, in den letzten vier Wochen „ein bisschen“ oder „starke“ allgemeine Schwäche, Müdigkeit und Energielosigkeit und zwei Drittel (66.8 %) Rücken- oder Kreuzschmerzen gehabt zu haben.

Rund die Hälfte (51.8 %) der Mitarbeitenden berichtete von „ein bisschen“ oder „starken“ Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, fast ebenso viele von „ein bisschen“ oder „starken“ Gelenk- oder Gliederschmerzen in den letzten vier Wochen (50.2 %) (siehe Abbildung 105).

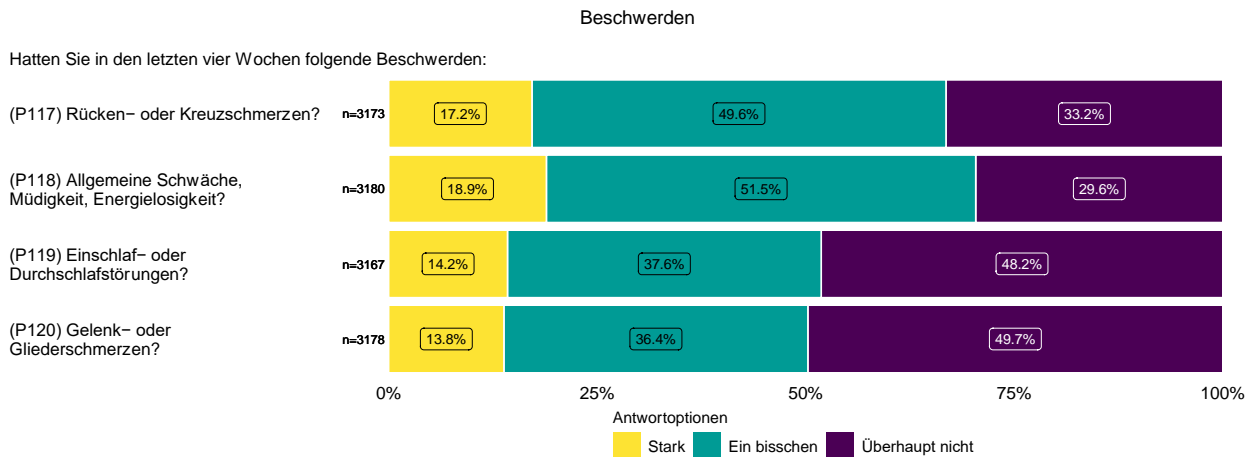


Abbildung 105: Gesundheitsbeschwerden in den letzten vier Wochen (Sicht Mitarbeitende)

Im Vergleich dazu gaben in der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 38.0 % der Männer und 48.6 % der Frauen an, in den letzten vier Wochen „ein bisschen“ oder „starke“ Rücken- oder Kreuzschmerzen zu haben, und 33.3 % respektive 49.5 % erwähnten Beschwerden in Form von allgemeiner Schwäche [118].

Mit einem Item schätzten die teilnehmenden Mitarbeitenden ein, wie stark die oben genannten Beschwerden in Zusammenhang mit ihrer Arbeit stehen. Etwa zwei Fünftel (41.9 %) der Mitarbeitenden waren der Ansicht, dass die Beschwerden „zu 60 %“ oder mehr mit der Arbeit in Zusammenhang stehen (siehe Abbildung 106). Die Mitarbeitenden beurteilten ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 0= „derzeit arbeitsunfähig“ bis 10= „derzeit die beste Arbeitsfähigkeit“ mit einem Median von 9.0 [IQB 8.0-10.0].

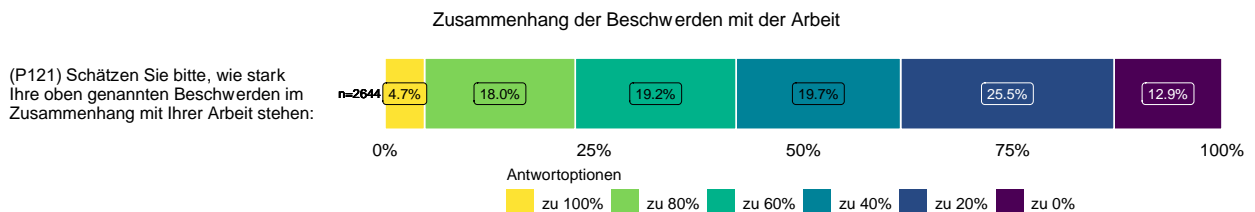


Abbildung 106: Zusammenhang der Gesundheitsbeschwerden mit der Arbeit (Sicht Mitarbeitende)

### 17.3 Burnout (Sicht Mitarbeitende)

Burnout kann als Zustand körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung, der sich aus der langfristigen Einbindung in emotional anspruchsvolle Arbeitssituationen ergibt, definiert werden [119]. In der Schweiz war gemäss Gesundheitsförderung Schweiz im Jahr 2020 beinahe ein Drittel der Erwerbstätigen (28.7 %) emotional erschöpft [117]. Emotionale Erschöpfung von Pflegefachpersonen wird in der Fachliteratur u. a. in negativen Zusammenhang mit der Qualität und Sicherheit der Pflege, der Patientenzufriedenheit, dem Engagement gegenüber der Organisation und der Produktivität gebracht [120].

#### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zum Burnout

Auf der Datenbasis von sechs Items der SPOT<sup>nat</sup> Studie zu Burnout ergab sich folgendes Bild für die Spitex: Mehr als drei Viertel (77.0 %) der Mitarbeitenden fühlten sich „manchmal“, „oft“ oder „immer“ müde, gefolgt von mehr als der Hälfte (56.6 %), die sich körperlich erschöpft fühlte. Die Hälfte (51.7 %) berichtete, sich „manchmal“ bis „immer“ emotional erschöpft zu fühlen. Ausgelaugt fühlten sich 43.4 %, gefolgt vom Gedanken „Ich kann nicht mehr“ (27.7 %) und sich „schwach und krankheitsanfällig fühlen“ (22.5 %) (siehe Abbildung 107).

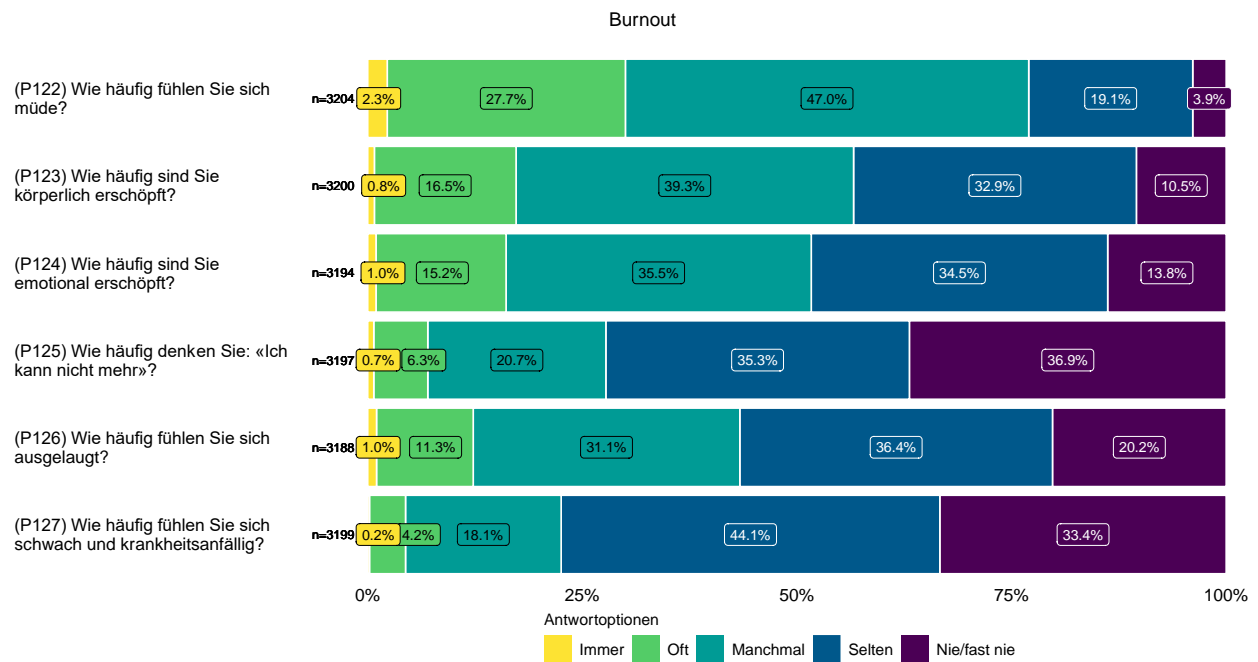
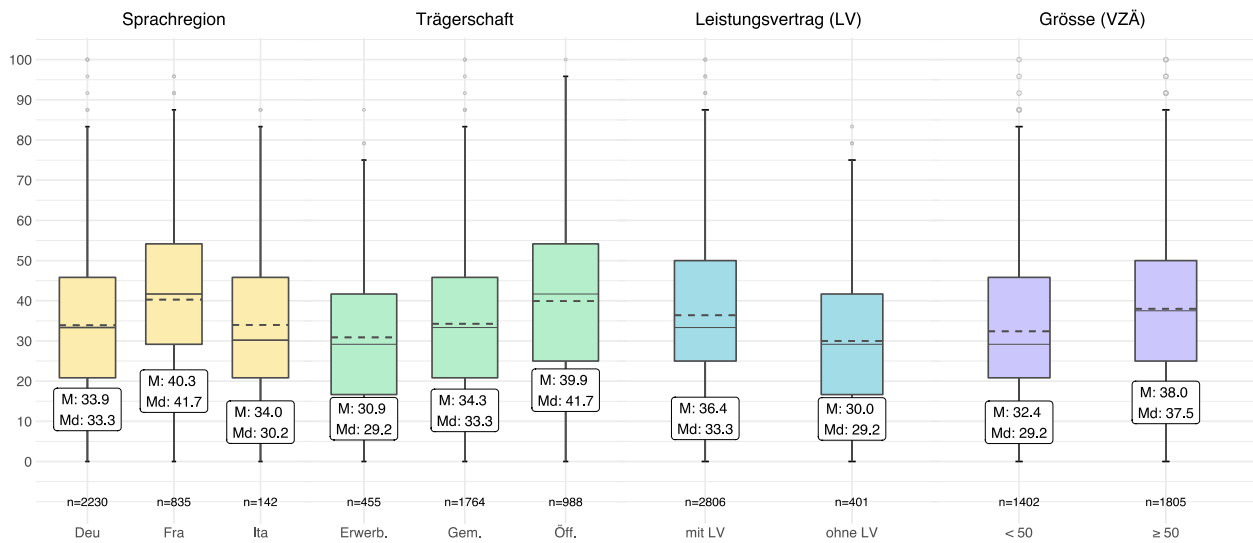


Abbildung 107: Burnout (Sicht Mitarbeitende)

Aus den sechs obenstehenden Items (Abbildung 107) kann die Skala *Personal Burnout* des Instruments *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) [121] gebildet werden. Diese Skala misst persönliches Burnout als Grad der physischen und psychischen Müdigkeit und Erschöpfung, die eine Person erlebt. Als Skalenwert wird der Mittelwert über die sechs genannten Items berechnet (von den Antwortoptionen 0= „Nie / fast nie“ bis 100= „Immer“). Höhere Werte bedeuten einen höheren Grad an Burnout (häufigeres Auftreten der genannten Zustände); weiterführende Informationen zur Skala sind im Appendix (Skalen – Burnout) verfügbar.

Wenn die Wahrnehmung der einzelnen Spitex-Mitarbeitenden in den vier Gruppen in Abbildung 108 betrachtet wird, sind in allen Gruppen Unterschiede ersichtlich. In der französischsprachigen Region zeigen sich die Burnout-Werte (mit M 40.3) höher als in der italienischsprachigen (M 34.0) und in der deutschsprachigen (M 33.9) Region. In den öffentlich-rechtlichen Organisationen liegt der Burnout-Mittelwert (M 39.9) ebenfalls höher als in den privat-gemeinnützigen (M 34.3) und privat-erwerbswirtschaftlichen (M 30.9) Organisationen sowie in den Organisationen mit Leistungsvertrag (M 36.4) und solchen mit 50 oder mehr VZÄ (M 38.0).





Instrument: *Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*, Skala *Personal Burnout* [121]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat-erwerb/wirtschaftliche, Gem. = Privat-gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ. ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 108: Skala CBI – Personal Burnout (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende)

Alle Angaben von Spitex-Mitarbeitenden eingeschlossen, erzielt die Skala *Personal Burnout* [121] einen Median von 33.3 [IQB 20.8-50.0] und einen Mittelwert von 35.6 (SD 18.4).

#### 17.4 Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben (Sicht Mitarbeitende)

Das Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben wurde mit acht Items gemessen. Hier gab die Mehrheit der Mitarbeitenden an, in den letzten sieben Arbeitstagen „nie“ oder „fast nie“ eine Mahlzeit ausgelassen zu haben (67.1 %), weniger als fünf Stunden pro Nacht geschlafen zu haben (63.9 %) oder eine Schicht ohne Pause durchgearbeitet zu haben (58.9 %). Hingegen gaben 39.5 % der Mitarbeitenden an, „immer“ oder „manchmal“ später als geplant nach Hause gegangen zu sein, 16.1 % haben in den letzten sieben Arbeitstagen „immer“ oder „manchmal“ persönliche / familiäre Pläne geändert. Mehr als ein Viertel der Mitarbeitenden (27.9 %) hatte sich in den letzten sieben Arbeitstagen „immer“ oder „manchmal“ von IT-Anwendungen frustriert gefühlt (siehe Abbildung 109).

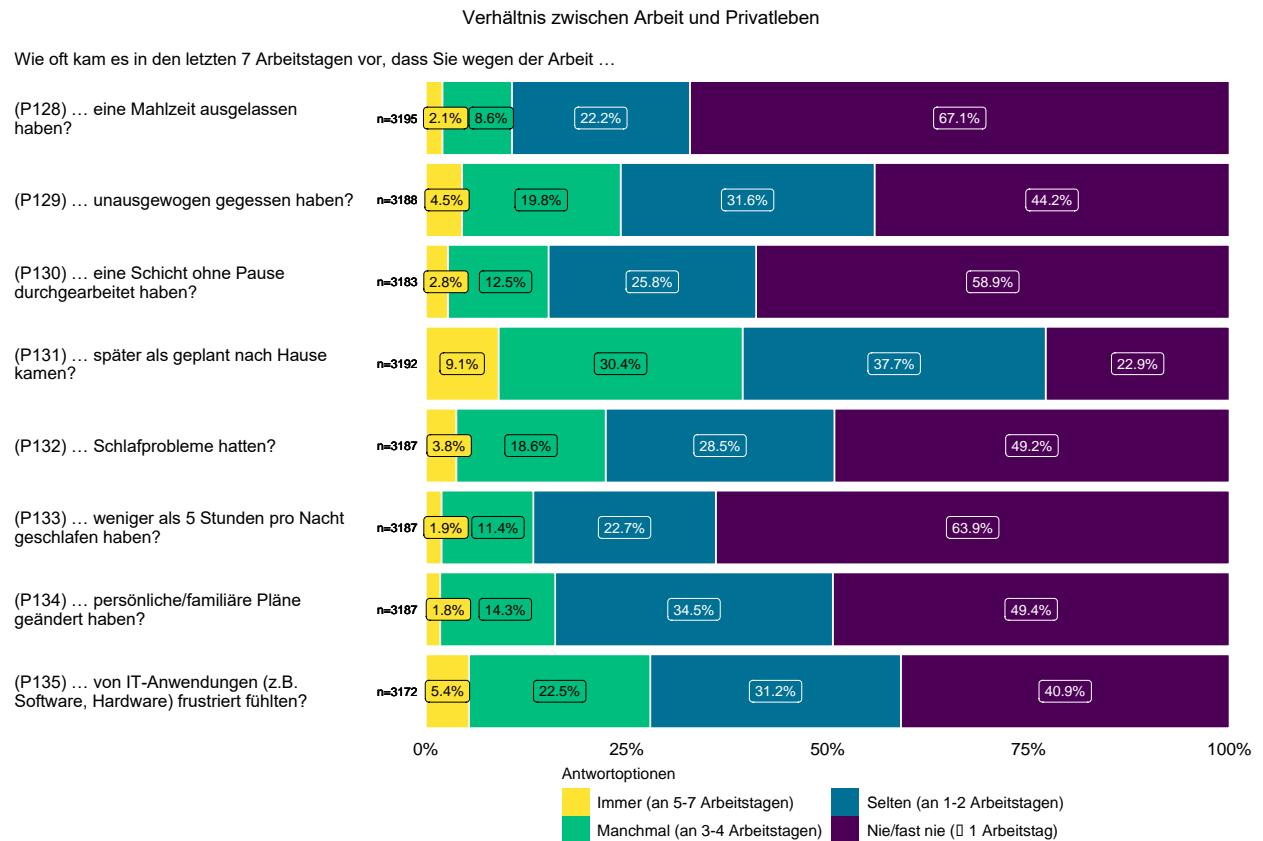
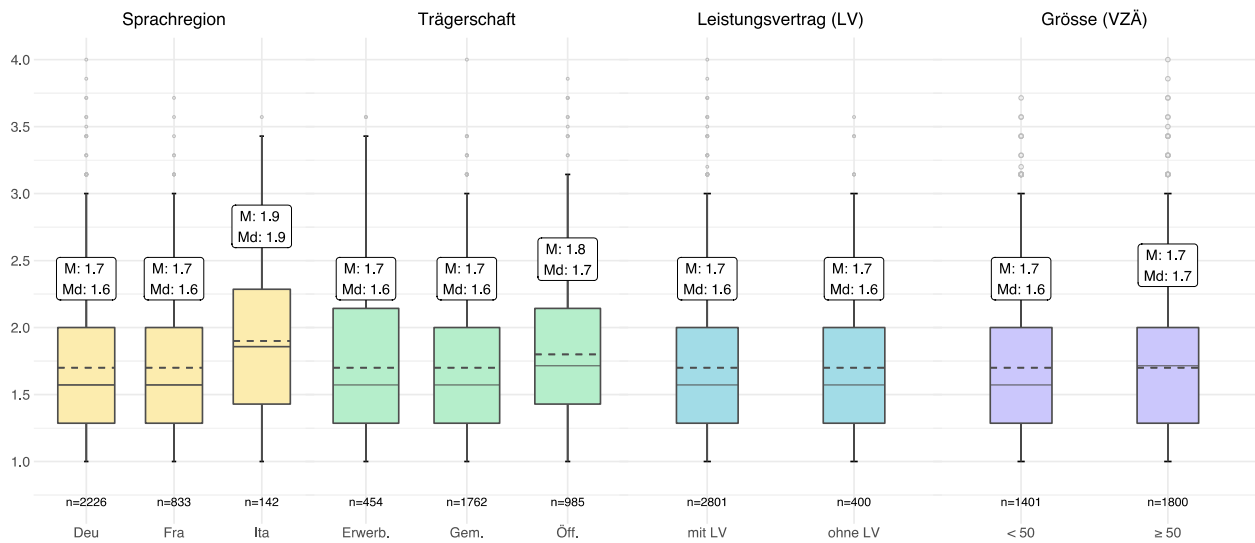


Abbildung 109: Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben (Sicht Mitarbeitende)

Aus den sieben obenstehenden Items (Abbildung 109 – P128-P134; das letzte Item P135 „IT-Anwendung“ wird üblicherweise zusammen mit der Skala gemessen, wird hier aber auf Grund der psychometrischen Analyse nicht in die Skalenberechnung eingeschlossen) kann die Skala *Work-life climate* [122] gebildet werden. Die Skala spiegelt die Normen für die Selbstfürsorge und das Arbeitsleben wider, d. h. das Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben der Individuen. Als Skalenwert wird der Mittelwert über die sieben Items berechnet (von 1= „nie / fast nie“ bis 4= „immer“), wobei höhere Werte ein schlechteres Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben widerspiegeln. Weiterführende Informationen zur Skala finden sich im Appendix (Skalen – [Work-life climate](#)).

Hier (Abbildung 110) zeigen sich Unterschiede zwischen der italienischsprachigen Region (M 1.9) mit einem als minimal schlechter wahrgenommenen Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben im Vergleich zu der deutschsprachigen und französischsprachigen Region (beide M 1.7).



Instrument: *Work-life climate scale* [122]

Legende: M = Mittelwert, Md = Median, VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Deu = Deutsch-, Fra = Französisch-, Ita = Italienisch-sprachige Region.

Erwerb. = Privat-erwerb/wirtschaftliche, Gem. = Privat-gemeinnützige, Öff. = Öffentlich-rechtliche Trägerschaft.

< 50 = weniger als 50 VZÄ, ≥ 50 = 50 oder mehr VZÄ.

Weiterführende Erklärungen zur Grafik finden sich in [Informationen zur Darstellung der Resultate](#).

Abbildung 110: Skala *Work-life climate* (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende)

Die Berechnung für alle Spitex-Mitarbeitenden ergibt auf der Skala für *Work-life climate* [122] einen Median von 1.6 [IQB 1.3-2.0] und einen Mittelwert von 1.7 (SD 0.5).

„Eine Investition in die Entwicklung von gesunden Arbeitsumgebungen lohnt sich – dies dürfte ein entscheidender Erfolgsfaktor sein, um den Fachkräftemangel zu entschärfen.“

### Rita Buchli

Arbeits- und Organisationspsychologin MSc

Rita Buchli GmbH

Die SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur körperlichen Gesundheit zeigen in allen vergleichbaren Fragen (Rücken- oder Kreuzschmerzen, allgemeine Schwäche, Einschlaf- oder Durchschlafstörungen) durchschnittlich negativere Werte als diejenigen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2017 [118], welche die Gesamtbevölkerung repräsentiert. Zudem fühlen sich Spitex-Mitarbeitende viel häufiger erschöpft als der Schweizer Durchschnitt: Jede/r Zweite im Vergleich zu jeder/jedem Dritte/n.

Nahezu 90 % der Befragten sehen einen grösseren oder kleineren Zusammenhang zwischen ihren gesundheitlichen Beschwerden und ihrer Arbeit. Diese Tatsachen, dass also die Arbeit die Gesundheit der Spitex-Mitarbeitenden beeinträchtigt und die tieferen Gesundheitswerte der Spitex-Mitarbeitenden im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung, zeigen einen Handlungsbedarf.

Zwei Fünftel der Befragten waren schon mal krank am Arbeiten. Knapp 9 % haben mindestens zwei Wochen krank gearbeitet, fast 1 % war die Hälfte oder mehr Arbeitstage im Jahr krank im Dienst. Dies zeugt zwar einerseits von hohem *Commitment* zur Organisation und Solidarität gegenüber Arbeitskolleg/-innen, auf der anderen Seite aber auch von hoher Arbeitsmenge und Arbeitsverdichtung, beides Risikofaktoren für Präsentismus und stressbedingte Folgeerkrankungen.



Präsentismus birgt Gefahren und aus ökonomischer Sicht das weitaus grössere Schadenpotenzial als der Absentismus. Beschäftigte, die am Arbeitsplatz erscheinen, aber deren psychische und / oder physische Gesundheit beeinträchtigt ist, sind weniger leistungsfähig, machen mehr Fehler sowie erleiden und verursachen unter Umständen mehr Unfälle. Zudem sind sie emotional eher labiler, was zu Teamkonflikten führen kann. Dadurch leidet nicht nur das Organisationsklima, auch die Führung wird erschwert.

Um den stressbedingten Folgen wie tiefere Arbeitszufriedenheit und chronischen psychischen und physischen Erkrankungen entgegenzuwirken, ist es wichtig, die Belastungen und Ressourcen der Mitarbeitenden am Arbeitsplatz zu kennen und mit Interventionen in die richtige Balance zu bringen. Die partizipative Erhebung derselben und die gemeinsame Erarbeitung von Massnahmen ist zwar aufwändig, aber ein zentrales Element für die nachhaltige Entwicklung von gesunden Arbeitsumgebungen. Eine Investition, die sich lohnt, da gesunde und zufriedene Mitarbeitende ein entscheidender Erfolgsfaktor sein dürften, um den Fachkräftemangel zu entschärfen.

## 18 Gewalt durch Klient/-innen gegenüber Spitex-Mitarbeitenden

Das verbreitete Phänomen der Gewalt durch Klient/-innen gegenüber Mitarbeitenden kann verschiedene Formen annehmen. Mitarbeitende können verbale Gewalt (anschreien, schimpfen, diskriminieren etc.), körperliche Gewalt (schubsen, kratzen, schlagen, das Werfen von Körperflüssigkeiten etc.), sexuelle Gewalt (obszöne Gesten, ungewolltes Umarmen, intime Körperteile berühren etc.), Beschädigung oder Verlust von persönlichen oder arbeitsbezogenen Materialien oder auch Angriffe von Haustieren erleben [123, 124]. Eine Meta-Analyse zum Thema Gewalt am Arbeitsplatz in der Spitex mit Studien aus den USA, Japan, Israel, Australien und Kanada zeigte, dass im Durchschnitt, in den letzten 12 Monaten, 10 % der Spitex-Mitarbeitenden körperlicher Gewalt und 36 % nicht-körperlicher Gewalt ausgesetzt waren [125].

Pflegepersonen sind weltweit die am stärksten von Gewalt betroffene Berufsgruppe, was sich auf die Gesundheit der Mitarbeitenden auswirken kann [124, 126]. Diese zusätzliche Belastung beeinflusst auch die Kündigungsabsicht oder Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden [124, 126]. Eine Studie aus der Schweiz zeigte, dass durch Aggressionsmanagement-Training (z. B. das Training der Fähigkeit, bei aggressivem Verhalten das Gespräch mit dem/r Klient/-in zu suchen) und Unterstützung von den Vorgesetzten und Teamkolleg/-innen negative Gefühle oder Belastungen nach aggressiven Vorfällen verringert werden können [124]. In diesem Kapitel stellen wir die SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Gewalt durch Klient/-innen gegenüber Spitex-Mitarbeitenden dar.

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Gewalt gegenüber Spitex-Mitarbeitenden (Sicht Mitarbeitende)

Bei den teilnehmenden Mitarbeitenden zeigte sich, dass verbal aggressive Verhaltensweisen von Klient/-innen gegenüber Mitarbeitenden am häufigsten vorkommt. Hierzu gab die Mehrheit (69.1 %) der Mitarbeitenden an, mindestens einmal im Jahr (oder mehr) verbal aggressives Verhalten durch Klient/-innen zu erleben. Auch körperlich aggressives (24.1 %) und sexuell aggressives (22.4 %) Verhalten wurde von fast einem Viertel der Mitarbeitenden mindestens einmal im Jahr (oder mehr) erlebt (siehe Abbildung 111).

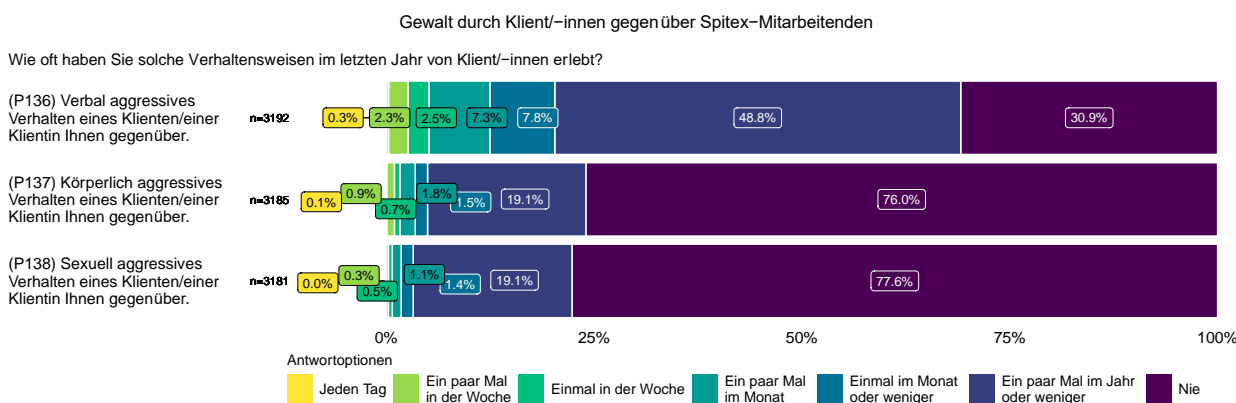


Abbildung 111: Gewalt durch Klient/-innen gegenüber Spitex-Mitarbeitenden (Sicht Mitarbeitende)

Die nachfolgenden Items wurden nur von Mitarbeitenden beantwortet, die bei den Fragen zu den erlebten Aggressionen nicht überall „nie“ geantwortet hatten (d. h. mindestens einmal in den letzten 12 Monaten eine aggressive Verhaltensweise erlebt hatten). Weniger als die Hälfte (44.7 %) von ihnen berichtete, die erlebten Vorfälle „immer“ den Vorgesetzten oder einer zuständigen Stelle in der Spitex gemeldet zu haben. Die Mehrheit (53.1 %) gab an, dass aus ihrer Sicht „immer“ die nötigen Massnahmen ergriffen worden waren (siehe Abbildung 112).

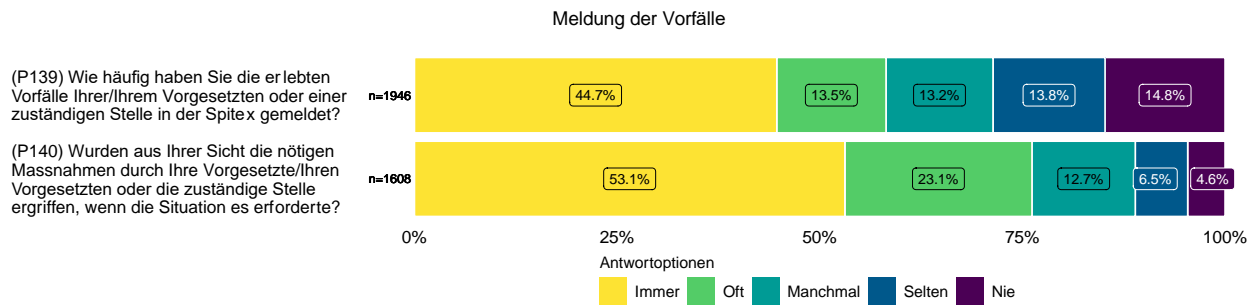


Abbildung 112: Meldung von aggressiven Verhaltensweisen von Klient/-innen (Sicht Mitarbeitende)

„Die Studienresultate zum Thema Gewalt gegenüber Spitex-Mitarbeitenden sind alarmierend. Wir brauchen ein Aggressionsmanagement, das die Prävention, die Handlungsfähigkeit während bedrohlicher Situationen und die sorgfältige Nachbearbeitung umfasst.“

### Majbritt Jensen

Pflegeexpertin APN, MScN

Spitex Zürich AG (bis 31. August 2022)

Obwohl ich leider nicht überaus überrascht bin, zeigt diese Studie in beunruhigender Weise auf, wie sehr die Kolleg/-innen im häuslichen Setting von Gewalt betroffen und aggressivem Verhalten ausgesetzt sind. Körperliche oder sexuelle Gewalt während des Arbeitsalltags betreffen je über 700 Personen und knapp 70 % der Befragten (über 2'200 Personen) sind mit verbal aggressivem Verhalten konfrontiert.

Aus meiner Sicht sind die Ergebnisse bezüglich Nachbearbeitung und Umgang mit solchen Situationen alarmierend. Daraus geht hervor, dass jedes zehnte Ereignis nicht betreut wurde. Dies betrifft über 170 Kolleg/-innen. Zudem melden rund 300 Kolleg/-innen die Vorfälle nicht.

Die Studie zeigt leider auf beeindruckende Weise auf, dass Aggression / Gewalt ein häufiges Thema in der Arbeit im häuslichen Setting ist. Ich befürworte es, diese Ergebnisse den Mitarbeitenden und Organisationen zur Verfügung zu stellen. Ein offener Umgang mit der Thematik kann die individuell empfundene Belastung erleichtern.

Die Resultate können spitexübergreifend genutzt werden, um den jeweiligen Organisationen konkrete Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Wie die SPOT<sup>nat</sup>-Forschungsgruppe beschreibt, gibt es in der Literatur bereits positive Ergebnisse eines umgesetzten Aggressionsmanagements. Es muss ein möglichst sicheres Arbeitsumfeld geschaffen werden können – selbstverständlich für die persönliche Situation der Mitarbeitenden, aber auch in Bezug auf die zunehmend hohe Fluktuation innerhalb der Pflege.

Es ist aus meiner Sicht zwingend, ein Aggressionsmanagement aufzubauen, das sowohl die Prävention, die Handlungsfähigkeit während bedrohlicher Situationen, aber auch die sorgfältige Nachbearbeitung umfasst. Es gibt bereits einige Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Gesundheits- und Sozialwesen in der Schweiz. Aus meiner Sicht würde es sich lohnen, diese auf die Übertragbarkeit und Praktikabilität im häuslichen Setting zu überprüfen.



## 19 Finanzierung der Spitex-Leistungen

In der Schweiz basiert die Finanzierung der Spitex-Leistungen im Krankenversicherungsbereich seit Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 auf drei Grundpfeilern: den Beiträgen der Versicherer, der Patientenbeteiligung und der Restfinanzierung durch die Kantone / Gemeinden [127].<sup>15</sup> Die Beiträge der Versicherer betreffen die KVG-pflichtigen-Leistungen, sind national in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) festgelegt und daher schweizweit einheitlich. Im Jahr 2020 betragen die Beiträge der Versicherer (gemäss Art. 7a KLV) für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination CHF 76.90, Massnahmen der Untersuchung und Behandlung CHF 63.00 und Massnahmen der Grundpflege CHF 52.60 pro Stunde [128]. Die Art und Höhe der Patientenbeteiligung sowie die Höhe und die Voraussetzung für die Restfinanzierung variieren kantonal und teilweise auch kommunal. So reicht beispielsweise die Patientenbeteiligung, die von den Klient/-innen zusätzlich zu Franchisen und Selbstbehalt geleistet werden muss, von keiner Beteiligung, also CHF 0.-, bis zum gesetzlich festgelegten Höchstbetrag von CHF 15.35 pro Tag, an dem Spitex-Leistungen bezogen werden. Hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen werden von den Klient/-innen getragen und je nach Leistungsvereinbarung der Spitex-Organisation durch Beiträge der öffentlichen Hand subventioniert.

Internationale Studien zeigen, dass Regulierungen und Finanzierungsmechanismen die Inanspruchnahme der Leistungen durch Klient/-innen, die Arbeitsumgebung der Spitex-Mitarbeitenden und die Koordination und Qualität der Versorgung beeinflussen können [129-132]. So zeigte eine niederländische Studie beispielsweise, dass mit einer Verschiebung der Spitex-Anspruchsvoraussetzungen (etwa mit einem stärkerem Fokus auf der persönlichen als auf der gesundheitlichen Situation) zum einen weniger Personen mit einem hohem Einkommen und zum anderen mehr Alleinstehende Pflegeleistungen in Anspruch nahmen [131]. Weitere Studien berichteten davon, dass sich die Pflege oft nicht nach den Präferenzen und dem Pflegebedarf des Einzelnen, sondern an finanziellen Einschränkungen orientierte [130], und dass Finanzierungsreformen ungewollte negative Auswirkungen – wie Fragmentierung der Leistungen oder auch Koordinations- und Qualitätsprobleme – mit sich brachten [129]. Für die Schweiz gibt es bisher noch keine Untersuchungen, inwiefern sich unterschiedliche Regulierungen oder Finanzierungsmechanismen auf die Spitex- oder Klientenebene auswirken; und es gibt keine internationalen Studien, die Spezifitäten von Regulierungen und Finanzierungsmechanismen aufgreifen, wie sie in der Schweiz vorliegen. In diesem Kapitel stellen wir die SPOT<sup>nat</sup> Resultate zu den Auflagen im Rahmen der Leistungsverträge, zur Restfinanzierung der Pflegekosten, den Finanzierungsarten sowie zur Auswirkung der Änderung der Finanzierung dar.

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur Finanzierung der Spitexleistungen

#### 19.1 Auflagen im Rahmen von Leistungsverträgen (Sicht Betriebsleitungen)

Die Spitex-Organisationen, die über einen Leistungsvertrag / eine Leistungsvereinbarung mit der Gemeinde / den Gemeinden bzw. dem Kanton verfügten, wurden gebeten anzugeben, welche Auflagen ihnen durch die Gemeinde(n) / den Kanton im Rahmen von Leistungsverträgen gemacht werden. Insgesamt 70 der 88 teilnehmenden Organisationen verfügten über einen Leistungsvertrag / eine Leistungsvereinbarung. Über alle vorgeschlagenen Auflagen gesehen, wurden die Auflagen „Offenlegung der Kostenrechnung und / oder Erstellung nach bestimmten Vorgaben“ (90.0 %), „System zur Bedarfsabklärung und Dokumentation“ (88.6 %), „Abdeckung der Dienstleistung an Wochenenden und Feiertagen“ (90.0 %), „Versorgungspflicht“ (82.9 %) und „Qualitätsvorgaben“ (82.9%) am häufigsten genannt (siehe Abbildung 113).

<sup>15</sup> Eine Ausnahme bildet die Finanzierung der Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden. Sie wird auf der Basis von kantonal ausgehandelten Tarifen anteilmässig von den Krankenversicherern (45 %) und der öffentlichen Hand (55 %) getragen.

### Auflagen

(B8) Welche Auflagen werden Ihrer Spitex-Organisation durch die Gemeinde(n) / den Kanton im Rahmen von Leistungsverträgen gemacht?  
Kreuzen Sie alles, was zutrifft.

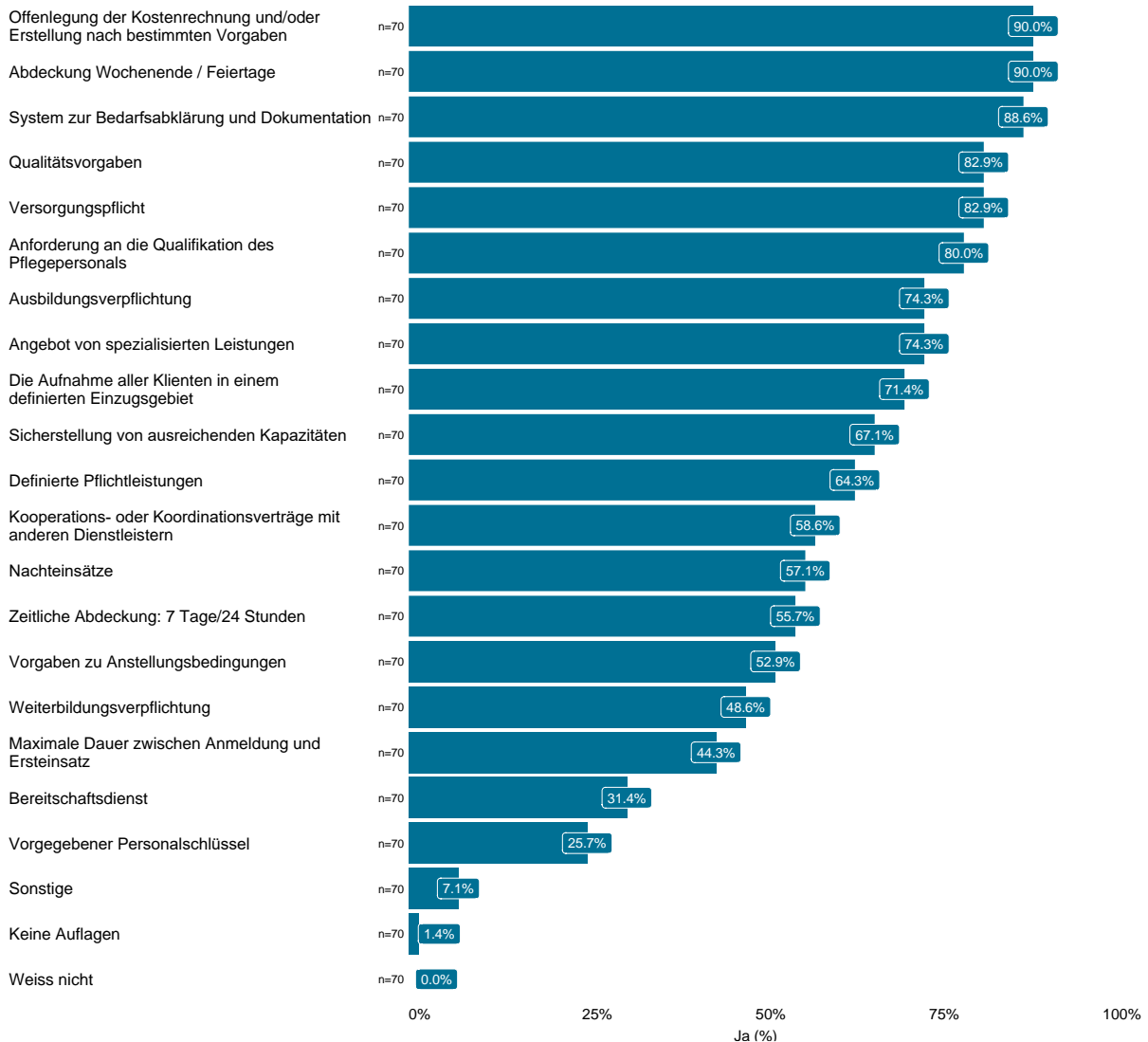


Abbildung 113: Auflagen durch Gemeinde(n) / Kanton im Rahmen von Leistungsverträgen (Sicht Betriebsleitungen)

Von den Spitex-Organisationen, die angaben, keine/n Leistungsvertrag / Leistungsvereinbarung mit der Gemeinde(n) bzw. dem Kanton zu haben, berichteten alle 17 Organisationen, dass Mindestbedingungen der Gemeinde(n) bzw. des Kantons für die Zulassung zur Leistungserbringung erfüllt werden müssen. Dabei wurden als Mindestbedingung die „Anforderung an die Qualifikation des Personals“<sup>16</sup> und „Betriebskonzept (beinhaltet u. a. Leitbild, Strukturen, Betriebsabläufe, Qualitätskonzept)“ von allen 17 Spitex-Organisationen angekreuzt (siehe Abbildung 114).

<sup>16</sup> Dabei ist zu beachten, dass diese Mindestqualifikationen im Administrativvertrag mit den Krankenversicherungen vereinbart sind.



Mindestbedingungen für die Zulassung zur Leistungserbringung

(B9) Wenn ja (Mindestbedingungen der Gemeinde(n) bzw. des Kantons für die Zulassung zur Leistungserbringung erfüllt werden müssen), welche? Kreuzen Sie alles, was zutrifft.

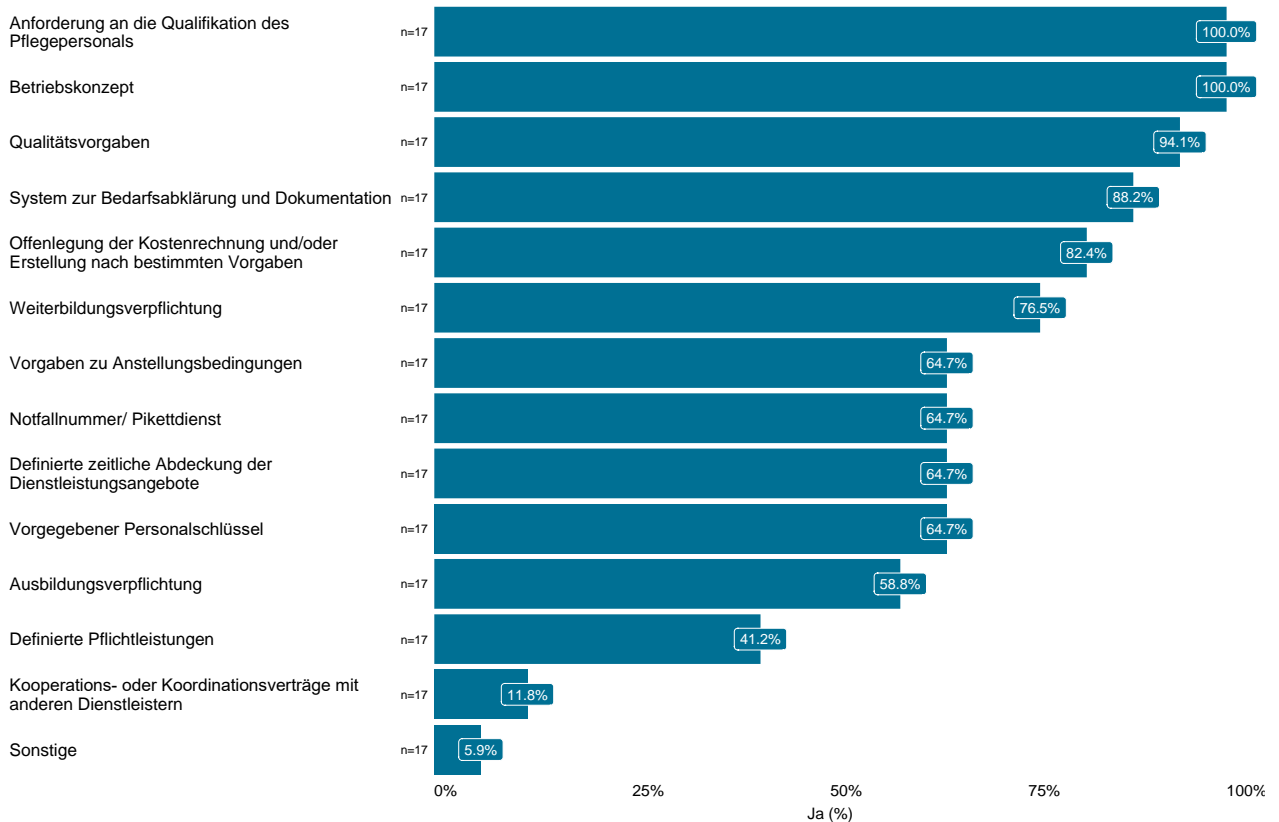


Abbildung 114: Mindestbedingungen für die Zulassung zur Leistungserbringung (Sicht Betriebsleitungen)

19.2 Restfinanzierung Pflege (Sicht Betriebsleitungen)

Wie in Abbildung 115 ersichtlich, erhielt der Grossteil (95.5 %) der Spitex-Organisationen im Jahr 2020 eine Restfinanzierung. Diese wurde bei 27.3 % vollständig durch den Kanton und bei 53.4 % vollständig durch die Gemeinden finanziert. Bei den Spitex-Organisationen, die eine Aufteilung der Restfinanzierung zwischen dem Kanton und den Gemeinden angaben, variierte der Anteil der Kantone von 3.0 % bis 70.0 %, wobei der Median bei 55.0 % [IQB 30.0-70.0] liegt. Bei den Gemeinden variierten die Werte zwischen 30.0 % und 97.0 %, mit einem Median von 45.0 % [IQB 30.0-70.0]. Bei der Mehrheit der Organisationen, nämlich 82.1 %, war die Auszahlung der Restfinanzierung an bestimmte Bedingungen geknüpft.

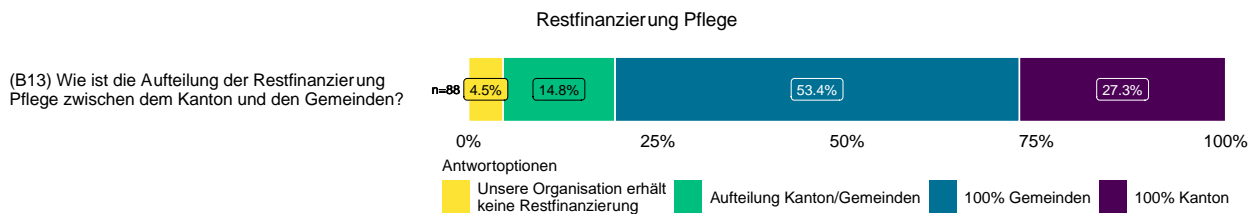


Abbildung 115: Restfinanzierung Pflege (Sicht Betriebsleitungen)

Von den 69 Spitex-Organisationen, die angaben, dass die Restfinanzierung an bestimmte Bedingungen geknüpft ist, deckten sich die zu erfüllenden Bedingungen bei einem Grossteil der Organisationen (76.8 %) mit den Bedingungen des Leistungsvertrags oder den Bedingungen für die Zulassung zur Leistungserbringung (17.4 %).

Bei der Frage, auf welcher Basis die Restfinanzierung der Pflegekosten durch den Kanton bzw. durch die Gemeinden festgelegt werden, können die Antworten in folgende Gruppen unterteilt werden (siehe Abbildung 116):

1. Über ein Drittel der Spitex-Organisationen (n=27) gab an, dass die Restfinanzierung betrieblich individuell und durch im Voraus festgelegte Kosten abgegolten wird (z. B. auf Verhandlungsbasis im Rahmen eines Leistungsvertrags und der jährlichen Budgetierung oder durch die Kostenrechnung im Vorjahr).
2. 35.8 % der Spitex-Organisationen (n=29) gaben an, dass die Restfinanzierung durch Normkosten, Normdefizite oder Höchstgrenzen / Höchsttaxen abgegolten wird.
3. Gut jede vierte Organisation (27.2 %, n=22) berichtete, dass die effektiven Vollkosten pro Leistungskategorie abgegolten werden.
4. Drei Organisationen erwähnten die Abgeltung durch ein Globalbudget (in der Grafik abgebildet unter „Sonstige“).

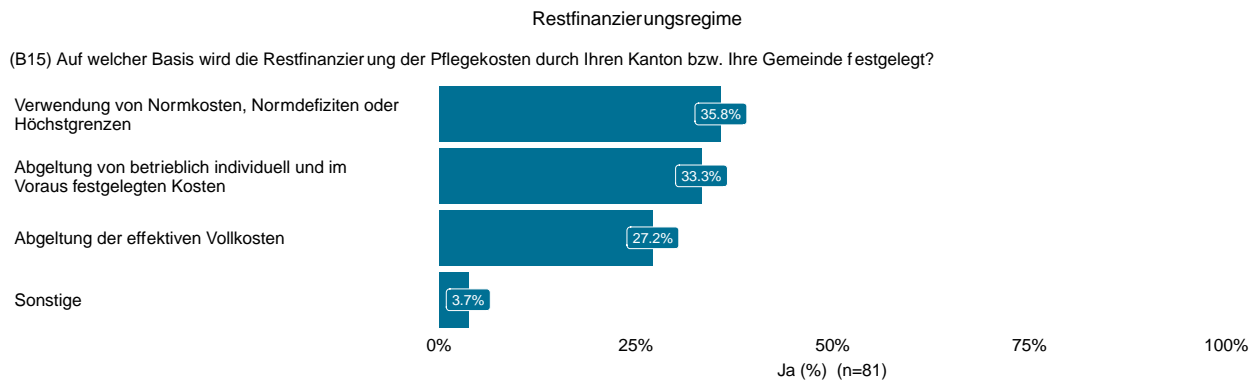


Abbildung 116: Restfinanzierungsregime der Pflegekosten (Sicht Betriebsleitungen)

Zusätzlich wurde mit einer Frage im Betriebsfragebogen die Häufigkeit von Auseinandersetzungen mit Gemeinden / Kantonen betreffend der Restfinanzierung erfragt. Die Mehrheit (53.0 %) verneinte Auseinandersetzungen mit den Kantonen / Gemeinden. Jedoch gaben auch 14.4 % der Spitex-Organisationen an, dass Auseinandersetzungen mit Gemeinden / Kantonen betreffend der Restfinanzierung „sehr häufig“ oder „häufig“ vorkommen (siehe Abbildung 117).

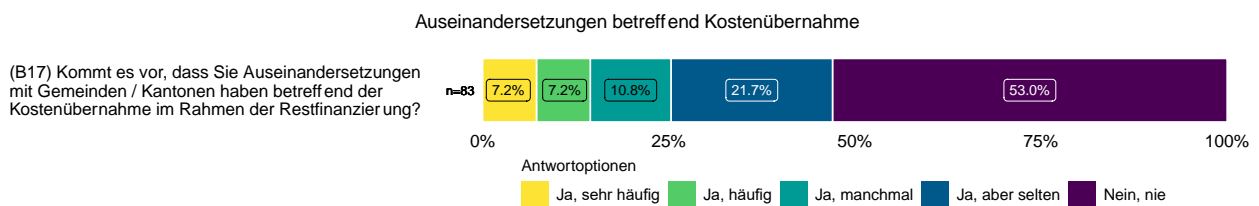


Abbildung 117: Auseinandersetzung mit Gemeinden / Kantonen betreffend Kostenübernahme (Sicht Betriebsleitungen)

Zwei Fragen im Betriebsfragebogen befassten sich mit dem Thema der nicht gedeckten Pflegekosten. Die Forschungsgruppe fragte, ob nicht gedeckte Kosten im Jahr 2020 vorhanden waren und wer diese allfälligen Kosten übernommen hatte. 39.5 % der teilnehmenden Spitex-Organisationen gaben an, im Jahr 2020 nicht gedeckte Pflegekosten ausgewiesen zu haben. Bei den meisten Organisationen wurden diese ungedeckten Kosten entweder durch das Eigenkapital (47.1 %) oder durch den Träger der Spitex-Organisation (44.1 %) gedeckt (siehe Abbildung 118). Als „Anderes“ wurde z. B. Defizitgarantie angegeben.

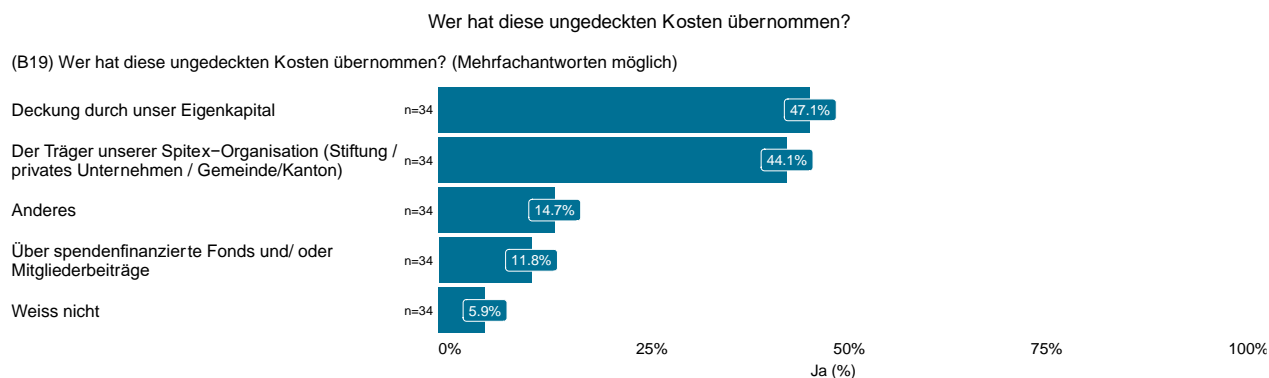


Abbildung 118: Übernahme der ungedeckten Kosten (Sicht Betriebsleitungen)

### 19.3 Patientenbeteiligung (Sicht Betriebsleitungen)

Wie bereits erwähnt, stellt die Patientenbeteiligung eine von drei Finanzierungspfeilern in der Spitex dar und ist kantonal unterschiedlich geregelt. In den Kantonen FR, JU, NE, TI, VD und VS existiert keine Patientenbeteiligung. Eine Obergrenze von CHF 7.65 pro Tag findet man in den Kantonen AR, AI, BL, BS, GR, SZ, UR und ZH, in GE gilt eine Obergrenze von CHF 8.00 pro Tag [133].

Einen prozentualen Anteil der in Rechnung gestellten Pflegekosten oder einen direkten Beitrag bis zur Obergrenze von CHF 15.35 pro Tag laut KVG registrieren wir in den Kantonen AG, BE, GL, TG, LU, SG, SH, SO, NW, OW und ZG [133].

Anhand einer Frage im Betriebsfragebogen wurde die Art der Patientenbeteiligung der teilnehmenden Spitex-Organisationen erfasst (Abbildung 119).

Die drei häufigsten Arten, wie die Patientenbeteiligung bei den in SPOT<sup>nat</sup> teilnehmenden Organisationen geregelt waren, sind:

1. Bei 18 Organisationen (20.5 %) gab es keine Patientenbeteiligung.
2. Bei 16 Organisationen (18.2 %) war die Patientenbeteiligung mit 20 % der in Rechnung gestellten Pflegekosten KVG bis zu einem Maximum von CHF 15.35 pro Tag festgelegt.
3. Bei weiteren 16 Organisationen (18.2 %) war die Patientenbeteiligung mit einem direkten Beitrag bis maximal CHF 7.65 pro Tag geregelt (oder CHF 8.00 in GE).



Höhe der Patientenbeteiligung

(B23) Wie ist die Höhe der Patientenbeteiligung geregelt?

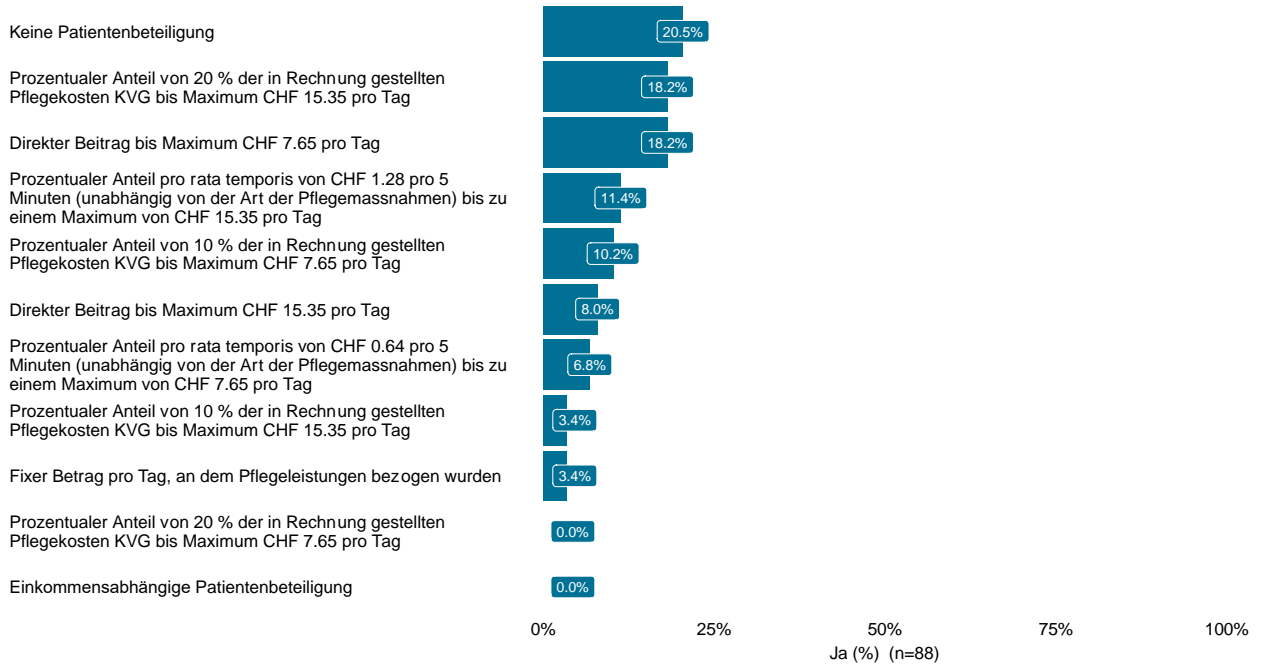


Abbildung 119: Höhe der Kostenbeteiligung von Patient/-innen (Sicht Betriebsleitungen)

### 19.4 Finanzierungsarten (Sicht Betriebsleitungen)

Zum Thema Finanzierung wurden die Spitex-Organisationen gebeten, die Gesamteinnahmen prozentual aufzuteilen und anzugeben, wie viel Prozent der Aufwände als verrechenbare Kosten abgerechnet werden konnten. Ebenfalls wurden die Organisationen ersucht, die Höhe des Anteils der Personalkosten, die der KVG-Pflege zugeteilt wurden, anzugeben. Über die Gesamteinnahmen gesehen, fielen die Beiträge der Versicherer durchschnittlich mit 43.6 % am höchsten aus, gefolgt von der Restfinanzierung entweder durch die Gemeinden mit durchschnittlich 21.5 % oder die Kantone mit durchschnittlich 8.8 %. Die durchschnittlichen Beiträge durch die Klient/-innen, zum einen durch Zahlungen für hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen (12.8 %) und / oder zum anderen durch die Patientenbeteiligung (4.7 %), lagen an dritter Stelle (siehe Abbildung 120).

Anteil an den Gesamteinnahmen im Jahr 2020 durch die Finanzierungsträger

(B24) Wie hoch ist der prozentuale Anteil an den Gesamteinnahmen im Jahr 2020, der durch die folgenden Finanzierungsträger abgedeckt wurde?

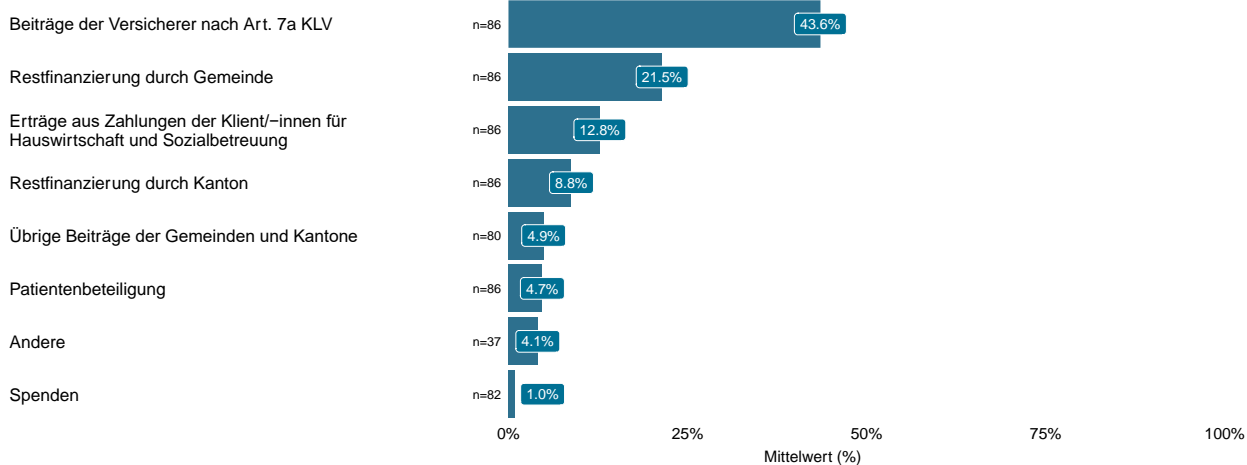


Abbildung 120: Anteil der Gesamteinnahmen im Jahr 2020 durch die Finanzierungsträger (Sicht Betriebsleitungen)

Die verrechenbaren Kosten fallen gemäss Angaben der teilnehmenden Spitex-Organisationen mit einem Median von 57.0 % [IQB 48.0-70.0] etwas höher aus als die nicht-verrechenbaren Kosten mit 43.0 % [IQB 30.0-52.0], dazu zählen beispielsweise Wegzeiten, Teamsitzungen oder Gebäudekosten.

### 19.5 Kostendruck (Sicht Betriebsleitungen)

Das Thema Kostendruck wurde mit vier Fragen abgedeckt. Die ersten beiden Fragen ermittelten die Auswirkung von gesetzlichen Änderungen auf den Kostendruck: Die Einführung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 sowie die Senkung der Krankenkassenbeiträge an Spitex-Leistungen 2020 führte gemäss der Mehrheit der Betriebsleitungen zu einer Zunahme des Kostendrucks auf die Organisation (siehe Abbildung 121).

Auswirkung der Änderung der Finanzierung auf den Kostendruck

Wie haben sich die gesetzlichen Änderungen der Finanzierung auf den Kostendruck Ihrer Spitex-Organisation ausgewirkt?

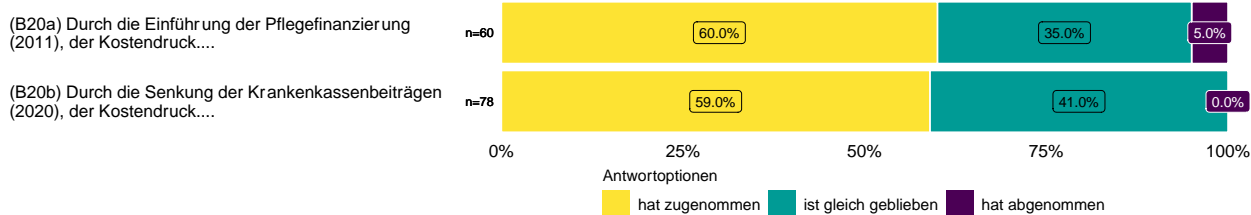


Abbildung 121: Auswirkung der Änderung der Finanzierung auf den Kostendruck (Sicht Betriebsleitungen)

Die dritte Frage bezog sich auf Auseinandersetzungen mit Krankenkassen: Etwas mehr als die Hälfte der Spitex-Organisationen gaben an, ein- oder mehrmals pro Monat Auseinandersetzungen mit Krankenkassen betreffend Kostenübernahme in Einzelfällen zu haben (siehe Abbildung 122).

Auseinandersetzungen mit Krankenkassen

(B21) Wie oft kommt es vor, dass Sie über einzelne Rückfragen (Telefon/Brief/Mail) hinausgehende Auseinandersetzungen mit Krankenkassen haben betreffend der Kostenübernahme in Einzelfällen?

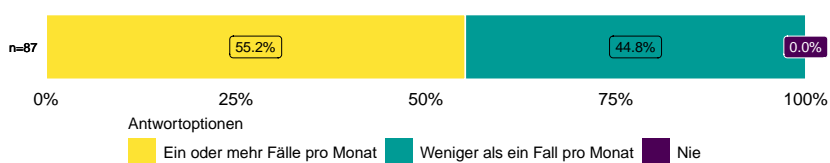


Abbildung 122: Auseinandersetzungen mit Krankenkassen (Sicht Betriebsleitungen)

Die vierte Frage betraf Sparmassnahmen: 37.5 % der Spitex-Organisationen gaben an, mit der Planung oder Durchführung von Sparmassnahmen beschäftigt zu sein (siehe Abbildung 123). Als Beispiele für Sparmassnahmen wurden u. a. die Optimierung der Tourenpläne, die Erhöhung der verrechenbaren Zeit, die Verringerung der nicht-verrechenbaren Stunden oder auch die Optimierung der Personaleinsatzplanung genannt.

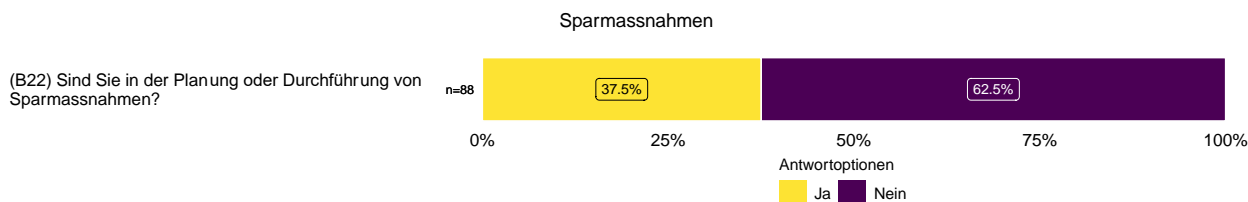


Abbildung 123: Planung oder Durchführung von Sparmassnahmen (Sicht Betriebsleitungen)

„Die Rahmenbedingungen für die Restfinanzierung sollten klarer und berechenbarer für die Spitex-Organisationen sein und mittelfristige Finanzierungsperspektiven schaffen, die Investitionen in die Zukunft in den Spitex-Betrieben fördern.“

### Markus Reck

CEO

Spitex Zürich

An den Resultaten auffallend erscheint mir die Zunahme der Regulierung durch Auflagen, die nicht nur die Qualität der Leistungserstellung, sondern auch und v.a. die Beziehung und Förderung der Mitarbeitenden sowie die Rechnungslegung (Kostenrechnung) betreffen. Hier wäre es interessant zu wissen, welche Auflagenmenge mit den Leistungsverträgen / Versorgungspflicht einhergehen (und daher kostenrelevant sind) und wie hoch die Regulierungsdichte bei den Organisationen ohne entsprechende Vereinbarung mit der öffentlichen Hand sind (günstigere Leistungserstellung). Dies betrifft ebenfalls die erfragten Mindestbedingungen zur Zulassung zur Leistungserbringung, da diese auch eine nicht zu vernachlässigende / hohe Korrelation zu den Leistungserstellungskosten haben. Die Aussagen zur Restfinanzierung spiegeln die Heterogenität des Systems, das einerseits keine nationale Gleichbehandlung der Klient/-innen schafft, sondern grosse Unterschiede in der Patientenbeteiligung. Andererseits erscheinen die unterschiedlichen Restfinanzierungslösungen für die Spitex-Organisationen auf kantonale und z. T. regionale / kommunale Bedürfnisse abgestimmt, was jedoch in den zur Verfügung stehenden Zahlen leider wenig erkennbar ist.

Gerade die Zunahme von Auflagen, Vorgaben, Anforderungen und insgesamt der Regulierungsdichte erhöhen einerseits die Professionalität und Qualität der Spitex-Leistungen und damit die Sicherheit für die Klient/-innen, jedoch führen sie auch zu mehr Aufwand und Kosten, die wiederum zu finanzieren sind. Die öffentliche Hand – ob Bund, Kantone oder Gemeinden – sollte sich dieses Zusammenhangs immer bewusst sein und die Finanzierung entsprechend anpassen. Die Heterogenität hat ihren Ursprung in der föderalen Ausrichtung des Schweizer Gesundheitssystems. Dieses kann kantonale und regionale Bedürfnisse und Anforderungen gut in Lösungen integrieren, schafft jedoch auch Ungleichheiten, die gerade bei der Patientenbeteiligung als störend empfunden werden, da Klient/-innen, die Pflegeleistungen der Spitex beziehen, dies gemäss KVG überall unter gleichen Voraussetzungen tun können sollten. Ursprünglich als Steuerungselement gedacht, hat es die Erwartungen auch bei einem Patientenbeitrag von CHF 15.35 pro Tag (20 %) nicht wirklich erfüllt und die Spitex-Klient/-innen dazu veranlasst, weniger Pflegeleistungen zu beziehen (die im Übrigen ja ärztlich verordnet sind).

Handlungsbedarf und Ansätze für Verbesserungen gibt es immer wieder. Das zeigt sich erneut in diesen Resultaten. Grundsätzlich wäre eine Priorisierung der Auflagen ratsam, um eine sinnvolle und zielfüh-



rende sowie verwaltungstechnisch und personell mit angemessenem Aufwand durchführbare Regulierung und Kontrolle zu gewährleisten und damit die Kostensteigerungen künftig zu begrenzen. Dies auch immer im Hinblick auf den zunehmenden Mangel an Fachpersonal in der Pflege, die weniger für administrative Kontrollarbeiten, sondern die Leistungserbringung bei den Klient/-innen einzusetzen ist. Ebenfalls Handlungsbedarf gäbe es bei der Vereinheitlichung (oder Abschaffung) der Patientenbeiträge auf nationaler Ebene, um Ungleichbehandlungen der Klient/-innen zu verhindern. Bei der Restfinanzierung gab die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) bei der Einführung der neuen Pflegefinanzierung Empfehlungen an die Kantone ab. Trotzdem zeigt sich die föderale Lösungsvielfalt hier sehr eindrücklich und erscheint mir für die Zukunft problematisch zu sein. Ob auf Ebene KVG national mehr Vorgaben zielführend wären oder sich eine Lösung mit klaren Leitplanken und Grundsätzen im Rahmen der GDK als flexibler erweisen würden, lasse ich hier offen. Es erscheint mir jedoch wichtig, dass Rahmenbedingungen für die Restfinanzierung klarer und berechenbarer für die Spitex-Organisationen sind und mittelfristige Finanzierungsperspektiven schaffen, die Investitionen in die Zukunft in den Spitex-Betrieben fördern und nicht von Jahr zu Jahr eher kurzfristige Denkhaltungen „be-  
lohlen“.

## 20 Finanzielle Belastungen der Klient/-innen

Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt in der Schweiz durch verschiedene Finanzierungsregimes, dazu gehören u. a. der Staat (Bund, Kantone und Gemeinden), die obligatorische Krankenversicherung oder auch Selbstzahlungen. 21.6 % der Gesundheitskosten in der Schweiz im Jahr 2020 wurden von den Patient/-innen selbst getragen [134]. Um auf Unterstützung angewiesene Menschen ein Leben zu Hause zu ermöglichen, benötigt es ein breites Spektrum an medizinischen und nicht-medizinischen Dienstleistungen, wie beispielsweise Grundpflege, Therapien, Haushaltshilfe oder auch Mahlzeitendienste und Transporte. Diese können Kosten verursachen, die nicht durch die öffentliche Hand oder Krankenkassen gedeckt sind und folglich zu einer vermehrten finanziellen Belastung führen [135]. Diese Belastung durch Selbstzahlungen kann eine Barriere darstellen für den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Im Jahr 2016 sagten rund 22 % der Schweizerinnen und Schweizer, dass sie aufgrund der Kosten auf eine aus ihrer Sicht notwendige Gesundheitsversorgung verzichteten [136].

Besonders Klient/-innen mit Multimorbiditäten weisen höhere direkte (z. B. Spitex-Leistungen, Medikamente) und indirekte Kosten (z. B. Transport zu Terminen) auf und können dadurch hohe finanzielle Belastungen erleben, was einen negativen Einfluss haben kann auf die Lebensqualität oder etwa die Medikamentenadhärenz [137].

Klient/-innen, die Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen, haben sich seit der 2011 in Kraft getretenen Neuordnung der Pflegefinanzierung, je nach Kantonen, mit maximal 20 % des höchsten Krankenversicherungsbetrags, respektive CHF 15.35 pro Tag zu beteiligen. Diese Beteiligung variiert von Kanton zu Kanton. Dazu werden Betreuungsleistungen, die von der Spitex erbracht werden, nicht von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen [138]. Bei ungenügendem eigenem ökonomischem Kapital, also wenn minimale Lebenskosten nicht gedeckt werden können, besteht für Klient/-innen die Möglichkeit, Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigung zu beantragen. In diesem Kapitel stellen wir Resultate zum Erhalt von Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigung, zur Art der Krankenversicherung und Jahresfranchise, zur Wahrnehmung der finanziellen Belastung der Klient/-innen sowie zum Verzicht auf Leistungen dar.

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zur finanziellen Belastung

#### 20.1 Finanzielle Belastungen der Klient/-innen (Sicht Klient/-innen)

Ein Viertel (24.9 %) der teilnehmenden Klient/-innen konnte mit ihrem monatlichen Gesamteinkommen „eher schwierig“, „schwierig“ oder „sehr schwierig“ die notwendigen Ausgaben bezahlen (siehe Abbildung 124). Die wahrgenommene finanzielle Belastung des monatlichen Budgets durch die gesundheitlichen Ausgaben der Klient/-innen lag auf einer Skala von 0 bis 10 bei einem Median von 5.0 [IQB 2.0-7.0], wobei 0= „gar nicht belastend“ und 10= „extrem belastend“ bedeuten.

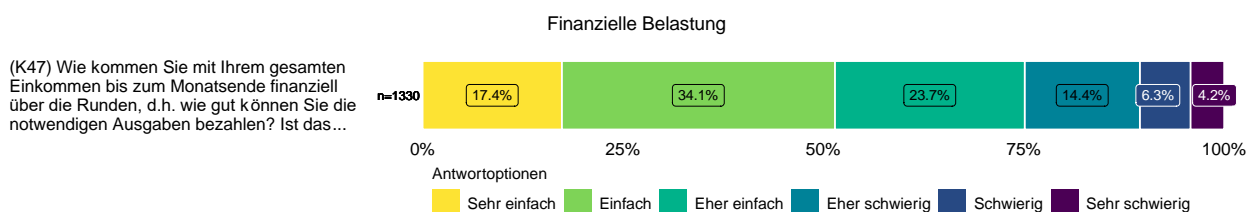


Abbildung 124: Finanzielle Belastung (Sicht Klient/-innen)

Die Mehrheit der Klient/-innen gab an, keine Ergänzungsleistungen und / oder Hilflosenentschädigung zu erhalten (80.2 % bzw. 77.8 %) (siehe Abbildung 125).



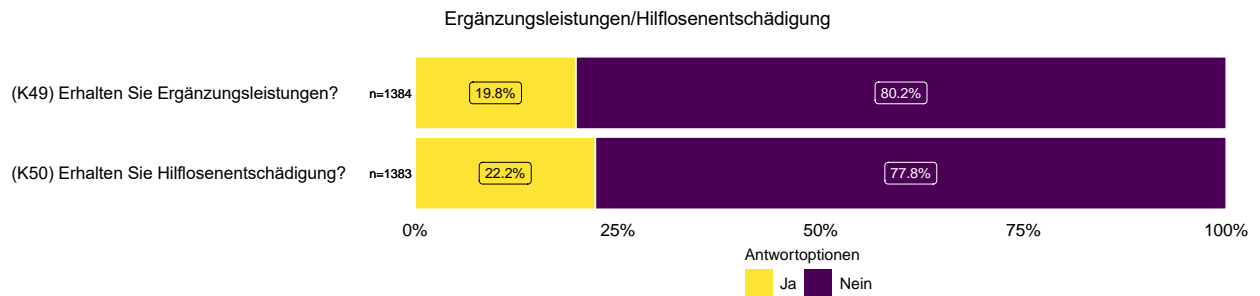


Abbildung 125: Erhalt von Ergänzungsleistungen / Hilflosenentschädigung (Sicht Klient/-innen)

Die Mehrheit (58.4 %) der Klient/-innen gab an, über eine „gewöhnliche Krankenversicherung“ zu verfügen, gefolgt vom „Hausarztmodell“ (36.2 %) (siehe Abbildung 126).

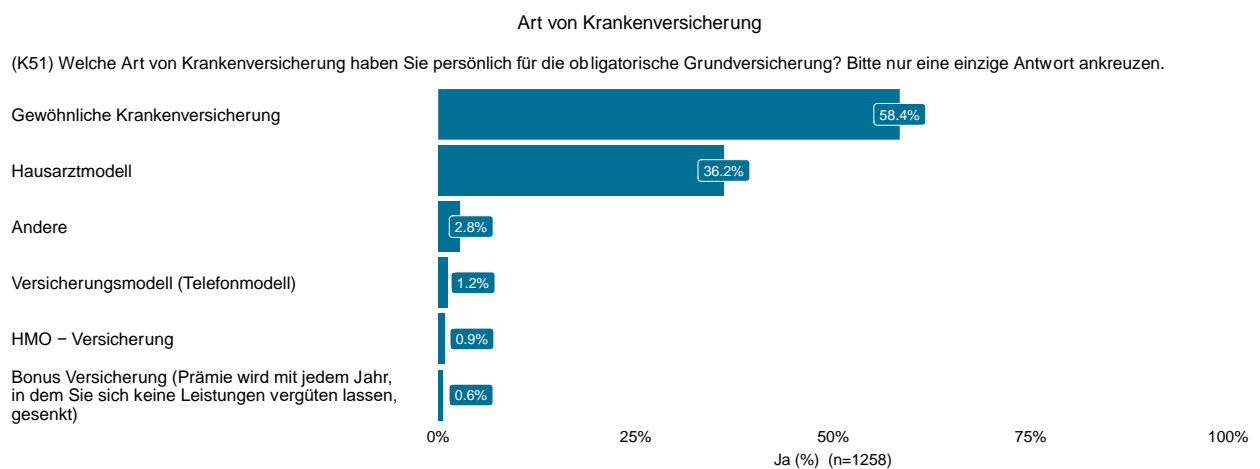


Abbildung 126: Art von Krankenversicherung (Sicht Klient/-innen)

Die Jahresfranchise entsprach bei der Mehrheit (73.2 %) dem Minimum, also CHF 300.-, gefolgt von CHF 500.- (19.0 %). Nur 0.7 % der Klient/-innen gab an, mit der höchstmöglichen Jahresfranchise, also CHF 2'500.-, versichert zu sein (siehe Abbildung 127).

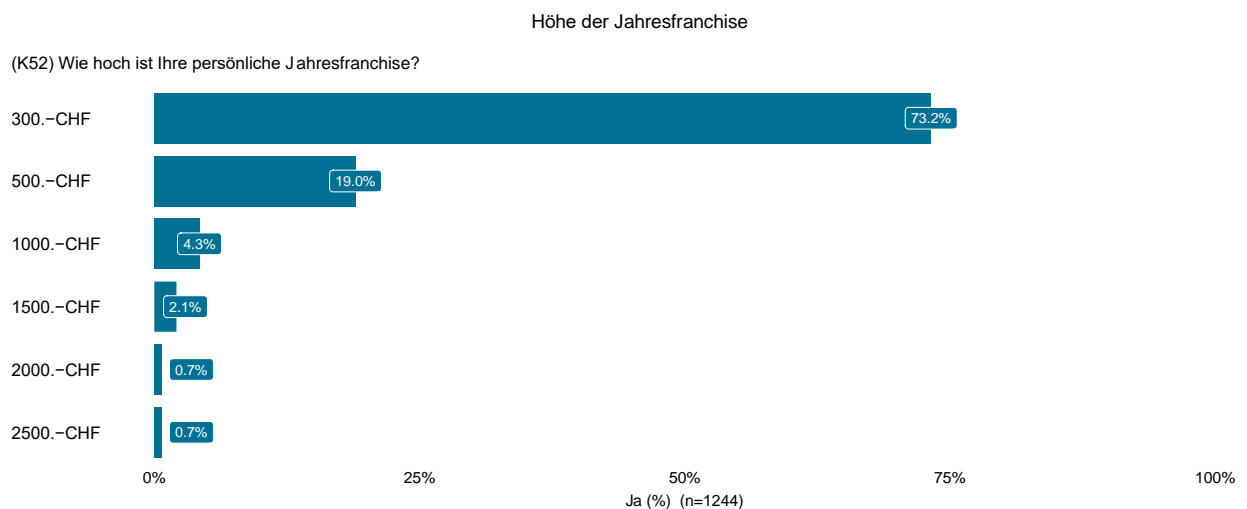


Abbildung 127: Höhe der Jahresfranchise (Sicht Klient/-innen)

Zum Vergleich: Die Schweizer Bevölkerung insgesamt wählte im Jahr 2020 am häufigsten eine Franchise von CHF 300.- (43.8 %), gefolgt von CHF 2'500.- (31.8 %) und CHF 500.- (11.5 %) [139].

## 20.2 Verzicht auf Leistungen (Sicht Betriebsleitungen)

Aus Sicht der Organisationen verzichteten die Klient/-innen mehrheitlich (76.1 %) „selten“ bis „nie / fast nie“ auf einen Teil oder ganz auf die Dienstleistungen während der Erstgespräche, weil sie die Leistungen nicht bezahlen können oder wollen (siehe Abbildung 128). Die ungefähre Anzahl Klient/-innen, die im Jahr 2020 während der Erstgespräche auf die Dienstleistungen ganz oder teilweise verzichtete, liegt gemäss Angaben der Betriebsleitungen bei einem Median von 3.0 [IQB 0.0-10.0] über alle befragten Organisationen.

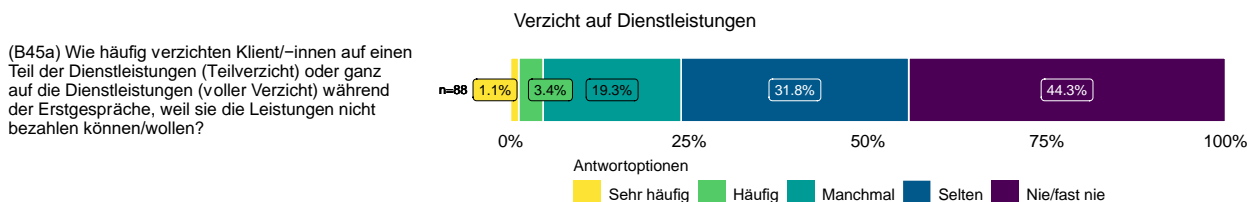


Abbildung 128: Verzicht auf Dienstleistungen während des Erstgesprächs (Sicht Betriebsleitungen)

Die Häufigkeit, bei der Klient/-innen Dienstleistungen ganz abbrechen, weil sie die Leistungen nicht mehr bezahlen konnten oder wollten, war aus Sicht der Betriebsleitungen mehrheitlich (87.5 %) „selten“ oder „nie / fast nie“ (siehe Abbildung 129). Die ungefähre Anzahl Klient/-innen, die im Jahr 2020 die Dienstleistungen ganz abgebrochen hatten, weil sie die Leistungen nicht mehr bezahlen konnten oder wollten, liegt bei einem Median von 1.0 [IQB 0.0-5.0] über alle befragten Organisationen.

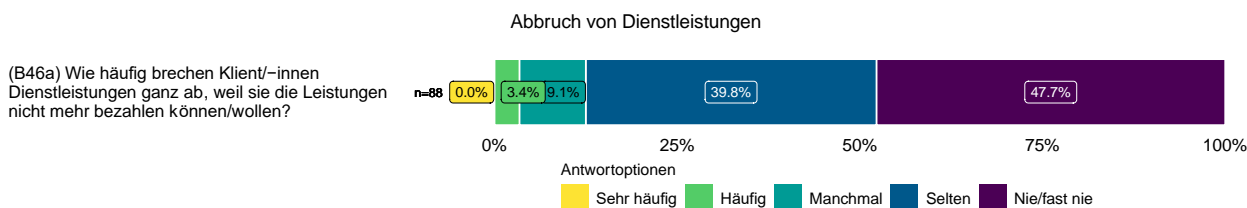
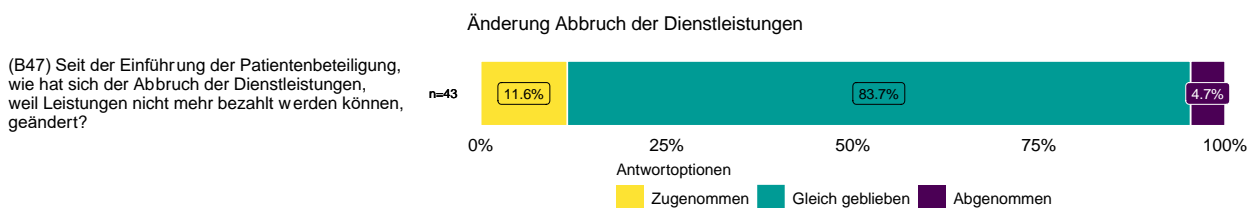


Abbildung 129: Abbruch von Dienstleistungen seit Einführung der Patientenbeteiligung (Sicht Betriebsleitungen)

Seit Einführung der Patientenbeteiligung im Jahr 2011 ist der Verzicht bzw. Abbruch von Dienstleistungen laut einer Mehrheit der Organisationen (83.7 %) gleichgeblieben (siehe Abbildung 130).



*Bemerkung.* 43 der befragten 88 Organisationen haben diese Frage beantwortet (n=43); bei den restlichen Organisationen gibt es entweder keine Patientenbeteiligung oder sie können die Frage nicht beurteilen.

Abbildung 130: Änderung Abbruch der Dienstleistungen (Sicht Betriebsleitungen)



„Die Ergebnisse der Studie mit Blick auf die finanziellen Aspekte lassen die Vermutung aufkommen, dass nicht alle Menschen mit Unterstützungsbedarf zu den benötigten Hilfe-, Betreuungs- und Pflegeleistungen kommen, weil sie ungenügend über ihre Möglichkeiten informiert sind.“

### **Prof. Dr. Carlo Knöpfel**

Dozent, Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung  
Hochschule für Soziale Arbeit FH Nordwestschweiz

Aus international vergleichenden Studien [140] wissen wir, dass die Schweiz zu jenen Ländern mit den höchsten Anteilen *out-of-pocket* (direkte Beteiligung der Patient/-innen) bei der Finanzierung der Gesundheitskosten gehört, d. h. dem höchsten Anteil an privaten Gesundheitsausgaben. Die Zahlen der vorliegenden Studie zeigen, dass diese hohe Selbstbeteiligung unerwünschte Folgen haben kann. Die Ausgaben für den Erhalt der Gesundheit belasten Haushalte mit niedrigen Einkommen stark und können zu einem Verzicht oder einem reduzierten Leistungsbezug führen. Für Haushalte mit tiefen Einkommen kennt der Sozialstaat materielle Unterstützungsleistungen. Die Daten zeigen, dass rund ein Fünftel der Befragten weder Ergänzungsleistungen noch Hilflosenentschädigung beziehen. Leider ist aus den Angaben nicht erkennbar, ob diese Personen Anspruch auf diese sozialstaatlichen Leistungen hätten.

Die Resultate sind Indizien für eine mögliche Unterversorgung von Haushalten mit tiefen Einkommen mit Spitex-Leistungen. Insbesondere im Bereich der Betreuung ist zu befürchten, dass Menschen vereinsamen, weil sie sich die vorhandenen Angebote nicht leisten können. Es braucht darum im Bereich der Hilfe- und Betreuungsleistungen der Spitex vermehrte Anstrengungen, um diese Angebote mit Sozialtarifen offerieren zu können. Subventionskürzungen für diese Unterstützungsleistungen, wie sie in letzter Zeit vermehrt zu beobachten sind, zielen unter der sozialpolitischen Prämisse „ambulant vor stationär“ in die falsche Richtung.

Die Ergebnisse der Studie mit Blick auf die finanziellen Aspekte lassen die Vermutung aufkommen, dass nicht alle Menschen mit Unterstützungsbedarf zu den benötigten Hilfe-, Betreuungs- und Pflegeleistungen kommen, weil sie ungenügend über ihre Möglichkeiten informiert sind. Hier hat das Sozial- und Gesundheitswesen eine Bringschuld. Die Spitex ist angehalten, unterstützungsbedürftige Menschen auf ihre möglichen Anrechte auf Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigung hinzuweisen. Studien der Berner Fachhochschule [141] zeigen, dass in diesem Bereich sehr hohe Nichtbezugsquoten zu beobachten sind. Zudem geben die Resultate Hinweise darauf, dass es in der Schweiz ein Anrecht auf Betreuung braucht [142]. Dieses Anrecht wird aktuell im Zusammenhang mit einer Motion diskutiert, die eine Ausweitung der Ergänzungsleistungen auf betreutes Wohnen fordert.



## 21 COVID-19

Mit der Pandemie seit anfangs 2020 sind sowohl Führungspersonen als auch Mitarbeitende der Schweizer Spitex-Organisationen vor diversen Herausforderungen gestanden. Verschiedene Items im Personal- und Betriebsfragebogen haben adressiert, inwiefern COVID-19 die Spitex-Organisationen tangiert hat und wie die Pandemie in der Spitex erlebt worden ist. Die Befragung ist zwischen Januar und September 2021 (also während der zweiten bis vierten Welle der COVID-19-Pandemie) durchgeführt worden.

In der bisherigen Forschung zum Thema zeigte sich, dass fehlendes Schutzmaterial und fehlendes Wissen im Umgang mit der Pandemie zentrale Themen waren, welche sich in der zweiten Welle verbesserten [143-145]. Zusätzlich wies eine niederländische Studie nach, dass Organisationen mit Personalengpässen kämpften, obwohl sie in der ersten Welle (März bis Juni 2020) und in der zweiten (Juli 2020 bis Januar 2021) weniger Einsätze vermeldeten [144]. Ursachen für dieses Phänomen waren u. a. die Angst von Klient/-innen und Mitarbeitenden vor einer COVID-19-Ansteckung, eine vermehrte Übernahme der Pflege durch Angehörige und Quarantäne der Mitarbeitenden [146]. Zudem entstanden durch das benötigte Schutzmaterial zusätzliche Kosten, wofür z. B. Spitex-Organisationen in den USA selbst aufkommen mussten [143].

Die Spitex-Organisationen sind in der SPOT<sup>nat</sup> Befragung über die Personalausfälle, zusätzliche Kosten, Meldung von Kurzarbeit und ihre Wahrnehmung der pandemiebedingten Herausforderungen im Jahr 2020 befragt worden. Darüber hinaus hat die Forschungsgruppe in Erfahrung gebracht, wie Mitarbeitende das Vorhandensein von Schutzmaterialien eingeschätzt und was sie als die grössten Herausforderungen erlebt haben.

### SPOT<sup>nat</sup> Resultate zu COVID-19

#### 21.1 COVID-19 (Sicht Betriebsleitungen)

Die teilnehmenden Spitex-Organisationen betreuten im Jahr 2020 im Median 5.0 [IQB 1.0-15.0] an COVID-19 erkrankte Klient/-innen, jedoch variierte die Zahl stark zwischen den Organisationen.

Im selben Jahr mussten 15.9 % (n=14) der Organisationen aufgrund der COVID-19-Pandemie Kurzarbeit anmelden. Fast alle Organisationen (93.2 %) erlitten pandemiebedingte Personalausfälle, welche hauptsächlich auf Quarantäne (Md von 20.0 Tagen, [IQB 10.0-43.5]) und Isolation (Md von 20.0 Tagen, [IQB 4.2-52.5]) der Mitarbeitenden zurückzuführen waren. Mitarbeitende fehlten auch häufiger während des Wartens auf die Testresultate (Md von 8.0 Tagen, [IQB 3.0-20.0]), einige Absenzen waren auf Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe (Md von 9.0 Tagen, [IQB 0.0-59.8]) zurückzuführen, jedoch nur wenige Absenzen auf die Betreuung der eigenen Angehörigen (Md 0 Tage [IQB 0.0-2.0]).

Mit 60.2 % hatte eine Mehrheit der Organisationen im Jahr 2020 aufgrund von COVID-19 zusätzliche Kosten, die ungedeckt blieben. Gründe dafür waren z. B. die Beschaffung von Schutzmaterial, Personalkosten oder zusätzlicher administrativer Zeitaufwand.

Die Organisationen respektive Betriebsleitungen wurden auch gebeten einzuschätzen, wie gross sie die Herausforderungen im Jahr 2020 durch die Pandemie empfanden. Von den vier befragten Aspekten wurde das Schutzmaterial (34.1 %) als grösste Herausforderung genannt. Darüber hinaus registrierten 20.5 % der Organisationen in SPOT<sup>nat</sup> einen höheren Zeitbedarf aufgrund von Hygienemassnahmen und Aufklärungsarbeit. Eine Feststellung, welche auch in den zwei offenen Fragen („Was waren die grössten Herausforderungen / Veränderungen, die Sie bei der Arbeit durch die COVID-19-Situation erlebt haben“ und „Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?“ (siehe Kapitel 22.2.1) im Personalfragebogen oft von Mitarbeitenden erwähnt wurde. Dagegen schätzten nur 3.4 % der Spitex-Organisationen die Absagen von Klient/-innen als sehr grosse Herausforderung ein (siehe Abbildung 131).

Herausforderungen durch COVID-19

Wie gross waren die Herausforderungen für Ihre Spitex-Organisation durch COVID-19 in den folgenden Bereichen im Jahr 2020?

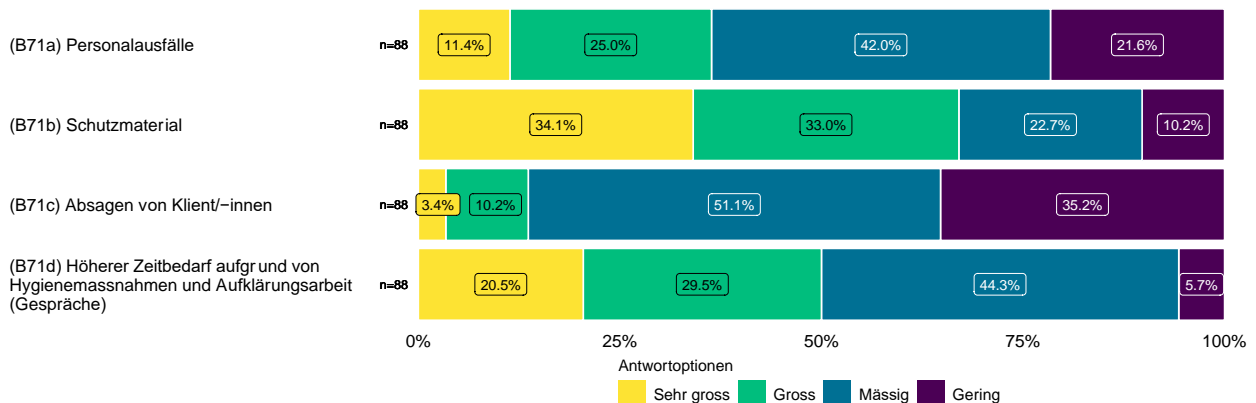


Abbildung 131: Herausforderungen durch COVID-19 (Sicht Betriebsleitungen)

21.2 COVID-19 (Sicht Mitarbeitende)

Insgesamt gaben 74.1 % der befragten Mitarbeitenden an, sich im Jahr 2020 genügend im Umgang mit COVID-19 geschult gefühlt zu haben. Dies ist weniger als in der Schweizer Studie von INFRAS [145], wo sich 85 % des Personals in Alters-, Pflege- und Betreuungsinstitutionen und in der häuslichen Pflege genügend geschult fühlte.

In Bezug auf das Schutzmaterial waren die Mitarbeitenden fast einstimmig der Meinung, dass sie genügend Masken (96.9 %), Handschuhe (96.7 %) und Desinfektionsmittel (98.4 %) erhielten (siehe Abbildung 132). Andere Studien berichteten von einem Mangel an Schutzmaterial, allerdings hauptsächlich zu Beginn der Pandemie [144, 145], während die Antworten in SPOT<sup>nat</sup> während der zweiten bis zur vierten Welle erhoben wurden.

Schutzmaterialien

Stellt Ihnen Ihre Spitex-Organisation aktuell folgende Schutzmaterialien zur Verfügung, um die vorgegeben Schutzmassnahmen bei Ihren Klient/-innen zuhause umzusetzen?

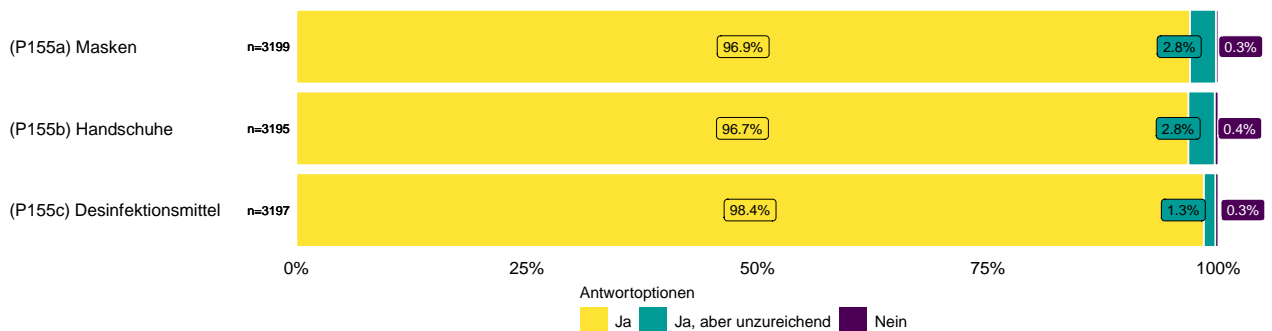


Abbildung 132: COVID-19 – Schutzmaterialien (Sicht Mitarbeitende)

Am Ende des SPOT<sup>nat</sup> Fragebogens haben 2'247 Mitarbeitende eine oder beide der folgenden offenen Fragen beantwortet: „Was waren die grössten Herausforderungen / Veränderungen, die Sie bei der Arbeit durch die COVID-19-Situation erlebt haben?“ und „Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?“

In der thematischen Analyse mit dem Schwerpunkt COVID-19 zeigten sich zwei Hauptthemen mit fünf, respektive drei Unterthemen, die wir unter 21.2.1 Auswirkung der Pandemie und 21.2.2 Umgang mit der Pandemie als nächstes beschreiben.



### 21.2.1 Auswirkungen der Pandemie

Zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie führten das BAG und die Kantone Schutzmassnahmen ein. Diese betrafen sowohl die Arbeit als auch das Privatleben der Mitarbeitenden. Mit ihren Antworten auf die offenen Fragen erläuterten die Mitarbeitenden die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf ihre Klient/-innen und auf ihre Arbeit in der Spitex. Ebenfalls äusserten sich die Mitarbeitenden zu ihrer Einstellung gegenüber den Massnahmen.

**Zur Wahrnehmung der Schutzmassnahmen.** In der Umfrage kritisierten die Spitex-Mitarbeitenden, dass sich die Vorgaben zu den Schutzmassnahmen häufig änderten; es sei „*schwierig über die aktuellsten Bestimmungen des BAG immer informiert zu sein aufgrund der vielen wechselnden Richtlinien*“. Zudem beschrieben sie die Schutzmassnahmen und kommunizierten Informationen als „*unklar*“, „*widersprüchlich*“, „*nicht nachvollziehbar*“ und „*unsinnig*“. Eine der Herausforderungen betraf den Umgang mit sehr unterschiedlichen Meinungen unter den Arbeitskolleg/-innen, insbesondere in Bezug auf Impfungen: Ein Teil der Mitarbeitenden bedauerte die „*Entscheidung, Spitex-Personal nicht prioritär zu impfen*“, da sie auf einen besseren Schutz vor COVID-19 durch die Impfung hofften. Andere hingegen, die keine Impfung wünschten, empfanden einen „*Impfdruck*“ vom Arbeitgeber, der Gesellschaft und der Politik. Zusätzlich befürchteten sie einen „*Impfzwang*“. Des Weiteren wurde die „*Angstmacherei*“ während der Pandemie und die Rolle der Medien wie folgt beschrieben: „*Mainstream-Medien verunsichern die Menschen, statt ihnen Hoffnung und Prävention aufzuzeigen*“. Letztlich waren viele Mitarbeitende zum Zeitpunkt der Befragung „*coronamüde*“.

**Die Klient/-innen in einer unsicheren Zeit begleiten.** Die Verbreitung von COVID-19 wirkte sich unterschiedlich auf die Klient/-innen und die Spitex-Dienstleistungen aus. So beschrieben die Mitarbeitenden ängstliche Klient/-innen – und deren „*Angst vor Ansteckung schuf Misstrauen gegenüber Pflegenden*“. Zugleich hatte für Mitarbeitende der eigene Schutz und der Schutz anderer höchste Priorität. So wurden etwa folgende Gefühle beschrieben: „*Ich habe insbesondere die Angst erlebt, es zu bekommen und weiterzugeben.*“; „*Es ist eine tägliche Herausforderung, beide Seiten zu schützen.*“

Die Schutzmassnahmen isolierten Klient/-innen sozial, so dass die Spitex-Mitarbeitenden zum Teil die einzigen Besuchenden waren. Unter diesen Umständen wurde die psychische Belastung der Klient/-innen hoch, Spitalaufenthalte wurden reduziert und Hausbesuche des Gesundheitspersonals seltener, was zu einer Verschlechterung der Krankheitsbilder führte. Das Personal klärte Klient/-innen über die Situation auf und achtete auf die Einhaltung der Schutzmassnahmen, wobei „*viele demente Klient/-innen nicht [verstanden], wieso sie Masken tragen müssen*“ oder die Massnahmen verweigerten.

**Auswirkungen auf Arbeitsbedingungen.** Aus Angst vor Ansteckung, aufgrund vermehrter Betreuung der Klient/-innen durch die Angehörigen und weil weniger Eingriffe im Spital durchgeführt wurden, sagten Klient/-innen Spitex-Einsätze ab: „*Somit gingen unsere Einsätze zurück, was auch eher überraschend war.*“ Zugleich entstand eine grössere Arbeitslast durch aufwändigere Schutzmassnahmen und vermehrte unvorhersehbare Ausfälle von Mitarbeitenden. Auszubildende berichteten von einer Doppelbelastung, sie sollten „*mit dem Schulunterricht und der Nachfrage nach Unterstützung in Pflegeeinrichtungen umgehen*“. Zusätzlich geriet die eigene *Work-Life-Balance* aufgrund des mangelnden Ausgleichs, eingeschränkter Hobbies und sozialer Kontakte und begrenzter Urlaubsmöglichkeiten ins Ungleichgewicht.

Gleichzeitig nahm die Digitalisierung bei der Arbeit zu. Es wurde mehr über Videokonferenz und E-Mail kommuniziert. Auch Schulungen wurden digital durchgeführt. Mitarbeitende und Auszubildende schätzten dabei, dass Videos wiederholt abrufbar waren; jedoch gab es bei diesem Format viele Ablenkungen, Softwareprobleme und die IT-Anwendungskompetenzen variierten stark unter den Mitarbeitenden. Hier hätten sich die Mitarbeitenden eine bessere Einführung in die neuen digitalen Mittel gewünscht. Im Zusammenhang damit beklagten sich Mitarbeitende über unpersönlichen Austausch, eine schlechtere Teamdynamik und Einbussen beim Arbeitsklima. Sie schätzten aber den grossen Zusammenhalt innerhalb ihres Teams.





**Auswirkung von COVID-19 auf Personalergebnisse.** Die Pandemie wirkte sich psychisch und physisch auf die Mitarbeitenden aus. Die erhöhte psychische Belastung äusserte sich durch mehr Stress, mehr Druck, mehr Erschöpfungsgefühle und Müdigkeit. Aus diesem Grund forderten Mitarbeitende „*viel mehr mentale Unterstützung*“ ein. Allerdings befanden sich Führungspersonen im Homeoffice, so erklärte jemand „*Homeoffice als Leitung macht es noch schwieriger, die Bedürfnisse und Probleme der Mitarbeitenden zu erkennen und wahrzunehmen*“. Zudem beschrieben Mitarbeitende Herausforderungen wie ihre Einsamkeit durch einen reduzierten fachlichen und privaten Austausch, eine physische Distanz zu anderen und Schulungen, die wiederholt verschoben oder abgesagt wurden. Eine Person schrieb: „*Wenig Austausch im Team über aktuelle Kundensituationen, somit werden schwierige Situationen spät oder zu spät besprochen*“. Durch die Arbeit mit an COVID-19 erkrankten Klient/-innen entstand ein Unsicherheitsgefühl am Arbeitsplatz, vor allem bei Mitarbeitenden, die durch eine Schwangerschaft oder Vorerkrankung besonders gefährdet waren. Auch die körperlichen Belastungen nahmen zu, insbesondere Hautbeschwerden und Kopfschmerzen wurden oft genannt.

**Herausforderungen als Führungsperson.** Für die Führungspersonen brachte die Pandemie Herausforderungen auf der finanziellen und organisatorischen Ebene mit sich. Führungspersonen waren mit den Kostenfolgen der Pandemie konfrontiert. So berichtete eine Person, dass „*die Jahresrechnung aufgrund Pandemie massiv neben dem Budget*“ lag. Dabei fehlte ihnen die finanzielle Unterstützung: „*Die grossen Kostenfolgen, die wir selbst tragen müssen [...] Warum müssen wir alles Material selbst zahlen?*“ COVID-19 forderte auch einen erhöhten organisatorischen Aufwand. Die Leitungen erarbeiteten ein Schutzkonzept, welches sie regelmässig an die neuen Schutzmassnahmen anpassen und an die Mitarbeitenden weiterleiten mussten. Zudem trugen sie die „*Verantwortung für die Einhaltung der Schutzmassnahmen*“ unter den Mitarbeitenden. Des Weiteren mussten bei der Personalplanung Personalausfälle sowie steigende oder sinkende Nachfragen berücksichtigt werden, was wiederum eine „*ständige Anpassung und Neuorganisation der Touren*“ bewirkte.

### 21.2.2 Umgang mit der Pandemie

Die Pandemie hat sich in verschiedenen Bereichen auf die Mitarbeitenden, ihre Klient/-innen und ihre Arbeit ausgewirkt. Wir fragten die Spitex-Mitarbeitenden nach ihren grössten Herausforderungen.

**Herausforderungen bei der Umsetzung der Schutzmassnahmen.** Am meisten Schwierigkeiten äussernten die Mitarbeitenden mit dem Tragen der Schutzmaske. Die „*Kommunikation mit den Klient/-innen [war] stark erschwert durch Masken*“. Es fehlte das Wahrnehmen des Gesichtsausdrucks und die Klient/-innen konnten nicht mehr Lippenlesen. Zudem war das wiederholte An- und Ausziehen der Schutzkleidung zeitintensiv. Eine zusätzliche Herausforderung war es, konstant auf die richtige Umsetzung der Massnahmen zu achten, nichts zu vergessen und bei der Arbeit konzentriert zu bleiben. Insbesondere während der ersten COVID-19-Welle kam erschwerend hinzu, dass das Schutzmaterial wegen Lieferengpässen schwer zu besorgen war, da „*in der Versorgungsschleife [die] Spitex gefühlsmässig an letzter Stelle*“ stand.

**Umgang mit Klient/-innen.** Mitarbeitende waren besonders herausgefordert im Umgang mit einsamen und psychisch belasteten Klient/-innen. So beschrieb dies eine Mitarbeitende: „*Meine Klientin ist dement und sehr gefühlsbezogen. Es ist schwer, den Abstand zu wahren, keine Umarmung zu geben oder sie in den Arm zu nehmen, wenn sie weint.*“ Klient/-innen hatten einen grösseren Redebedarf und Mitarbeitende boten emotionale Unterstützung sowie Abwechslung an. So berichtete jemand: „*Kunden sind bedrückt, was mich auch mehr fordert, da sie auch Angst haben vor Ansteckung, sie sich isoliert fühlen und wir eine willkommene Abwechslung sind, haben Gesprächsbedarf, jedoch sind wir zeitlich sehr gebunden.*“ Um das Verpassen eines möglichen COVID-19-Falls zu vermeiden, beobachteten Mitarbeitende die Klient/-innen aufmerksamer, jedoch meinte jemand: „*Die Vielfältigkeit der Symptome macht eine Diagnose sehr schwierig. Ist es wirklich COVID-19? Verpasse ich etwas Gravierendes? Stabile Situationen können schnell kippen.*“ Der erhöhte Redebedarf und die zusätzlichen Schutzmassnahmen brachten Zeitdruck für die Mitar-



beitenden mit sich. Somit gab es „*noch mehr Richtlinien, aber nicht mehr Zeit*“. Unter diesen Umständen hatten Mitarbeitende Schwierigkeiten, die Arbeitsqualität beizubehalten.

**Wie Mitarbeitende ihren Arbeitgeber wahrnehmen.** Ein Teil der Mitarbeitenden war laut der Umfrage unzufrieden mit ihren Arbeitgebern. So beschrieben sie schlechte Koordination und Organisation der Arbeit im aktuellen Umfeld, unsichere Dienstpläne durch kurzfristige Änderung der Arbeitszeiten und unvorhersehbare freie Tage, weniger Kommunikation als vor der Pandemie mit den Vorgesetzten und die Herausforderung, den Personalmangel mitzutragen. Andere erlebten den Arbeitgeber durchaus positiv, einige äusserten z. B. eine gute interne Anerkennung ihrer Leistungen, ein gutes Schutzkonzept, genügend eingeplante Zeit für Klient/-innen und dass auf ihre Bedürfnisse Rücksicht genommen wurde.

Insgesamt gesehen nannten Mitarbeitende zahlreiche Herausforderungen, die durch die Pandemie entstanden sind. Ein wichtiges Thema war die Umsetzung der Schutzmassnahmen in der Spitex und inwiefern dies ihre Arbeitsbedingungen veränderte. Allerdings betrafen die Konsequenzen die Mitarbeitenden auch in ihrem Privatleben. Unter diesen Umständen forderten viele Mitarbeitende eine angemessene Wertschätzung ihrer Arbeit.





## 22 Diskussion

Die vorliegende SPOT<sup>nat</sup> Studie ist die erste umfassende Bestandesaufnahme der Schweizer Spitex-Landschaft. Die Kombination der Befragungen der Organisationen selbst, der Mitarbeitenden aus verschiedenen Berufsgruppen sowie der Klient/-innen und ihren Angehörigen ermöglicht es uns Forschenden am Institut für Pflegewissenschaft Basel, mehrere Aspekte der Schweizer Spitex aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten.

Die Forschungsgruppe hat die Befragung auf Themen rund um Koordination und Versorgungsqualität fokussiert. Darüber hinaus ermöglicht es die SPOT<sup>nat</sup> Studie auch, sowohl die Arbeitsumgebung und Personalausstattung als auch relevante Sicherheitsthemen, Personalergebnisse oder klientenspezifische Aspekte wie finanzielle Belastungen zu erörtern. Der vorliegende nationale Bericht wird damit zu einem umfassenden Referenzwerk zur Situation der Schweizer Spitex und trägt zur Sichtbarkeit dieses wichtigen Dienstleistungssektors in der Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung bei, der in Zukunft an Bedeutung gewinnen wird.

In der Vielfalt und Vielschichtigkeit an Resultaten beschränkt sich dieser nationale Bericht auf eine beschreibende Darstellung der Situation. Es wird die Arbeit der nächsten paar Monate sein, in weiteren Analysen Erkenntnisse zu den Zusammenhängen – z. B. von regulatorischen Vorgaben mit Koordination und Versorgungsqualität oder Einflussfaktoren auf Personalergebnisse – zu untersuchen. Dennoch lassen sich aus dieser ersten Übersicht bereits Schwerpunktthemen herausfiltern, die im Folgenden erörtert werden. Die Auswahl beruht auf Diskussionen der Resultate in der interprofessionellen Forschungsgruppe, auf Gesprächen mit den Stakeholdern von SPOT<sup>nat</sup>, mit den teilnehmenden Spitex-Organisationen im Rahmen von Regionaltreffen und mit weiteren Expert/-innen zur Spitex-Landschaft Schweiz.

### 22.1 Pflege- und Betreuungsqualität

99 % der Spitex-Mitarbeitenden und 94 % der Betriebsleitungen beurteilen die Pflegequalität als eher oder sehr gut, und sowohl Klient/-innen wie Angehörige geben der Pflege- und Betreuungsqualität im Median die Bewertung 9 auf einer Skala von 1 bis 10. 98 % der Klient/-innen und der gleiche Prozentsatz an Angehörigen würden ihre Spitex weiterempfehlen. Diese Einschätzungen sprechen für sich: **Die Schweizer Spitex erbringt Pflege- und Betreuungsleistungen in sehr hoher Qualität.**

Die Bewertung hinsichtlich Klientensicherheit im Allgemeinen ist ebenso hoch, im Detail zeigt sich jedoch eine Nuancierung, z. B. im personenzentrierten Versorgungsprozess, einem bedeutsamen Aspekt der Qualität einer Spitex-Organisation: Noch knapp zwei Drittel der Mitarbeitenden geben an, dass Klient/-innen und Angehörige meistens oder immer vom Spitex-Team in die Festlegung der Ziele einbezogen werden. Deutlich schwieriger wird es zudem, wenn Pflege- und Behandlungsziele gemeinsam mit anderen Berufsgruppen wie Ärzt/-innen oder Therapeut/-innen festgelegt werden sollten: Hier stimmen nur noch 30 % der Spitex-Mitarbeitenden zu, dass dies meistens bzw. immer möglich sei. 55 % der Klient/-innen sagen, dass das Spitex-Personal meistens oder immer mit ihnen über ihre Gesundheitsanliegen spricht. Hier wird eine der grundlegenden Herausforderungen in der häuslichen Pflege und Betreuung spürbar: Wie gestaltet und koordiniert die Spitex einen personenzentrierten Pflege- und Versorgungsprozess zusammen mit den Klient/-innen, ihren Angehörigen und mit anderen Gesundheitsdienstleistern so, dass Gesundheitsanliegen im häuslichen Setting situativ und individuell behandelt werden können? Aus gesellschaftlicher Sicht bedarf insbesondere die Präventionsarbeit der Spitex der Stärkung, damit kritische Situationen vermieden werden und die Versorgungsqualität hoch bleiben kann. Die Prävention ist eine Kernaufgabe der Spitex, wenn ältere Menschen so lange wie möglich zu Hause leben wollen, die Versorgungsplanung als interdisziplinäres Team erfolgen und gemeinsam mit den Betroffenen vorausschauend entschieden und gehandelt werden soll. **Doch gerade für die präventiv wirksame Koordinationstätigkeit im Pflege- und Betreuungsalltag fehlen der Spitex in der Schweiz teilweise die Zeit und die Rahmenbedingungen.**

In Bezug auf eine datenbasierte Qualitätsentwicklung bestehen Entwicklungsmöglichkeiten: 62 % der teilnehmenden Spitex-Organisationen geben an, dass sie Qualitätsindikatoren mindestens jährlich überprüfen.



Es ist (aus den zuvor ausgeführten Gründen zur Stichprobe) davon auszugehen, dass dies im Durchschnitt als eher positiver Befund für die Schweizer Spitex gelten mag: Mit der Teilnahme an der SPOT<sup>nat</sup> Studie demonstrieren die Betriebe aus der Stichprobe bereits, dass sie den Themen der Messung und Auswertung von Daten positiv zugewandt sind. Hinzu kommt, dass die Qualitätsindikatoren im Spitex-Bereich noch nicht flächendeckend verpflichtend gemessen werden. **Es braucht hier Anstrengungen auf Bundes- und Verbandsebene, um die Messung von Qualitätsindikatoren und ihre Verwendung als Basis für eine datenbasierte Qualitätsentwicklung voran zu bringen.**

In rund einem Drittel (35 %) der Spitex-Organisationen sind heute APNs oder Pflegeexpert/-innen tätig. Diesem Berufsbild kommt primär eine Rolle in der klinischen Tätigkeit und in der Qualitätssicherung zu, ergänzt mit Aufgaben im Bereich der Bildung der Mitarbeitenden. Auch wenn **die Rolle der APNs / Pflegeexpert/-in im Moment noch wenig verbreitet** ist – u.a. auch weil Masterabgänger/-innen fehlen, die für die Spitex arbeiten möchten – eröffnen sich mit der Anstellung eines / einer APN oder Pflegeexpert/-in neue Möglichkeiten für die Spitex, um die Betriebe in ihrem Kerngeschäft zu stärken und Mitarbeitende in der klinischen Entscheidungsfindung und Koordination zu fördern. Die Implementierung dieser Art von Rollen steigert auch die Attraktivität der arbeitgebenden Organisationen und des Berufs, weil diese Rollenbilder zu einem qualitativ hochwertigen Arbeitsumfeld beitragen und den Fachkräften Entwicklungsmöglichkeiten bieten.

## 22.2 Koordination

Mit der Koordination von Dienstleistungen trägt die Spitex dazu bei, eine fragmentierte und / oder inkonsistente Gesundheitsversorgung zu vermeiden und u. a. auch Kosten zu senken, z. B. durch das Vermeiden von Doppelspurigkeiten oder von Inanspruchnahme unnötiger Dienstleistungen. Innerhalb der Spitex scheint die Koordination gut zu gelingen: Klient/-innen sind sich mit den Spitex-Personen zu einem sehr hohen Anteil über die Pflege- und Betreuungsbedürfnisse einig (94 %) und bestätigen, dass das Spitex-Personal über ihre gesundheitlichen Bedürfnisse Bescheid weiss (85 %). Anspruchsvoller wird es, sobald weitere Dienstleister involviert sind: Hier geben nur noch 55 % der Klient/-innen an, dass die Spitex-Personen ihnen dabei helfen, die Gesundheitsversorgung zu erhalten, die sie von anderen Gesundheitsanbietern benötigen; und nur 45 % berichten, dass die Spitex-Personen mit ihnen oft oder manchmal im Kontakt bleiben, wenn sie an anderen Orten medizinische Versorgung erhalten. Dasselbe Bild zeigt sich auch in der Einschätzung der Spitex-Mitarbeitenden: Während 93 % zum richtigen Zeitpunkt Informationen von ihren Spitex-Kolleg/-innen erhalten, um die Klient/-innen angemessen zu versorgen, bestätigen nur noch 68 %, dass dies in der Zusammenarbeit mit Fachpersonen ausserhalb der Spitex der Fall ist. Darüber hinaus sagen 25 % der Spitex-Personen, dass ihnen (sehr) häufig nicht genügend Zeit zur Verfügung steht, um kritische Klientensituationen mit anderen Leistungserbringern zu besprechen; 21 % sind der Ansicht, dass sie von spitexexternen Fachpersonen nicht genügend informiert werden über den Zustand der Klient/-innen. **Die Umfrageresultate spiegeln wider, dass die Koordination aller Beteiligten an der Leistungserbringung für die Pflege und Betreuung zu Hause weiter optimiert werden sollte.** Ein weiteres Indiz dafür zeigt sich auch in der Unzufriedenheit der Betriebsleitungen mit der verrechenbaren Zeit, die für die Koordination zur Verfügung steht.

**Dem Thema Koordination sollte insgesamt mehr Aufmerksamkeit auf allen Ebenen geschenkt werden:** Von der Finanzierung und gesundheitspolitischen Steuerung (Makroebene), so dass passende Rahmenbedingungen für die Koordination gegeben sind auf der Mesoebene (Prozesse und Strukturen auf der Organisationsebene), über die Gestaltung von adäquaten Prozessen und Austauschmöglichkeiten innerhalb der Spitex und unter den Dienstleistungserbringern, bis hin zu der bewussten Gestaltung der Koordination durch Fallführende (Mikroebene), gerade auch dann, wenn sich Klient/-innen vorübergehend im Spital aufhalten. Die Koordinationsbemühungen sind erst dann als potenziell erfolgreich einzuschätzen, wenn der Klient / die Klientin im Mittelpunkt steht und nicht die einzelnen Dienstleistungserbringer.



### 22.3 Kommunikation

Eng verbunden mit dem Thema der Koordination zwischen den Dienstleistungserbringern ist das Thema der Kommunikation. Denn nur vollständige, korrekte und aktuelle Informationen sind eine zuverlässige Grundlage für eine angemessene und sichere Versorgung zu Hause. Die Befragungsergebnisse zur schriftlichen Kommunikation sind aufschlussreich: Während z. B. das schriftliche Klientendossier innerhalb der Spitex von 54 % der Mitarbeitenden als häufigster Kommunikationskanal verwendet wird, ist dies in der Zusammenarbeit mit spitexexternen Leistungserbringern nur noch bei 17 % der Fall, wo am häufigsten via Email kommuniziert wird (44 %). Informationen können demzufolge teils weder spitexintern noch -extern medienbruchfrei weitergegeben werden.

Nur 58 % der Spitex-Mitarbeitenden sind der Ansicht, dass die Klientendossiers von allen Fachpersonen effektiv genutzt werden. Nur 30 % der befragten Spitex-Organisationen geben an, dass der elektronische Datenaustausch mit Spitälern möglich ist, lediglich 11% können Daten mit therapeutischen Diensten elektronisch austauschen. **Der fehlende elektronische Datenaustausch mit anderen Dienstleistungserbringern, insbesondere mit den zuständigen Hausärzt/-innen oder mit den Spitälern nach einem Austritt, erschwert die Kommunikationsprozesse und damit die Koordination, die für eine effiziente und effektive Versorgung vonnöten ist.** Dies kann wiederum zum Verlust von Informationen oder nicht zeitgerecht vorliegenden Antworten führen. Entsprechend dringend ist demzufolge der weitere Ausbau der Digitalisierung, um die Kommunikation sowohl unter den Dienstleistungserbringern als auch mit den Klient/-innen und Angehörigen zu verbessern. Hier liegt es an der Politik, Grundlagen für die Digitalisierung zu schaffen, die einen sicheren Datenaustausch ermöglichen. Es braucht sichere elektronische Systeme und gemeinsam festgelegte Prozesse, um die Kommunikation an den Schnittstellen unter den Dienstleistungserbringern zu verbessern. Dabei kommt einem flächendeckend eingeführten elektronischen Patientendossier eine zentrale Rolle zu. Ein besonderes Augenmerk gilt es auf die Medikationssicherheit zu richten, damit Verantwortlichkeiten geklärt und Übermittlungsprozesse mit sorgfältigen Sicherheitschecks verbunden sind.

Auch der mündliche Austausch hat einen wichtigen Stellenwert für die Spitex. Dazu stellen die Klient/-innen dem Spitex-Personal ein sehr gutes Zeugnis aus: 94 % sind der Ansicht, dass ihnen die Spitex-Personen meistens oder immer aufmerksam zuhören; gemäss 88 % erklären die Spitex-Personen Dinge auf eine leicht zu verstehende Art und Weise. Anders präsentiert sich das Bild für den mündlichen Austausch im Spitex-Team: Nur 35 % der Spitex-Mitarbeitenden sagen, dass sie sich oft oder immer mit ihren Kolleg/-innen über die Qualität ihrer Arbeit austauschen können, und nur 62 %, dass es genügend Zeit und Möglichkeiten gibt, mit anderen Mitarbeitenden Pflegeprobleme zu besprechen. Knappe 69 % geben an, in (sehr) hohem Mass alle Informationen zu erhalten, die sie benötigen, um ihre Arbeit mit hoher Qualität zu erledigen. Darin spiegelt sich eine der Besonderheiten des Spitex-Settings wider, in dem Mitarbeitende meist allein unterwegs und vor Ort bei den Klient/-innen sind und der spitexinterne Austausch bewusst gesucht und geplant werden muss. **Es braucht deshalb den bewussten Aufbau von Kommunikationsstrukturen, die den Austausch innerhalb des Spitex-Teams und insbesondere auch mit den Beteiligten eines interprofessionellen Teams ermöglichen.** Im Spitex-Alltag finden Fallbesprechungen mehrheitlich nur innerhalb vom Spitex-Team statt, zumal die fehlende Verrechenbarkeit den wichtigen Austausch im interprofessionellen Versorgungsteam zusätzlich erschwert. Wenn komplexe Situationen bei Klient/-innen vorliegen, ist dieser direkte Austausch im Versorgungsteam jedoch zentral, um miteinander abzustimmen, wie die Klient/-innen am besten zu Hause unterstützt und etwa unnötige Spitaleinweisungen verhindert werden können. Insbesondere der Koordination mit den Hausärzt/-innen kommt eine wichtige Rolle zu. Dies ist auch unter dem Aspekt wichtig, dass z. B. nur 61 % der Spitex-Mitarbeitenden zustimmen, dass das Versorgungsteam eine gemeinsame Sichtweise / Vorstellung davon hat, wie die Arbeit jedes Einzelnen zum Gesamtziel beiträgt. Für die Bildung einer gemeinsamen Sichtweise ist der Austausch und der Aufbau von entsprechenden Kommunikationsmitteln zentral, was sich wiederum positiv auf die Erreichung der Versorgungsziele auswirkt. Dies bedeutet, dass die entsprechenden finanziellen und zeitlichen Rahmenbedingungen gewährleistet sein müssen, damit dieser Austausch überhaupt möglich wird. Diese fehlende Anerken-



nung und die inadäquate Finanzierung solcher Koordinationsgefässe – wie es aktuell zu beobachten ist – gefährden letztlich die Klientensicherheit.

## 22.4 Bezugspersonensystem

Die gezielte Umsetzung der Koordinationsaufgaben wird durch ein Bezugspersonensystem ermöglicht. Die Mehrheit der Spitex-Organisationen (85 %) geben an, dass sie den Klient/-innen Fallverantwortliche zur Seite stellen. Immerhin 72 % der Angehörigen berichten, dass sie eine Ansprechperson bei der Spitex haben, mit der sie Fragen und Anliegen rund um die Pflege und Betreuung ihres Angehörigen besprechen können. Fallverantwortliche übernehmen die Bedarfsabklärungen und steuern den Pflegeprozess, sie sind Ansprechperson für verschiedene Dienstleistungserbringer und übernehmen die Koordination zwischen diesen. Diese zentralen Aufgaben der Fallverantwortlichen brauchen Ergänzung mit einer Bezugsperson im direkten Kontakt mit den Klient/-innen, da z. B. 40 % der Fallführenden zurückmelden, dass sie die Klient/-innen, für die sie zuständig sind, nur einmal pro Monat oder weniger sehen. Dies widerspiegelt sich auch in der Rückmeldung der Angehörigen, wovon nur 36 % angeben, dass die Bezugsperson oft oder ständig mit ihnen über die Pflege und Betreuung ihres Angehörigen kommuniziert. Kontinuität in der täglichen Pflege und Betreuung, etwa indem immer wieder dieselben Mitarbeitenden bei denselben Klient/-innen zum Einsatz kommen, ist ein wichtiger Beitrag zur Versorgungsqualität der Spitex, jedoch nicht einfach zu planen. Die Tourenplanung ist eine grosse Herausforderung, um ein Gleichgewicht zu finden zwischen Kontinuität in der Betreuung und Touren mit vernünftigen Wegzeiten zwischen den Klient/-innen. **Die vorliegende SPOT<sup>nat</sup> Studie weist – zum ersten Mal für die Schweiz – die Verteilung der Arbeitszeit pro Tour aus: Spitex-Mitarbeitende verbringen im Durchschnitt 15 % ihrer Arbeitszeit mit Wegzeiten, 16 % mit administrativen Arbeiten und 7 % mit koordinativen Tätigkeiten, so dass noch 62 % der Zeit für den direkten Kontakt mit den Klient/-innen und andere Tätigkeiten verbleiben.** Kontinuität in der Pflege und Betreuung ist ein Qualitätsmerkmal der Spitex: Wenn Spitex-Mitarbeitende die Klient/-innen und ihre Angehörigen gut kennen, sind sie auch besser in der Lage, auf Gesundheitsanliegen einzugehen, die Versorgung zu koordinieren, präventiv tätig zu sein und schliesslich eine sichere Versorgung zu Hause zu ermöglichen.

## 22.5 Klientensicherheit

Die Klientensicherheit ist ein grundlegender Aspekt der Versorgungsqualität einer Spitex-Organisation. Eine gute Sicherheitskultur ist eine der Grundvoraussetzungen, um Sicherheitsprobleme und (Beinahe-)Fehler überhaupt zu erkennen und als Organisation sorgfältig darauf zu reagieren. Gemäss der SPOT<sup>nat</sup> Befragung stellen die Mitarbeitenden den Spitex-Organisationen ein gutes Zeugnis aus: Über 90 % wissen, wie sie vorgehen sollen, um Fragen zur Klientensicherheit anzubringen, oder stimmen zu, dass sie sich in der eigenen Spitex-Organisation als Klient/-innen sicher versorgt und gut betreut fühlen würden. Über 80 % stimmen der Aussage zu, dass in ihrem Team in angemessener Weise mit Fehlern umgegangen wird bzw. dass sie ermutigt werden zu melden, wenn sie mögliche Sicherheitsprobleme feststellen. **Während grundsätzlich eine gute Sicherheitskultur in den Spitex-Teams vorhanden ist, fehlt es allerdings an entsprechenden Strukturen: Nur 21 % der Betriebsleitungen berichten, dass sie mit einem Critical Incident Reporting System (CIRS) arbeiten.** Hier besteht eindeutig Ausbaubedarf, wobei das Betreiben eines CIRS auf nationaler Ebene zentral für die Erkennung allfälliger Muster und das Ergreifen von Verbesserungsmassnahmen wäre. Dies gilt insbesondere für kleine Spitex-Organisationen, die nicht genug Daten über (Beinahe-)Fehler sammeln können. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz<sup>17</sup> bietet bereits eine nationale Lösung an, die jedoch noch breiter genutzt werden dürfte. **Gerade im Bereich der Medikationssicherheit, die gut mit einem CIRS abgedeckt werden könnte, besteht Handlungsbedarf:** So berichten nur 50 % der Spitex-Mitarbeitenden, dass es eine verbindliche Regelung gibt, wie bei fehlenden Medikamenten vorgegangen wird; nur 62 % verfügen über Vorgaben, wie ärztliche Medikamentenverordnungen übermittelt werden sollen. Gerade im Medikationsprozess sind klare Regelungen über Schnittstellen

<sup>17</sup> <https://www.patientensicherheit.ch>



hinweg, die partizipative Erarbeitung von Problemlösungen und der konstruktive Umgang mit Fehlern zentral, um miteinander aus Fehlern und unerwünschten Ereignissen zu lernen und damit laufend die Sicherheits- und Fehlerkultur der Spitex einerseits und die Klientensicherheit andererseits zu optimieren.

## 22.6 Personalausstattung

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die sichere Versorgung ist eine angemessene Personalausstattung. Dabei geht es in der Spitex um einen zweckmässigen Einsatz im Hinblick auf den vorhandenen Pflege- oder Betreuungsbedarf. Über 80 % der Spitex-Mitarbeitenden stimmen der Aussage zu, dass es genügend fachlich kompetentes Personal gibt, um eine gute Qualität der Pflege und Betreuung zu gewährleisten. Dies zeigt sich auch in der Verweildauer, wo ca. 50 % der antwortenden Spitex-Mitarbeitenden seit 5 Jahren und mehr in derselben Organisation arbeiten. Zudem haben 72 % der Befragten mehr als 10 Jahre Berufserfahrung. Ebenso äussern über 70 % der Mitarbeitenden die Absicht, die nächsten 12 Monate in ihrer jetzigen Organisation bleiben zu wollen. Entsprechend hoch schätzen die befragten Spitex-Organisationen die Stabilität und die Berufserfahrung ihrer Mitarbeitenden ein. Dennoch gilt es, die 11 % der Mitarbeitenden nicht aus den Augen zu verlieren, die darüber nachdenken, die Arbeit in der Spitex ganz aufzugeben. Wenn man bedenkt, dass 58 % der Spitex-Organisationen es sehr schwierig finden, Pflegefachpersonal HF oder FH zu rekrutieren, und für mehr als einen Drittel auch die Rekrutierung von Fachpersonen mit einem eidg. Fähigkeitsausweis eine Herausforderung ist, führen diese Abgänge zu empfindlichen Lücken. Der Fachkräftemangel ist ein Anlass zur Sorge für die Spitex-Organisationen – und nicht besetzte Stellen belasten die Mitarbeitenden zusätzlich. **Darüber hinaus besteht das Risiko, dass es zu Verschiebungen kommt beim Einsatz des Personals und z. B. niedriger qualifizierte Mitarbeitende über ihren Kompetenzen eingesetzt werden.**

Wie eingangs erwähnt, gilt es im Rahmen unserer Studie auch zu beachten, dass es sich bei den teilnehmenden Spitex-Organisationen eher um Organisationen handelt, die sich in einer stabilen Phase befunden haben, zumal 30 Organisationen für eine Teilnahme an SPOT<sup>nat</sup> zu- und dann wieder abgesagt haben wegen hoher Belastung oder Personalproblemen. Wir gehen davon aus, dass die Realität in der breiten Spitex-Landschaft wahrscheinlich schlechter aussieht, als wir in unseren Daten sehen. Auch die Nachwuchsförderung ist für die Spitex-Organisationen nicht einfach, da nicht alle angebotenen Ausbildungsplätze besetzt werden können. Dies führt in einen Teufelskreis von Mangel an Personal, fehlendem Interesse an einer Ausbildung in der Spitex mit weiterer Verschärfung des Personalmangels. **Aus diesen Gründen müssen bei den Massnahmen rund um die Pflegeinitiative auch die Anforderungen der Spitex angemessen mitberücksichtigt werden, damit die Attraktivität der Spitex als Arbeitgeberin und die Berufstätigkeit in der Spitex zum einen gestärkt und die Ausbildungstätigkeit in der Spitex zum anderen adäquat gefördert werden.**

## 22.7 Gesundheit der Mitarbeitenden

Die Daten der SPOT<sup>nat</sup> Studie weisen auf ein weiteres Warnzeichen hinsichtlich Personalergebnissen hin. So geben über 40 % der Mitarbeitenden an, von einmal alle 2-4 Tage bis sogar täglich mehr als eine halbe Stunde Überzeit zu leisten, 41 % sind an mindestens einem Tag trotz Arbeitsunfähigkeit arbeiten gegangen, 70 % geben allgemeine Schwäche, Müdigkeit oder Energielosigkeit und 67 % Rücken- oder Kreuzschmerzen in den letzten vier Wochen an – diese Zahlen liegen deutlich über dem Durchschnitt der Schweizer Bevölkerung. Zudem fühlen sich 77 % der Spitex-Mitarbeitenden manchmal, oft oder immer müde, 57 % sind körperlich erschöpft, 52 % emotional erschöpft und 43 % fühlen sich sogar ausgelaugt. Des Weiteren geben 41 % an, in der letzten Woche mindestens eine Schicht ohne Pause durchgearbeitet zu haben. Dies zeugt von einer hohen Arbeitsmenge, einer Verdichtung der Anforderungen und von Mitarbeitenden, die bis an ihre Grenzen gehen, um die oben beschriebene Qualität zu erreichen. **Die Spitex-Mitarbeitenden zeigen damit ihr hohes Commitment und Engagement für ihre Klient/-innen, für ihre Arbeitskolleg/-innen und die Organisation, gleichzeitig ist ihr eigenes Risiko hoch für stressbedingte Erkrankungen.** Präsentismus ist nicht nur mit erhöhter Unfallgefahr und Risiken für die Mitarbeitenden selbst verbunden, sondern führt auch zu einer höheren Gefährdung der Klient/-innen. Die Gesundheitsförderung ist damit





ein wichtiges Thema für Spitex-Organisationen zusammen mit Arbeitsmodellen, die eine gute *Work-Life-Balance* ermöglichen.<sup>18</sup> Gesundheitsbezogene Themen wie Arbeitsbelastung, Arbeitsstress oder das Erleben von Aggressionsereignissen sollten in den Organisationen thematisiert werden, um gemeinsam mit den Mitarbeitenden Strategien für den Umgang damit zu erarbeiten.

## 22.8 Psychosoziale Aspekte der Arbeitsumgebung

Gleichzeitig scheint es den teilnehmenden Spitex-Organisationen gut zu gelingen, eine Arbeitsumgebung zu schaffen, in der die Spitex-Mitarbeitenden sich wohl fühlen und ihre Arbeit gut erledigen können. So berichten 94 % der Mitarbeitenden, dass sie zufrieden sind mit ihren Möglichkeiten, den Klient/-innen die Pflege zu geben, die sie benötigen, und 91 % sind zufrieden mit ihrer Arbeit insgesamt, d. h. unter Berücksichtigung aller Umstände. Am tiefsten ist die Zufriedenheit mit dem Lohn (60 %). Da der Lohn immer auch mit Anerkennung der geleisteten Arbeit und damit mit der Attraktivität des Arbeitssettings verbunden ist, darf dieses Thema nicht vernachlässigt werden. Ihren Vorgesetzten stellen die Spitex-Mitarbeitenden hingegen ein ausgezeichnetes Zeugnis aus: Jeweils über 90 % stimmen der Aussage zu, dass die direkten Vorgesetzten sie unterstützen und kompetente Führungspersonen sind. Auch von ihren Kolleg/-innen erhalten fast vier Fünftel der Antwortenden oft oder immer Hilfe und Unterstützung. **Die Arbeitsumgebung ist ein zentraler Faktor, um Mitarbeitende im Beruf zu halten und die Personalfuktuation zu verringern – dies scheint den befragten Spitex-Organisationen ausgezeichnet zu gelingen.** Einen zentralen Einfluss haben dabei Führungspersonen, denen es gelingt, ein positives Arbeitsklima der Wertschätzung und des Respekts zu schaffen, in dem Mitarbeitende gefördert und unterstützt werden.

## 22.9 Implikationen für die Zukunft

Die SPOT<sup>nat</sup> Studie hat eine Datengrundlage geschaffen, die bisher inexistent war. Zum ersten Mal ist die Schweizer Spitex in ihrer ganzen Bandbreite sichtbar. Auf Basis der Studienresultate sind die teilnehmenden Spitex-Organisationen in der Lage, individuellen Handlungsbedarf abzuleiten, Themen zu priorisieren und Massnahmen umzusetzen. Dabei liegt die Entscheidung bei jedem Betrieb, wo Schwerpunkte gesetzt werden sollen, um Dringendes anzupacken. Für die Spitex-Organisationen, die nicht an der Studie teilgenommen haben, bieten die Studienresultate die Möglichkeit, ihre eigene Situation zu reflektieren, zu vergleichen und allfällige Weiterentwicklungsmöglichkeiten zu identifizieren.

**Wir erachten die erneute Durchführung einer gesamtschweizerischen Studie für die Spitex in den nächsten Jahren als sinnvoll, um die Entwicklung der erhobenen Eckdaten – und insbesondere die Personalsituation in der häuslichen Versorgung – weiter zu verfolgen. Die Verschiebung von Dienstleistungen in den ambulanten Sektor wird die Nachfrage nach häuslicher Pflege nicht nur in Bezug auf die Anzahl der Klient/-innen, sondern auch in Bezug auf die Breite der Angebote / Pflegeinterventionen erhöhen und damit auch den Koordinationsbedarf steigern.** Deshalb ist es wichtig im Auge zu behalten, was mit den bereits heute limitierten Ressourcen in Zukunft möglich sein wird.

---

<sup>18</sup> Siehe auch: <https://gesundheitsfoerderung.ch>



## 23 Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Spitex-Organisationen in der Schweiz eine hohe Versorgungsqualität erbringen, während sie selbst mit einigen Herausforderungen konfrontiert sind, um in einem stark fragmentierten Gesundheitswesen die Dienstleistungen über verschiedene Leistungserbringer hinweg zielführend zu koordinieren und sowohl den Informationsfluss auf alle Seiten wie auch eine Kontinuität in der Versorgung für die Klient/-innen und Angehörigen sicherzustellen. Gleichzeitig findet diese Arbeit noch nicht die notwendige Anerkennung, sondern muss quasi nebenbei erbracht werden. Die Spitex-Mitarbeitenden leisten einen hohen Einsatz, wobei die erhobenen Personalergebnisse bereits darauf hindeuten, dass sie an Grenzen stossen, was letztlich wiederum den zunehmenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen in der Schweiz weiter zuspitzen wird.

In der Zukunft sind die Spitex-Organisationen auch von äusseren Rahmenbedingungen abhängig, z. B. von einem flächendeckenden elektronischen Patientendossier und Lösungen für einen medienbruchfreien Informationsfluss, von adäquater finanzieller Abgeltung der interprofessionellen Koordination an den Schnittstellen, von der nationalen Förderung der Sicherheitskultur und einem CIRS sowie von weitreichenden Massnahmen gegen den Fachkräftemangel und für die Nachwuchsförderung in der Pflege. Betriebsintern gilt es für die Spitex-Betriebe, die bestehende positive Arbeitsumgebung weiter auszubauen und Arbeitsmodelle zu stärken, die Gesundheitsförderung und eine gute *Work-Life-Balance* ermöglichen. Für eine starke Spitex der Zukunft braucht es die Zusammenarbeit aller Stakeholder auf allen Entscheidungsebenen im Gesundheitswesen.



## Abkürzungsverzeichnis

APN	Advanced Practice Nurse
BAG	Bundesamt für Gesundheit
CBI	Copenhagen Burnout Inventory
CC-MC	Patient-Perceived Continuity of Care from Multiple Clinicians
CIRS	Critical Incident Reporting System
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
COVID	Coronavirus disease
CPAT	Collaborative Practice Assessment Tool
CPCQ	Client Perceptions of Coordination Questionnaire
DN	Diplomniveau
FAGE	Fachfrau / Fachmann Gesundheit
FH	Fachhochschule
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HF	Höhere Fachschule
INS	Institute of Nursing Science (Institut für Pflegewissenschaft)
IQB	Interquartilsbereich
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
LV	Leistungsvertrag
M	Mittelwert
MatchRN	Matching Registered Nurse services with changing care demands
Md	Median
MDS-HC	Minimum Data Set – Home Care
MSN	Master of Science in Nursing
NASA-TLX	National Aeronautics and Space Administration Task Load Index
PES-NWI	Practice Environment Scale – Nursing Work Index
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SD	Standardabweichung
SHURP	Swiss Nursing Homes Human Resources Project
SMD	Standardisierte Mittelwertdifferenz
SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum
SPOT <sup>nat</sup>	Spitex Qualität und Koordination – eine nationale Studie
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
RAI-HC	Resident Assessment Instrument – Home Care
VZÄ	Vollzeitäquivalent





## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Statistische Begriffserklärungen.....	6
Tabelle 2: Merkmale der teilnehmenden Spitex-Organisationen.....	8
Tabelle 3: Merkmale der teilnehmenden Spitex-Mitarbeitenden .....	11
Tabelle 4: Merkmale der teilnehmenden Spitex-Klient/-innen .....	13
Tabelle 5: Merkmale der teilnehmenden Angehörigen .....	15
Tabelle 6: Touren am Morgen – Gruppiert nach Grösse der Organisation (Sicht Betriebsleitungen).....	96
Tabelle 7: Touren am Morgen – Gruppiert nach Trägerschaft (Sicht Betriebsleitungen).....	96
Tabelle 8: Touren am Nachmittag / Abend – Gruppiert nach Grösse der Organisation (Sicht Betriebsleitungen) .....	97
Tabelle 9: Touren am Nachmittag / Abend – Gruppiert nach Trägerschaft (Sicht Betriebsleitungen) .....	97
Tabelle 10: Krankenpflege-Leistungsverordnung – Pflege-Stunden pro Tag – Gruppiert nach Grösse der Organisation (Sicht Betriebsleitungen) .....	98
Tabelle 11: Krankenpflege-Leistungsverordnung – Prozentuale Aufteilung der Pflege-Stunden / Tag – Gruppiert nach Trägerschaft (Sicht Betriebsleitungen).....	98

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl Spitex-Organisationen aus den sieben Grossregionen der Schweiz .....	1
Abbildung 2: Beispiel für ein gestapeltes Balkendiagramm (in diesem Beispiel aus Sicht der Mitarbeitende) .....	2
Abbildung 3: Beispiel für ein Balkendiagramm (Sicht Mitarbeitende) .....	3
Abbildung 4: Beispiel für eine Grafik mit Gruppenvergleichen .....	4
Abbildung 5: Beispiel für eine Grafik mit Gruppen- und Untergruppenvergleichen.....	5
Abbildung 6: Allgemeine Pflege- und Betreuungsqualität (Sicht Mitarbeitende) .....	17
Abbildung 7: Qualität der Klient/-innenbetreuung im letzten Jahr (Sicht Mitarbeitende) .....	17
Abbildung 8: Weiterempfehlung der Spitex (Sicht Mitarbeitende) .....	17
Abbildung 9: Zufriedenheit (Sicht Betriebsleitungen).....	18
Abbildung 10: Weiterempfehlung der Spitex (Sicht Klient/-innen).....	19
Abbildung 11: Weiterempfehlung der Spitex (Sicht Angehörige) .....	19
Abbildung 12: Qualitätsüberprüfung (Sicht Betriebsleitungen) .....	20
Abbildung 13: Vorhandensein von Leitlinien / Handlungsanweisungen – Themengebiete (Sicht Betriebsleitungen) .....	21
Abbildung 14: Themengebiete der jährlichen Fortbildungsangebote (Sicht Betriebsleitungen).....	22
Abbildung 15: Vorhandensein einer Ethikstruktur (Sicht Betriebsleitungen) .....	22
Abbildung 16: Mit einer APN oder Pflegeexpert/-in arbeiten (Sicht Betriebsleitungen).....	24
Abbildung 17: Hauptaufgaben APN oder Pflegeexpert/-in (Sicht Betriebsleitungen).....	25
Abbildung 18: Kontakthäufigkeit Fallführende/-r (Sicht Mitarbeitende) .....	26
Abbildung 19: Pflege- und Versorgungsprozess (Sicht Mitarbeitende) .....	27
Abbildung 20: Über Gesundheitsanliegen sprechen (Sicht Klient/-innen).....	27
Abbildung 21: Zu frühes oder zu spätes Eintreffen der Spitex-Personen (Sicht Klient/-innen).....	27
Abbildung 22: Führung (Sicht Mitarbeitende) .....	31
Abbildung 23: Skala PES-NWI – Führung (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende) .....	32
Abbildung 24: Vorhersehbarkeit (Sicht Mitarbeitende) .....	33
Abbildung 25: Skala COPSOQ – Vorhersehbarkeit (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende) .....	34
Abbildung 26: Rollenklarheit (Sicht Mitarbeitende) .....	34
Abbildung 27: Skala COPSOQ – Rollenklarheit (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende).....	35
Abbildung 28: Rollenkonflikte (Sicht Mitarbeitende) .....	36
Abbildung 29: Skala COPSOQ – Rollenkonflikte (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende) .....	36



Abbildung 30: Soziale Unterstützung (Sicht Mitarbeitende) ..... 37

Abbildung 31: Skala COPSOQ – Soziale Unterstützung (Kolleg/-innen) (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende) ..... 38

Abbildung 32: Skala COPSOQ – Soziale Unterstützung (Vorgesetzte) (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende) ..... 39

Abbildung 33: Unerwünschte Ereignisse, Fehler und „Beinahefehler“ (Sicht Betriebsleitungen) ..... 40

Abbildung 34: Sicherheitsklima (Sicht Mitarbeitende) ..... 42

Abbildung 35: Skala SAQ – Sicherheitsklima (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende) ..... 43

Abbildung 36: Teamwork (Sicht Mitarbeitende) ..... 44

Abbildung 37: Skala SAQ –Teamwork climate (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende) ..... 45

Abbildung 38: Medikationsmanagement (Sicht Mitarbeitende) ..... 48

Abbildung 39: Hilfe mit Medikamenten (Klient/-innen) ..... 49

Abbildung 40: Intern zur Verfügung stehende Kommunikationssysteme (Sicht Betriebsleitungen) ..... 50

Abbildung 41: Interne Kommunikationskanäle (Sicht Mitarbeitende) ..... 51

Abbildung 42: Externe Kommunikationskanäle (Sicht Mitarbeitende) ..... 51

Abbildung 43: Regelmässig geplante Fallbesprechungen (Sicht Betriebsleitungen) ..... 51

Abbildung 44: Fallbesprechungen – teilnehmende Berufsgruppen (Sicht Betriebsleitungen) ..... 52

Abbildung 45: Elektronischer Datenaustausch (Sicht Betriebsleitungen) ..... 52

Abbildung 46: Dokumentation auf Papier (Sicht Betriebsleitungen) ..... 53

Abbildung 47: Kommunikation und Informationsaustausch im Versorgungsteam (Sicht Mitarbeitende) .... 53

Abbildung 48: Skala CPAT – Kommunikation und Informationsaustausch (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende) ..... 54

Abbildung 49: Informationen erster Besuch (Sicht Klient/-innen) ..... 54

Abbildung 50: Kommunikation (Sicht Klient/-innen) ..... 55

Abbildung 51: Spitex-Zentrum kontaktiert (Sicht Klient/-innen) ..... 55

Abbildung 52: Hilfe / Beratung von der Spitex erhalten (Sicht Klient/-innen) ..... 55

Abbildung 53: Dauer bis Erhalt von Hilfe / Beratung (Sicht Klient/-innen) ..... 55

Abbildung 54: Zusammenarbeit im Versorgungsteam (Sicht Mitarbeitende) ..... 57

Abbildung 55: Zufriedenheit mit der Abstimmung der Arbeit mit anderen Berufsgruppen (Sicht Mitarbeitende) ..... 58

Abbildung 56: Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem (Sicht Mitarbeitende) ..... 60

Abbildung 57: Erlebte Zusammenarbeit mit der Spitex-Person (Sicht Klient/-innen) ..... 62

Abbildung 58: CPCQ – Skala Einschätzung der Zusammenarbeit und Koordination (Gruppenvergleiche) (Sicht Klient/-innen) ..... 63

Abbildung 59: Spitex Koordinationsrolle (1/2) (Sicht Klient/-innen) ..... 64

Abbildung 60: Spitex Koordinationsrolle (2/2) (Sicht Klient/-innen) ..... 64

Abbildung 61: Skala Einschätzung der Koordinationsrolle der Spitex-Personen (Gruppenvergleiche) (Sicht Klient/-innen) ..... 65

Abbildung 62: Koordination (Sicht Mitarbeitende) ..... 67

Abbildung 63: Koordinationslücken (Sicht Mitarbeitende) ..... 68

Abbildung 64: Skala Koordinationslücken (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende) ..... 69

Abbildung 65: Erlebte Koordination (Sicht Klient/-innen) ..... 69

Abbildung 66: Keine Kenntnisse von Änderungen in der Behandlung (Sicht Klient/-innen) ..... 71

Abbildung 67: Allgemeine Bewertung der Koordination (Sicht Klient/-innen) ..... 71

Abbildung 68: Allgemeine Bewertung der Koordination (Sicht Angehörigen) ..... 71

Abbildung 69: Allgemeine Einschätzung der Koordination (Sicht Mitarbeitende) ..... 72

Abbildung 70: Zusammenarbeit mit Angehörigen (Anteil Klient/-innen) (Sicht Mitarbeitende) ..... 74

Abbildung 71: Zwischenmenschliche Koordination mit pflegenden / betreuenden Angehörigen (Sicht Mitarbeitende) ..... 75



Abbildung 72: Skala zwischenmenschliche Koordination mit Angehörigen (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende) .....	76
Abbildung 73: Bezugsperson bei der Spitex (Sicht Angehörige) .....	76
Abbildung 74: Zwischenmenschliche Koordination mit der Bezugsperson (Sicht Angehörige) .....	77
Abbildung 75: Skala zwischenmenschliche Koordination mit der Bezugsperson (Gruppenvergleiche) (Sicht Angehörige) .....	78
Abbildung 76: Zwischenmenschliche Koordination mit den Spitex-Personen (Sicht Angehörige) .....	79
Abbildung 77: Skala Zwischenmenschliche Koordination – Spitex-Personen (Gruppenvergleiche) (Sicht Angehörige) .....	80
Abbildung 78: Einbezug der Angehörigen in die Organisation / Planung der Versorgung (Sicht Angehörige) .....	80
Abbildung 79: In den letzten 12 Monaten Unterstützung erhalten (Sicht Klient/-innen) .....	82
Abbildung 80: Vorübergehende oder dauerhafte Unterstützung (Sicht Klient/-innen) .....	82
Abbildung 81: Regelmässige oder unregelmässige Unterstützung (Sicht Klient/-innen) .....	82
Abbildung 82: Unterstützungsbereiche (durch die Angehörige) (Sicht Klient/-innen) .....	83
Abbildung 83: Unterstützungsbereiche und -intensität durch die Angehörigen (Sicht Angehörige) .....	84
Abbildung 84: Anzahl Jahre Unterstützung durch Angehörige (Sicht Angehörige) .....	84
Abbildung 85: Anzahl Stunden Unterstützung durch Angehörige (Sicht Angehörige) .....	84
Abbildung 86: Pflege- und Betreuungspersonal per Ende des Jahres 2020 (Sicht Betriebsleitungen) .....	87
Abbildung 87: Ressourcen und Personalausstattung (Sicht Mitarbeitende) .....	87
Abbildung 88: Skala PES-NWI – Personalausstattung (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende) .....	88
Abbildung 89: Fluktuation im Jahr 2020 über die jeweiligen Berufsgruppen - Prozentualer Anteil im Durchschnitt (Sicht Betriebsleitungen) .....	90
Abbildung 90: Beurteilung der Rekrutierungssituation (Sicht Betriebsleitungen) .....	91
Abbildung 91: Vorhandene Bezugspersonensysteme (Sicht Betriebsleitungen) .....	94
Abbildung 92: Arbeiten mit Fallverantwortlichen (Sicht Betriebsleitungen) .....	95
Abbildung 93: Aufgaben Fallverantwortung (Sicht Betriebsleitungen) .....	95
Abbildung 94: Case Manager / Care Manager (Sicht Betriebsleitungen) .....	95
Abbildung 95: Prozentuale Aufteilung der Tätigkeiten über die letzten drei Arbeitstage (Sicht Mitarbeitende) .....	99
Abbildung 96: Schichteinteilung (Sicht Mitarbeitende) .....	99
Abbildung 97: Überzeit (Sicht Mitarbeitende) .....	100
Abbildung 98: Angebote für Spitex-Mitarbeitende (Sicht Betriebsleitungen) .....	101
Abbildung 99: Anforderungen letzter Arbeitstag (Sicht Mitarbeitende) .....	102
Abbildung 100: Skala NASA-TLX (Erlebte Anforderungen) (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende) ..	103
Abbildung 101: Arbeitszufriedenheit (Sicht Mitarbeitende) .....	104
Abbildung 102: Die Spitex als guten Arbeitsort empfehlen (Sicht Mitarbeitende) .....	104
Abbildung 103: Kündigungsabsicht (Sicht Mitarbeitende) .....	105
Abbildung 104: Absentismus und Präsentismus (Sicht Mitarbeitende) .....	107
Abbildung 105: Gesundheitsbeschwerden in den letzten vier Wochen (Sicht Mitarbeitende) .....	108
Abbildung 106: Zusammenhang der Gesundheitsbeschwerden mit der Arbeit (Sicht Mitarbeitende) .....	108
Abbildung 107: Burnout (Sicht Mitarbeitende) .....	109
Abbildung 108: Skala CBI – Personal Burnout (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende) .....	110
Abbildung 109: Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben (Sicht Mitarbeitende) .....	111
Abbildung 110: Skala Work-life climate (Gruppenvergleiche) (Sicht Mitarbeitende) .....	112
Abbildung 111: Gewalt durch Klient/-innen gegenüber Spitex-Mitarbeitenden (Sicht Mitarbeitende) .....	114
Abbildung 112: Meldung von aggressiven Verhaltensweisen von Klient/-innen (Sicht Mitarbeitende) .....	115
Abbildung 113: Auflagen durch Gemeinde(n) / Kanton im Rahmen von Leistungsverträgen (Sicht Betriebsleitungen) .....	117

Abbildung 114: Mindestbedingungen für die Zulassung zur Leistungserbringung (Sicht Betriebsleitungen)	118
Abbildung 115: Restfinanzierung Pflege (Sicht Betriebsleitungen)	118
Abbildung 116: Restfinanzierungsregime der Pflegekosten (Sicht Betriebsleitungen)	119
Abbildung 117: Auseinandersetzung mit Gemeinden / Kantonen betreffend Kostenübernahme (Sicht Betriebsleitungen)	119
Abbildung 118: Übernahme der ungedeckten Kosten (Sicht Betriebsleitungen)	120
Abbildung 119: Höhe der Kostenbeteiligung von Patient/-innen (Sicht Betriebsleitungen)	121
Abbildung 120: Anteil der Gesamteinnahmen im Jahr 2020 durch die Finanzierungsträger (Sicht Betriebsleitungen)	122
Abbildung 121: Auswirkung der Änderung der Finanzierung auf den Kostendruck (Sicht Betriebsleitungen)	122
Abbildung 122: Auseinandersetzungen mit Krankenkassen (Sicht Betriebsleitungen)	122
Abbildung 123: Planung oder Durchführung von Sparmassnahmen (Sicht Betriebsleitungen)	123
Abbildung 124: Finanzielle Belastung (Sicht Klient/-innen)	125
Abbildung 125: Erhalt von Ergänzungsleistungen / Hilflosenentschädigung (Sicht Klient/-innen)	126
Abbildung 126: Art von Krankenversicherung (Sicht Klient/-innen)	126
Abbildung 127: Höhe der Jahresfranchise (Sicht Klient/-innen)	126
Abbildung 128: Verzicht auf Dienstleistungen während des Erstgesprächs (Sicht Betriebsleitungen)	127
Abbildung 129: Abbruch von Dienstleistungen seit Einführung der Patientenbeteiligung (Sicht Betriebsleitungen)	127
Abbildung 130: Änderung Abbruch der Dienstleistungen (Sicht Betriebsleitungen)	127
Abbildung 131: Herausforderungen durch COVID-19 (Sicht Betriebsleitungen)	130
Abbildung 132: COVID-19 – Schutzmaterialien (Sicht Mitarbeitende)	130



## Referenzen

1. Hart S.G. & Staveland L.E. *Development of NASA-TLX (Task Load Index) : Results of Empirical and Theoretical Research*, in *Advances in Psychology*, P.A. Hancock & N. Meshkati, Editors. 1988, North-Holland. p. 139-183.
2. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care. in *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. 2001 National Academies Press (US) Washington (DC).
3. World Health Organization. *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. 2018.
4. Maybin J., Charles A., & Honeyman M. *Understanding quality in district nursing services: Learning from patients, carers and staff*. 2016, London: London.
5. Dubois C.A., D'Amour D., Pomey M.P., Girard F., & Brault I. *Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review*. *BMC Nurs*, 2013. 12: p. 7.
6. Ruotsalainen S., Jantunen S., & Sinervo T. *Which factors are related to Finnish home care workers' job satisfaction, stress, psychological distress and perceived quality of care? – a mixed method study*. *BMC Health Serv Res*, 2020. 20(1): p. 896.
7. CAHPS. *Home Health Care Survey*. 2011 08.08.2022]; Available from: <https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/home/index.html>.
8. Perrig-Chiello P., Höpflinger F., & Schnegg B. *SwissAgeCare: Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz*. 2010.
9. Chavez K.S., Dwyer A.A., & Ramelet A.S. *International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review*. *Int J Nurs Stud*, 2018. 78: p. 61-75.
10. International Council of Nurses. *Guidelines on Advanced Practice Nursing*. 2020: Geneva, Switzerland.
11. Zúñiga F., Favez L., Baumann S., & et al. *SHURP 2018 – Schlussbericht. Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie*. 2021, Universität Basel.
12. Hamric A.B., Hanson C.M., Tracy M.F., & O'Grady E.T. *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. 2014: 5 th edition. St. Louis, Missouri: Elsevier / Saunders.
13. Santana M.J., Manalili K., Jolley R.J., Zelinsky S., Quan H., & Lu M. *How to practice person-centred care: A conceptual framework*. *Health Expect*, 2018. 21(2): p. 429-440.
14. Sanerma P., Miettinen S., Paavilainen E., & Åstedt-Kurki P. *A client-centered approach in home care for older persons – an integrative review*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2020. 38(4): p. 369-380.
15. Kuipers S.J., Cramm J.M., & Nieboer A.P. *The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting*. *BMC Health Services Research*, 2019. 19(1): p. 13.
16. Vaartio-Rajalin H. & Fagerström L. *Professional care at home: Patient-centredness, interprofessionalism and effectivity? A scoping review*. *Health & Social Care in the Community*, 2019. 27(4): p. e270-e288.
17. American Nurses Association. *Healthy work environment*. 2018 [cited 2022 20th of June 2022]; Available from: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/>.
18. Lake E.T. *The nursing practice environment: Measurement and evidence*. *Medical Care Research and Review*, 2007. 64: p. 104-22.
19. Jarrin O., Flynn L., Lake E.T., & Aiken L.H. *Home Health Agency Work Environments and Hospitalizations*. *Medical Care*, 2014. 52(10): p. 877-883.
20. Chamanga E., Dyson J., Loke J., & McKeown E. *Factors influencing the recruitment and retention of registered nurses in adult community nursing services: an integrative literature review*. *Prim Health Care Res Dev*, 2020. 21: p. e31.
21. Ganann R., Weeres A., Lam A., Chung H., & Valaitis R. *Optimization of home care nurses in Canada: A scoping review*. *Health Soc Care Community*, 2019. 27(5): p. e604-e621.
22. Huber D.L. *Leadership and Nursing Care Management*. 2010: Elsevier.
23. Sfantou D.F., Laliotis A., Patelarou A.E., Sifaki-Pistolla D., Matalliotakis M., & Patelarou E. *Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review*. *Healthcare (Basel)*, 2017. 5(4).





24. Westerberg K. & Tafvelin S. *The importance of leadership style and psychosocial work environment to staff-assessed quality of care: implications for home help services*. Health Soc Care Community, 2014. 22(5): p. 461-8.
25. Lake E.T. *Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index*. Res Nurs Health, 2002. 25(3): p. 176-88.
26. Rydenfält C., Holgersson C., Östlund B., Arvidsson I., Johansson G., & Persson R. *Picking low hanging fruit - A scoping review of work environment related interventions in the home care sector*. Home Health Care Serv Q, 2020. 39(4): p. 223-237.
27. Pejtersen J.H., Kristensen T.S., Borg V., & Bjorner J.B. *The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire*. Scand J Public Health, 2010. 38(3 Suppl): p. 8-24.
28. Kroposki M. & Alexander J.W. *Workplace Variables and Their Relationship to Quality Client Outcomes in Home Health*. Public Health Nursing, 2004. 21(6): p. 555-563.
29. Jarrín O.F., Kang Y., & Aiken L.H. *Pathway to better patient care and nurse workforce outcomes in home care*. Nurs Outlook, 2017. 65(6): p. 671-678.
30. Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. *Organizing for safety: Third report of the ACSNI study group on human factors*, ed. H.M.S.O. 1993, London
31. Kohn L., Corrigan J., Donaldson M., & eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*, N.A. Press, Editor. 2000: Washington DC.
32. Lawati M.H.A.L., Dennis S., Short S.D., & Abdulhadi N.N. *Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review*. BMC Family Practice, 2018. 19(1): p. 104.
33. Hofmann D.A. & Mark B. *An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes*. Personnel Psychology, 2006. 59(4): p. 847-869.
34. Ree E. & Wiig S. *Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services*. BMC Health Serv Res, 2019. 19(1): p. 607.
35. Rodziewicz T.L., Houseman B., & Hipskind J.E. *Medical Error Reduction and Prevention*, in *StatPearls*. 2022, StatPearls Publishing LLC.: Treasure Island (FL).
36. Health Quality Ontario. *Patient Safety Learning Systems: A Systematic Review and Qualitative Synthesis*. Ont Health Technol Assess Ser, 2017. 17(3): p. 1-23.
37. Zohar D. *Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications*. J Appl Psychol, 1980(65(1)): p. 96-102.
38. Sexton J.B., Helmreich R.L., Neilands T.B., Rowan K., Vella K., Boyden J., Roberts P.R., & Thomas E.J. *The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research*. BMC Health Services Research, 2006. 6(1): p. 44.
39. Lang A., Edwards N., & Fleiszer A. *Safety in home care: a broadened perspective of patient safety*. Int J Qual Health Care, 2008. 20(2): p. 130-5.
40. Abrahamson K., Hass Z., Morgan K., Fulton B., & Ramanujam R. *The Relationship Between Nurse-Reported Safety Culture and the Patient Experience*. J Nurs Adm, 2016. 46(12): p. 662-668.
41. Berland A., Holm A.L., Gundersen D., & Bentsen S.B. *Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses*. J Nurs Manag, 2012. 20(6): p. 794-801.
42. Fishman L., Bruhwiler L., & Schwappach D. *[Medication safety in Switzerland: Where are we today?]*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2018. 61(9): p. 1152-1158.
43. Meyer-Masseti C., Meier C.R., & Guglielmo B.J. *The scope of drug-related problems in the home care setting*. Int J Clin Pharm, 2018. 40(2): p. 325-334.
44. Meyer-Masseti C., Kaiser E., Hedinger-Grogg B., Luterbacher S., & Hersberger K. *[Medication safety in the home care setting: error-prone process steps]*. Pflege, 2012. 25(4): p. 261-9.
45. Meyer-Masseti C., Hofstetter V., Hedinger-Grogg B., Meier C.R., & Guglielmo B.J. *Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland*. Int J Clin Pharm, 2018. 40(6): p. 1614-1620.
46. Schur N., Twerenbold S., Reinau D., Schwenkglens M., & Meier C.R. *Helsana Arzneimittelreport Ausgabe 2020*. 2020; Available from: <https://www.helsana.ch/de/helsana-gruppe/medien-publikationen/helsana-reports/arzneimittelreport.html>.
47. Pereira F., Verloo H., Zhivko T., Di Giovanni S., Meyer-Masseti C., von Gunten A., Martins M.M., & Wernli B. *Risk of 30-day hospital readmission associated with medical conditions and drug regimens of polymedicated, older inpatients discharged home: a registry-based cohort study*. BMJ Open, 2021. 11(7): p. e052755.



48. Meyer-Masseti C., Krummenacher E., Hedinger-Grogg B., Luterbacher S., & Hersberger K.E. *Medication safety in the home care setting: Development and piloting of a Critical Incident Reporting System*. *Pflege*, 2016. 29(5): p. 247-255.
49. World Health Organization. *Patient safety: global action on patient safety*. 2019; Available from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_26-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf).
50. Diedrich D., Zúñiga F., & Meyer-Masseti C. [Medication management in home care-The medication use process from the perspective of clients and their caregivers]. *Z Gerontol Geriatr*, 2022. 55(8): p. 667-672.
51. Gentizon J., Bula C., & Mabire C. [Medication literacy in older patients : skills needed for self-management of medications]. *Rev Med Suisse*, 2020. 16(714): p. 2165-2168.
52. Künzi K. & Haslebacher K. *Untersuchung von Schnittstellen im Altersbereich der Stadt Bern*. 2009; Available from: [https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2009/Schnittstellen\\_im\\_Altersbereich\\_AVA\\_Bericht.pdf](https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2009/Schnittstellen_im_Altersbereich_AVA_Bericht.pdf).
53. Haig K.M., Sutton S., & Whittington J. *SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians*. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 2006. 32(3): p. 167-75.
54. Australian Medical Association. *10 Minimum Standards for Communication between Health Services and General Practitioners and other Treating Doctors*. 2017.
55. Kaelber D.C. & Bates D.W. *Health information exchange and patient safety*. *J Biomed Inform*, 2007. 40(6 Suppl): p. S40-5.
56. Renfro C.P., Ferreri S., Barber T.G., & Foley S. *Development of a Communication Strategy to Increase Interprofessional Collaboration in the Outpatient Setting*. *Pharmacy (Basel)*, 2018. 6(1).
57. Sellors C., Sellors J., Levine M., Chan D., Dolovich L., & Howard M. *Computer Networking to Enhance Pharmacist-Physician Communication: A Pilot Demonstration Project in Community Settings*. *Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada*, 2004. 137(8): p. 26-30.
58. Schroder C., Medves J., Paterson M., Byrnes V., Chapman C., O'Riordan A., Pichora D., & Kelly C. *Development and pilot testing of the collaborative practice assessment tool*. *J Interprof Care*, 2011. 25(3): p. 189-95.
59. McKay C.A. & Crippen L. *Collaboration Through Clinical Integration*. *Nursing Administration Quarterly*, 2008. 32(2): p. 109-116.
60. Saint-Pierre C., Herskovic V., & Sepúlveda M. *Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review*. *Fam Pract*, 2018. 35(2): p. 132-141.
61. Möckli N., Espinosa J.A., Simon M., Meyer-Masseti C., & Zúñiga F. *Clarifying the muddy concept of home healthcare coordination: A comprehensive theoretical framework*. *Heliyon*, 2023: p. e14243.
62. Izumi S., Barfield P.A., Basin B., Mood L., Neunzert C., Tadesse R., Bradley K.J., & Tanner C.A. *Care coordination: Identifying and connecting the most appropriate care to the patients*. *Res Nurs Health*, 2018. 41(1): p. 49-56.
63. De Gani S.M., Jaks R., Bieri U., & Kocher J.P. *Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG*. 2021, Zürich, Careum Stiftung: Zürich.
64. Schultz E.M. & McDonald K.M. *What is care coordination?* *International Journal of Care Coordination*, 2014. 17(1-2): p. 5-24.
65. Swan B., Haas S., & Jessie A. *Care Coordination: Roles of Registered Nurses Across the Care Continuum*. *Nursing economic\$*, 2019. 37(6): p. 317-323.
66. Breckenridge E.D., Kite B., Wells R., & Sunbury T.M. *Effect of Patient Care Coordination on Hospital Encounters and Related Costs*. *Popul Health Manag*, 2019. 22(5): p. 406-414.
67. Tricco A.C., Antony J., Ivers N.M., Ashoor H.M., Khan P.A., Blondal E., Ghassemi M., MacDonald H., Chen M.H., Ezer L.K., & Straus S.E. *Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis*. *Canadian Medical Association Journal*, 2014. 186(15): p. E568.
68. Squires A., Ridge L., Miner S., McDonald M.V., Greenberg S.A., & Cortes T. *Provider Perspectives of Medication Complexity in Home Health Care: A Qualitative Secondary Data Analysis*. *Med Care Res Rev*, 2019: p. 1077558719828942.
69. Jain P., Agarwal A., & Behara R. *Care Coordination: A Systematic Review and a New Perspective*. in *2017 IEEE 17th International Conference on Bioinformatics and Bioengineering (BIBE)*. 2017.
70. McGuinness C. & Sibthorpe B. *Development and initial validation of a measure of coordination of health care*. *Int J Qual Health Care*, 2003. 15(4): p. 309-18.





71. Haggerty J.L., Roberge D., Freeman G.K., Beaulieu C., & Bréton M. *Validation of a generic measure of continuity of care: when patients encounter several clinicians*. *Ann Fam Med*, 2012. 10(5): p. 443-51.
72. Jimenez G., Matchar D., Koh G.C.H., Tyagi S., van der Kleij R., Chavannes N.H., & Car J. *Revisiting the four core functions (4Cs) of primary care: operational definitions and complexities*. *Prim Health Care Res Dev*, 2021. 22: p. e68.
73. Pomey M., Flora L., Karazivan P., Dumez V., Lebel P., Vanier M., & Jouet E. *The Montreal Model: The Challenges of a Partnership Relationship between Patients and Healthcare Professionals*. *Santé Publique*, 2015: p. 41-50.
74. Brügger S., Sottas B., Kissmann S., Keel S., & Dell'Eva E. *Kompetente Kooperation von Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen mit betreuenden Angehörigen. Schlussbericht des Forschungsmandats G08 des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»*. 2020.
75. Gregory A., Mackintosh S., Kumar S., & Grech C. *Experiences of health care for older people who need support to live at home: A systematic review of the qualitative literature*. *Geriatr Nurs*, 2017. 38(4): p. 315-324.
76. Gittel J.H. *Relational coordination: Guidelines for theory, measurement and analysis*. Waltham, MA: Brandeis University, 2011.
77. Brügger S., Rime S., & Sottas B. *Angehörigenfreundliche Versorgungskoordination. Schlussbericht*. 2019.
78. Fringer A. *Das Buchser Pflegeinventar für häusliche Krisensituationen (BLiCK) Analysen, Werkzeuge und Empfehlungen zur Krisenintervention*. 2019: Bern: Hogrefe.
79. Wright L.M., Leahey M., Shajani Z., & Snell D. *Familienzentrierte Pflege, Lehrbuch für Familien-Assessment und Intervention*. 2021: 3. Auflage. Dt Hrsg. von Barbara Preusse-Bleuler. Bern: Hogrefe.
80. Bundesamt für Statistik. *Informelle Hilfe (2017)*. 2018; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/informelle-hilfe.html>.
81. Otto U., Leu A., Bischofberger I., Gerlich R., & Riguzzi M. *Besoins des proches aidants en matière de soutien et de décharge – enquête auprès de la population*. 2019.
82. Manojlovich M. & Sidani S. *Nurse dose: what's in a concept?* *Res Nurs Health*, 2008. 31(4): p. 310-9.
83. Gruber E.M., Zeiser S., Schroder D., & Buscher A. *Workforce issues in home- and community-based long-term care in Germany*. *Health Soc Care Community*, 2021. 29(3): p. 746-755.
84. Towers A.-M., Smith N., Allan S., Vadean F., Collins G., Rand S., Bostock J., Ramsbottom H., Forder J., Lanza S., & Cassell J. *Care home residents' quality of life and its association with CQC ratings and workforce issues: the MiCareHQ mixed-methods study*. 2021. 9: p. 19.
85. Bundesamt für Statistik. *Arbeitsmarktindikatoren 2022 - Kommentierte Ergebnisse*. 2022; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/206-2203>.
86. Williamson L., Burog W., & Taylor R.M. *A scoping review of strategies used to recruit and retain nurses in the health care workforce*. *J Nurs Manag*, 2022. 30(7): p. 2845-2853.
87. Fikar C. & Hirsch P. *Home health care routing and scheduling: A review*. *Computers & Operations Research*, 2017. 77: p. 86-95.
88. Holm S.G. & Angelsen R.O. *A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time?* *BMC Health Services Research*, 2014. 14(1): p. 439.
89. Joo J.Y. & Liu M.F. *Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review*. *Int Nurs Rev*, 2017. 64(2): p. 296-308.
90. van der Hulst M., van Veldhoven M., & Beckers D. *Overtime and need for recovery in relation to job demands and job control*. *J Occup Health*, 2006. 48(1): p. 11-9.
91. Sturm H., Rieger M.A., Martus P., Ueding E., Wagner A., Holderried M., & Maschmann J. *Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital*. *PLoS One*, 2019. 14(1): p. e0209487.
92. de Castro A.B., Fujishiro K., Rue T., Tagalog E.A., Samaco-Paquiz L.P., & Gee G.C. *Associations between work schedule characteristics and occupational injury and illness*. *Int Nurs Rev*, 2010. 57(2): p. 188-94.
93. Watanabe M. & Yamauchi K. *The effect of quality of overtime work on nurses' mental health and work engagement*. *J Nurs Manag*, 2018. 26(6): p. 679-688.



94. Simon M., Müller B.H., & Hasselhorn H.M. *Leaving the organization or the profession - a multilevel analysis of nurses's intentions*. J Adv Nurs, 2010. 66: p. 616-26.
95. Wickwire E.M., Geiger-Brown J., Scharf S.M., & Drake C.L. *Shift Work and Shift Work Sleep Disorder: Clinical and Organizational Perspectives*. Chest, 2017. 151(5): p. 1156-1172.
96. Wang X.S., Armstrong M.E., Cairns B.J., Key T.J., & Travis R.C. *Shift work and chronic disease: the epidemiological evidence*. Occup Med (Lond), 2011. 61(2): p. 78-89.
97. Gascon S., Leiter M.P., Andres E., Santed M.A., Pereira J.P., Cunha M.J., Albesa A., Montero-Marin J., Garcia-Campayo J., & Martinez-Jarreta B. *The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout*. J Clin Nurs, 2013. 22(21-22): p. 3120-9.
98. Lorenz V.R., Benatti M.C., & Sabino M.O. *Burnout and stress among nurses in a university tertiary hospital*. Rev Lat Am Enfermagem, 2010. 18(6): p. 1084-91.
99. Halter M., Boiko O., Pelone F., Beighton C., Harris R., Gale J., Gourlay S., & Drennan V. *The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews*. BMC Health Serv Res, 2017. 17(1): p. 824.
100. Manthey M. *The Practice of Primary Nursing*. 2002, Minneapolis (MN): Creative Health Care Management.
101. Schewior-Popp S., Sitzmann F., & Ullrich L. *Thiemes Pflege*, ed. G.T.V. KG. 2017: Georg Thieme Verlag KG.
102. Tubbs-Cooley H.L., Mara C.A., Carle A.C., & Gurses A.P. *The NASA Task Load Index as a measure of overall workload among neonatal, paediatric and adult intensive care nurses*. Intensive Crit Care Nurs, 2018. 46: p. 64-69.
103. Bagheri Hosseinabadi M., Akbari H., Hamed A., Gholami-Fesharaki M., & Ghasemi M. *The association of nursing workloads, organizational, and individual factors with adverse patient outcome*. Iranian Red Crescent Medical Journal, 2017. 19(4): p. 9.
104. Hignett S., Edmunds Otter M., & Keen C. *Safety risks associated with physical interactions between patients and caregivers during treatment and care delivery in Home Care settings: A systematic review*. Int J Nurs Stud, 2016. 59: p. 1-14.
105. Bagheri Hosseinabadi M., Khanjani N., Etemadinezhad S., Samaei S.E., Raadabadi M., & Mostafae M. *The associations of workload, individual and organisational factors on nurses' occupational injuries*. J Clin Nurs, 2019. 28(5-6): p. 902-911.
106. Lotfi Fatemi N., Karimi Moonaghi H., & Heydari A. *Perceived Challenges Faced by Nurses in Home Health Care Setting: A Qualitative Study*. Int J Community Based Nurs Midwifery, 2019. 7(2): p. 118-127.
107. Hertzum M. *How Demanding Is Healthcare Work? A Meta-Analytic Review of TLX Scores*. Stud Health Technol Inform, 2021. 286: p. 55-59.
108. Halcomb E., Smyth E., & McInnes S. *Job satisfaction and career intentions of registered nurses in primary health care: an integrative review*. BMC Fam Pract, 2018. 19(1): p. 136.
109. Garza J.A. & Taliaferro D. *Job Satisfaction Among Home Healthcare Nurses*. Home Healthc Now, 2021. 39(1): p. 20-24.
110. McCreary D.D.J. *Home Health Nursing Job Satisfaction and Retention: Meeting the Growing Need for Home Health Nurses*. Nurs Clin North Am, 2020. 55(1): p. 121-132.
111. Nylén-Eriksen M., Grov E.K., & Bjørnnes A.K. *Nurses' job involvement and association with continuing current position-A descriptive comparative study*. J Clin Nurs, 2020. 29(13-14): p. 2699-2709.
112. Tourangeau A.E., Patterson E., Saari M., Thomson H., & Cranley L. *Work-related factors influencing home care nurse intent to remain employed*. Health Care Manage Rev, 2017. 42(1): p. 87-97.
113. Kivimäki M., Vanhala A., Pentti J., Länsisalmi H., Virtanen M., Elovainio M., & Vahtera J. *Team climate, intention to leave and turnover among hospital employees: Prospective cohort study*. BMC Health Services Research, 2007. 7(1): p. 170.
114. Tummers L.G., Groeneveld S.M., & Lankhaar M. *Why do nurses intend to leave their organization? A large-scale analysis in long-term care*. J Adv Nurs, 2013. 69(12): p. 2826-38.
115. Brborović H., Daka Q., Dakaj K., & Brborović O. *Antecedents and associations of sickness presenteeism and sickness absenteeism in nurses: A systematic review*. Int J Nurs Pract, 2017. 23(6).
116. Kinman G. *Sickness presenteeism at work: prevalence, costs and management*. Br Med Bull, 2019. 129(1): p. 69-78.
117. Gesundheitsförderung Schweiz. *Job-Stress-Index 2020 - Monitoring von Kennzahlen zum Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz*. 2020.



118. Bundesamt für Statistik. *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 Übersicht*. 2018; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.assetdetail.6426300.html>.
119. Schaufeli W.B. & Greenglass E.R. *Introduction to special issue on burnout and health*. Psychol Health, 2001. 16(5): p. 501-10.
120. Jun J., Ojemeni M.M., Kalamani R., Tong J., & Crecelius M.L. *Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review*. Int J Nurs Stud, 2021. 119: p. 103933.
121. Kristensen T.S., Borritz M., Villadsen E., & Christensen K.B. *The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout*. Work & Stress, 2005. 19(3): p. 192-207.
122. Sexton J.B., Schwartz S.P., Chadwick W.A., Rehder K.J., Bae J., Bokovoy J., Doram K., Sotile W., Adair K.C., & Profit J. *The associations between work-life balance behaviours, teamwork climate and safety climate: cross-sectional survey introducing the work-life climate scale, psychometric properties, benchmarking data and future directions*. BMJ Qual Saf, 2017. 26(8): p. 632-640.
123. Phoo N.N.N. & Reid A. *Determinants of violence towards care workers working in the home setting: A systematic review*. Am J Ind Med, 2022. 65(6): p. 447-467.
124. Schnell A., Ott S., Zeller A., & Mayer H. *Aggressive incidents in home care services and organizational support: A cross-sectional survey in Switzerland*. J Nurs Manag, 2021.
125. Byon H.D., Lee M., Choi M., Sagherian K., Crandall M., & Lipscomb J. *Prevalence of type II workplace violence among home healthcare workers: A meta-analysis*. Am J Ind Med, 2020. 63(5): p. 442-455.
126. Escribano R.B., Beneit J., & Luis Garcia J. *Violence in the workplace: some critical issues looking at the health sector*. Heliyon, 2019. 5(3): p. e01283.
127. De Pietro C., Camenzind P., Sturny I., Crivelli L., Edwards-Garavoglia S., Spranger A., Wittenbecher F., & Quentin W. *Switzerland: Health System Review*. Health Syst Transit, 2015. 17(4): p. 1-288, xix.
128. Eidgenössisches Departement des Innern (EDI). *Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*. 2019; Available from: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html>.
129. Alders P. & Schut F.T. *The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right?* Health Policy, 2019. 123(3): p. 312-316.
130. Janssen D., Jongen W., & Schröder-Bäck P. *Exploring the impact of austerity-driven policy reforms on the quality of the long-term care provision for older people in Belgium and the Netherlands*. Journal of Aging Studies, 2016. 38: p. 92-104.
131. Plaisier I., Verbeek-Oudijk D., & de Klerk M. *Developments in home-care use. Policy and changing community-based care use by independent community-dwelling adults in the Netherlands*. Health Policy, 2017. 121(1): p. 82-89.
132. Theobald H., Szebehely M., Saito Y., & Ishiguro N. *Marketisation policies in different contexts: Consequences for home-care workers in Germany, Japan and Sweden*. International Journal of Social Welfare, 2018. 27(3): p. 215-225.
133. INFRAS, Landolt Rechtsanwälte, & Careum Forschung. *Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung*. 2018, Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.
134. Bundesamt für Statistik. *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens im Jahr 2020: Provisorische Ergebnisse*. 2022; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.gnpdetail.2022-0099.html>.
135. Moody E., Ganann R., Martin-Misener R., Ploeg J., Macdonald M., Weeks L.E., Orr E., McKibbin S., & Jefferies K. *Out-of-pocket expenses related to aging in place for frail older people: a scoping review*. JBI Evid Synth, 2021. 20(2): p. 537-605.
136. Osborn R., Squires D., Doty M.M., Sarnak D.O., & Schneider E.C. *In New Survey Of Eleven Countries, US Adults Still Struggle With Access To And Affordability Of Health Care*. Health Aff (Millwood), 2016. 35(12): p. 2327-2336.
137. Sum G., Hone T., Atun R., Millett C., Suhrcke M., Mahal A., Koh G.C., & Lee J.T. *Multimorbidity and out-of-pocket expenditure on medicines: a systematic review*. BMJ Glob Health, 2018. 3(1): p. e000505.
138. Knöpfel C., Leitner J., Meuli N., & Pardini R. *Das frei verfügbare Einkommen älterer Menschen in der Schweiz*. 2019.
139. Bundesamt für Gesundheit. *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung Ausgabe 2020*. 2022, Bundesamt für Gesundheit.





140. Knöpfel C. *Die Kosten des Alterns.*, in *Angewandte GERONTOLOGIE Appliquée*. 2/19. S. 20-22. 2019.
141. Hümbelin O., Richard T., Schuwey C., Luchsinger L., & Fluder R. *Nichtbezug von bedarfsabhängigen Sozialleistungen im Kanton Basel-Stadt – Ausmass und Beweggründe 2021*, Bern: Bericht im Auftrag des Amtes für Sozialbeiträge des Kantons Basel-Stadt.
142. Knöpfel C., Pardini R., & Heinzmann C. *Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme*. 2018: Zürich: Seismo-Verlag.
143. Osakwe Z.T., Osborne J.C., Samuel T., Bianco G., Céspedes A., Odlum M., & Stefancic A. *All alone: A qualitative study of home health aides' experiences during the COVID-19 pandemic in New York*. *Am J Infect Control*, 2021. 49(11): p. 1362-1368.
144. van den Bulck A.O.E., de Korte M.H., Metzethin S.F., Elissen A.M.J., Everink I.H.J., Ruwaard D., & Mikkers M.C. *In the Eye of the Storm: A Quantitative and Qualitative Account of the Impact of the COVID-19 Pandemic on Dutch Home Healthcare*. *Int J Environ Res Public Health*, 2022. 19(4).
145. INFRAS. *Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen*. 2021: Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Zürich.
146. Sama S.R., Quinn M.M., Galligan C.J., Karlsson N.D., Gore R.J., Kriebel D., Prentice J.C., Osei-Poku G., Carter C.N., Markkanen P.K., & Lindberg J.E. *Impacts of the COVID-19 Pandemic on Home Health and Home Care Agency Managers, Clients, and Aides: A Cross-Sectional Survey, March to June, 2020*. *Home Health Care Management & Practice*, 2021. 33(2): p. 125-129.
147. Institute for Healthcare Improvement. *Patient Safety in the Home Assessment of Issues, Challenges, and Opportunities*. 2017, Institute for Healthcare Improvement (IHI).
148. World Health Organization. *Inovative Care for chronic conditions: Building Blocks for Action*. 2002, World Health Organization: Geneva.
149. OECD. *Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality, OECD Reviews of Health Care Quality*. 2017, Paris: OECD Publishing.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en>.
150. Bundesamt für Statistik. *Hilfe und Pflege zu Hause*. 2017, BFS aktuell: Switzerland.
151. Bundesamt für Statistik. *Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause Ergebnisse 2014 : Zahlen und Trends*. 2015, BFS Aktuell: Switzerland.
152. Lobsiger M. & Kägi W. *Analyse der Strukturhebung und Berechnung von Knappheitsindikatoren zum Gesundheitspersonal (Obsan Dossier 53)*. 2016, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Neuchâtel.
153. World Health Organization. *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. 2006, World Health Organization: Geneva Switzerland.
154. Bachnick S., Ausserhofer D., Januel J.M., Schubert M., Schwendimann R., De Geest S., & Simon M. *Matching Registered Nurse services with changing care demands (Match(RN) ): study protocol of a natural experiment multi-centre study*. *J Adv Nurs*, 2017. 73(7): p. 1735-1746.
155. Sermeus W., Aiken L.H., Van den Heede K., Rafferty A.M., Griffiths P., Moreno-Casbas M.T., Busse R., Lindqvist R., Scott A.P., Bruyneel L., Brzostek T., Kinnunen J., Schubert M., Schoonhoven L., & Zikos D. *Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology*. *BMC Nurs*, 2011. 10: p. 6.
156. Van Eenoo L., van der Roest H., van Hout H., & Declercq A. *Quality of Care and Job Satisfaction in the European Home Care Setting: Research Protocol*. *Int J Integr Care*, 2016. 16(3): p. 14.
157. Cammann C., Fichman M., Jenkins D., & Klesh J. *The Michigan organizational assessment questionnaire*. 1979: New York : Wiley-Interscience.
158. Schwendimann R., Zúñiga F., Ausserhofer D., Schubert M., Engberg S., & de Geest S. *Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP): protocol of an observational study*. *J Adv Nurs*, 2014. 70(4): p. 915-26.
159. Gaudenz C., De Geest S., Schwendimann R., & Zúñiga F. *Factors Associated With Care Workers' Intention to Leave Employment in Nursing Homes: A Secondary Data Analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project*. *J Appl Gerontol*, 2019. 38(11): p. 1537-1563.
160. Thomas C.L., Spitzmüller C., Amspoker A.B., Modi V., Tran T., Naik A.D., Woodard L., Auron A., & Hysong S.J. *A Systematic Literature Review of Instruments to Measure Coordination*. *J Healthc Manag*, 2018. 63(3): p. e1-e18.
161. Zúñiga F., Chu C.H., Boscart V., Fagertun A., Gea-Sánchez M., Meyer J., Spilsbury K., Devi R., Haunch K., Zheng N., & McGilton K.S. *Recommended Common Data Elements for International Research in Long-Term Care Homes: Exploring the Workforce and Staffing Concepts of Staff Retention and Turnover*. *Gerontol Geriatr Med*, 2019. 5: p. 2333721419844344.



162. Hasselhorn H.M. & Freude G. *Der Work-ability-Index: ein Leitfaden*. 2007: Wirtschaftsverl. NW, Verlag für Neue Wiss.
163. Zackrisson E.J. *Organizational Coordination and Communication: The Development and Testing of an Integrative Model*. 2017, UC Santa Barbara.
164. Orchard C.A., King G.A., Khalili H., & Bezzina M.B. *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): development and testing of the instrument*. *J Contin Educ Health Prof*, 2012. 32(1): p. 58-67.
165. Bundesamt für Statistik. *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 - Telefonischer und schriftlicher Fragebogen*. 2019; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.assetdetail.7606607.html>.
166. Oh H., Eom M., & Kwon Y. *A study on aggressive behavior among nursing home residents with cognitive impairment*. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 2004. 34(8): p. 1451-9.
167. Agency for Healthcare Research and Quality. *CAHPS Home Health Care Survey*. 2018; Available from: <https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/home/index.html>.
168. van der Roest H.G., van Eenoo L., van Lier L.I., Onder G., Garms-Homolová V., Smit J.H., Finne-Soveri H., Jónsson P.V., Draisma S., Declercq A., Bosmans J.E., van Hout H.P.J., Frijters D.H., Joling K.J., Bernabei R., Vetrano D.L., Carfi A., Schoen J., Lau H.M., Wisselink H.-Y., Bremner J., Calabro M., Dix O., Khan U., Vezzosi M., Jokinen S., Magnúsdóttir B., Valgerður Kristinsdóttir I., Sakki J., Noro A., & project I.B. *Development of a novel benchmark method to identify and characterize best practices in home care across six European countries: design, baseline, and rationale of the IBenC project*. *BMC Health Services Research*, 2019. 19(1): p. 310.
169. Borowsky S.J., Nelson D.B., Fortney J.C., Hedeem A.N., Bradley J.L., & Chapko M.K. *VA community-based outpatient clinics: performance measures based on patient perceptions of care*. *Med Care*, 2002. 40(7): p. 578-86.
170. Bundesamt für Statistik. *Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause: Jährliche Erhebung der Spitex-Statistik*. 2019; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/spitex.html>.
171. Bundesamt für Statistik. *Schweizerischer Haushaltsfragebogen 2019*; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.9687425.html>.
172. Siqeca F., Obas K., Yip O., Stenz S., Vounatsou P., Briel M., Schwenkglenks M., Quinto C., Blozik E., Zeller A., Zullig L.L., De Geest S., & Deschodt M. *The INSPIRE Population Survey: development, dissemination and respondent characteristics*. *BMC Medical Research Methodology*, 2021. 21(1): p. 131.



## Appendix

### A1. Hintergrund der SPOT<sup>nat</sup> Studie

Die Spitex in der Schweiz ist mit steigenden Anforderungen konfrontiert. Ältere, chronisch kranke Menschen möchten möglichst lange in den eigenen vier Wänden bleiben, auch in komplexen Versorgungssituationen [147, 148]. Parallel dazu verkürzt sich die Spitalaufenthaltsdauer, da die Pflege zu Hause eine kostengünstige Alternative zur institutionellen Versorgung darstellt [149]. Damit nehmen nicht nur die Dringlichkeit und die Vielschichtigkeit der Pflege- und Betreuung zu Hause zu, sondern auch die Anzahl Klient/-innen, die die Spitex jedes Jahr versorgt [150].

Mit der Anzahl an Klient/-innen steigt auch der Bedarf an Spitex-Personal. Die Schweizer Spitex verzeichnet seit einigen Jahren das grösste jährliche Wachstum im Schweizer Gesundheitssektor [150, 151]. Trotz verschiedenen Massnahmen zeichnet sich ein Mangel an Pflegefachpersonal ab [152]. Erschwerend kommt hinzu, dass der Kostendruck auf die Spitex stetig zunimmt.

Aus historischen Gründen lag der Fokus im Gesundheitswesen lange auf der Akut-Versorgung. Eine Verlagerung hin zu einer Langzeit-Versorgung ist zur Zeit zwar im Gange, sie kann aber mit den raschen Veränderungen im Gesundheitswesen nicht mithalten [149]. In diesem Umfeld bietet die Spitex heute Gesundheitsdienstleistungen mit vielen verschiedenen Schnittstellen zu anderen Leistungserbringern an. Das Gesundheitssystem an sich ist jedoch weiterhin fragmentiert – insbesondere mangelt es an Koordination und Kommunikation unter den Dienstleistern [147, 149, 153], was wiederum die Arbeit der Spitex zusätzlich erschwert.

Die Kombination all dieser Problemstellungen gefährdet die Versorgungsqualität in der Spitex [147, 149]. Hohe Qualität ist jedoch unerlässlich, um unnötige Spitaleintritte, gesundheitsbedingte Komplikationen und unnötige Kosten zu vermeiden [149].

Bisher ist wenig dazu bekannt, welche System- und Betriebsfaktoren die Koordination und Qualität der Spitex tatsächlich beeinflussen. Insbesondere die Bedeutung von gesetzlichen Vorgaben und regulatorischen Rahmenbedingungen für die Koordination und Qualität in der Spitex sind noch kaum erforscht. Wir wissen weder, wie sich diese Systemfaktoren auf betriebliche Strukturen und Prozesse auswirken, noch wie System- und Betriebsfaktoren mit der Arbeitsausführung des Spitex-Personals und dessen Möglichkeit, gute Koordination und Qualität zu erbringen, zusammenhängen.

Diese grossen Wissenslücken im Spitex-Bereich haben das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel und die Hochschule für Gesundheit Freiburg dazu bewogen, eine nationale Spitex-Befragung durchzuführen. Zur Erarbeitung der zugrunde liegenden Themenkreise ist ein konzeptuelles Modell erstellt worden (siehe Abbildung A1). Unser Modell soll mögliche Zusammenhänge im Hinblick auf die Koordination und Qualität der Spitex in der Schweiz aufzeigen und als Grundlage für weitere Verbesserungen dienen.

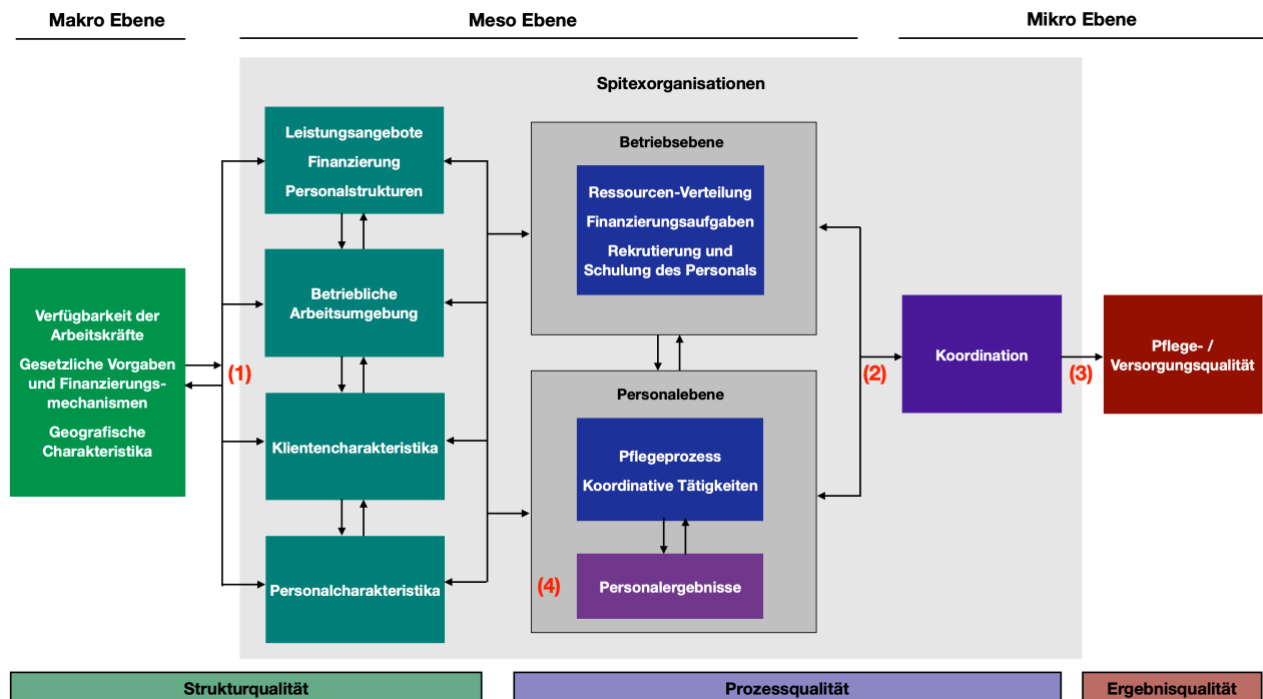


Abbildung A1: Konzeptuelles Modell

## A2. Fragestellungen

Mit Hilfe dieses Modells sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- (1) Wie hängen Systemfaktoren (Makro Ebene) mit Strukturen, Prozessen und der Arbeitsumgebung der Spitex-Betriebe (Meso Ebene) zusammen?
- (2) Wie hängen Systemfaktoren und Betriebsfaktoren mit der Koordination von Gesundheitsdienstleistungen auf der Mikro Ebene zusammen?
- (3) Wie hängen Systemfaktoren, Betriebsfaktoren und die Koordination durch das Spitex-Personal mit der Pflege- / Versorgungsqualität (Mikro Ebene) zusammen?
- (4) Wie hängen Betriebsfaktoren mit Personalergebnissen (z. B. Personalerhalt, Fluktuation, Arbeitszufriedenheit) zusammen?

## A3. Methoden

SPOT<sup>nat</sup> ist eine gesamtschweizerische Querschnittstudie zur Spitex, wobei sich das gesamte Forschungsprojekt über vier Jahre erstreckt hat.

### Bildung der Stichprobe

Die Stichprobe ist anhand eines dreistufigen Verfahrens gebildet worden:

- (1) Anhand der sieben Schweizer Grossregionen ist eine zufällige Stichprobe aus 88 Spitex-Organisationen gebildet worden. Dabei ist darauf geachtet worden, dass die Organisationen möglichst repräsentativ sind in der Anzahl und Trägerschaft (öffentlich-gemeinnützig, privat-gemeinnützig, privat-erwerblich). Organisationen mit weniger als zehn Mitarbeitenden und selbstständige Pflegefachpersonen sind ausgeschlossen worden.
- (2) Innerhalb der Organisationen, welche an der Studie teilgenommen haben, sind jene Mitarbeitenden zur Studienteilnahme eingeladen worden, die seit mindestens 3 Monaten dort arbeiten, ein Mindestalter von 18 Jahren aufweisen und direkt oder indirekt in der Pflege / Betreuung von Klient/-innen tätig sind. Bei Organisationen mit mehr als 100 Mitarbeitenden ist eine zufällige Stichprobe von 100 Mitarbeitenden gezogen worden.





- (3) In jeder teilnehmenden Organisation ist eine zufällige Stichprobe aus 50 Klient/-innen gebildet worden. Bei Organisationen mit weniger als 70 Klient/-innen ist eine Vollerhebung durchgeführt worden. Die ausgewählten Klient/-innen und deren Angehörige sind ebenfalls dazu eingeladen worden, an der Studie teilzunehmen. Es sind nur Klient/-innen eingeschlossen, die mindestens 60 Jahre alt sind und pflegerische oder pflegerische und hauswirtschaftliche Dienstleistungen in Anspruch nehmen.

#### A4. Datensammlung

Die Datensammlung hat zwischen Januar und September 2021 anhand von vier Datenquellen stattgefunden:

Betriebsfragebogen (B): Informationen zu Strukturen und Prozessen sind anhand eines Betriebsfragebogens erfasst worden. Dieser ist durch die Spitex-Leitungen der teilnehmenden Organisationen ausgefüllt worden.

Personalfragebogen (P): Informationen zur Arbeitsumgebung, zu Tätigkeiten der Mitarbeitenden, zur wahrgenommenen Versorgungsqualität und zu Personalergebnisse sind anhand eines Personalfragebogens erfasst worden, der durch die Mitarbeitenden der jeweiligen Organisationen ausgefüllt worden ist.

Klienten- und Angehörigenfragebogen (K bzw. A): Die Erfahrungen der Klient/-innen und ihrer Angehörigen zur Versorgungsqualität und Koordination sind mit zwei schriftlichen Fragebogen erhoben worden.

Elektronisch erfasste Klientendaten: Bei Organisationen, die ihre Klientendaten elektronisch erfasst haben, ist wenn möglich die Administrative Daten und Anfrage exportiert worden, um Informationen über den Gesundheitsstatus und die Inanspruchnahme der Spitex-Dienstleistungen zu ermitteln. Ausserdem sind bei Organisationen, die ihre Daten mit dem Softwaresystem Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI-HC) erfassen, Qualitätsindikatoren berechnet worden.

Zusätzlich sind mit Hilfe von nationalen und kantonalen Spitex-Organisationen und Unterlagen des Bundes, der Kantone und Gemeinden Informationen zu den gesetzlichen Vorgaben und Finanzierungsmechanismen erfasst worden.

#### A5. Datenanalyse

Die eingegangenen Fragebogen sind vom Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft (FIFAS) erfasst worden. Die Dateneingabe ist systematisch durch Qualitätskontrollen sichergestellt gewesen.

Die Daten sind auf Validität und Plausibilität geprüft worden. Für die Datenanalysen ist die Statistiksoftware R<sup>19</sup> benutzt worden. Zur Beschreibung der Resultate sind Prozentwerte, Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), Mediane (Md) und Interquartilsbereiche (IQB) berechnet worden.

---

<sup>19</sup> <https://www.r-project.org>

## A6. Skalen

Skala	Cronbach's alpha (SPOT™)	Itemtext	Antwortoptionen	Berechnung	Interpretation
<b>Führung</b>					
Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses Instrument: Practice Environmet Scale- Nurse Work Index [25]	0.874	P1- Die / der direkte Vorgesetzte unterstützt das Spitex-Personal. P2- Die Vorgesetzten nutzen Fehler (z. B. in der Pflege und Betreuung) zum gemeinsamen Lernen und nicht zum Kritisieren. P3- Die / der direkte Vorgesetzte ist eine kompetente Führungsperson. P4- Es gibt Lob und Anerkennung für eine gute Arbeitsleistung. P5- Die / der direkte Vorgesetzte steht beim Treffen von Entscheidungen hinter dem Personal, auch wenn diese im Konflikt mit anderen Berufsgruppen oder Klient/-innen stehen.	1= Stimme überhaupt nicht zu 2= Stimme eher nicht zu 3= Stimme eher zu 4= Stimme voll und ganz zu	Mittelwert über die fünf Items	Mittelwerte $\geq 3$ entspricht einer Zustimmung. Höhere Zustimmung deutet auf eine bessere Führung hin.
<b>Personalausstattung</b>					
Staffing Resource Adequacy Instrument: Practice Environment Scale - Nursing Work Index [25]	0.728	P6- Es gibt genügend Zeit und Möglichkeiten, um Pflegeprobleme mit anderen Mitarbeitenden zu besprechen. P7- Es gibt genügend fachlich kompetentes Personal, um eine gute Qualität der Pflege und Betreuung zu gewährleisten. P8- Es gibt genügend Personal, um die anfallende Arbeit zu erledigen.	1= Stimme überhaupt nicht zu 2= Stimme eher nicht zu 3= Stimme eher zu 4= Stimme voll und ganz zu	Mittelwert über die drei Items	Mittelwerte $\geq 3$ entspricht einer Zustimmung. Je höher die Zustimmung, desto höher die wahrgenommenen Ressourcen und Personalausstattung.

Skala	Cronbach's alpha (SPOT™)	Itemtext	Antwortoptionen	Berechnung	Interpretation
<b>Vorhersehbarkeit</b>					
Predictability Instrument: Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	0.745	P9- Werden Sie rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz informiert, z. B. über wichtige Entscheidungen, Veränderungen oder Pläne für die Zukunft? P10- Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit mit guter Qualität zu erledigen?	0= In sehr tiefem Mass 25= In tiefem Mass 50= Zum Teil 75= In hohem Mass 100= In sehr hohem Mass	Mittelwert über die zwei Items	Höhere Werte deuten auf eine höhere Wahrnehmung der Vorhersehbarkeit der Arbeit.
<b>Rollenklarheit</b>					
Role Clarity Instrument: Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	0.731	P11- Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit? P12- Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?	0= In sehr tiefem Mass 25= In tiefem Mass 50= Zum Teil 75= In hohem Mass 100= In sehr hohem Mass	Mittelwert über die zwei Items	Höhere Werte deuten auf eine höhere Rollenklarheit hin.
<b>Rollenkonflikte</b>					
Role Conflicts Instrument: Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	0.704	P13- Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt? P14- Müssen Sie manchmal Dinge tun, die eigentlich auf andere Weise getan werden sollten?	0= In sehr tiefem Mass 25= In tiefem Mass 50= Zum Teil 75= In hohem Mass 100= In sehr hohem Mass	Mittelwert über die zwei Items	Höhere Werte deuten auf höhere Rollenkonflikte.



Skala	Cronbach's alpha (SPOT™)	Itemtext	Antwortoptionen	Berechnung	Interpretation
<b>Soziale Unterstützung (Kolleg/-innen)</b>					
Social support from colleagues Instrument: Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	0.619	16- Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihren Kolleg/-innen? 17- Wie oft sprechen Ihre Kolleg/-innen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	0= Nie / fast nie 25= Selten 50= Manchmal 75= Oft 100= Immer	Mittelwert über die zwei Items	Höhere Werte bedeuten eine höher wahrgenommene soziale Unterstützung durch die Kolleg/-innen.
<b>Soziale Unterstützung (Vorgesetzte)</b>					
Social support from supervisors Instrument: Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	0.747	P18- Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihrem / Ihrer direkten Vorgesetzten? P19- Wie oft spricht Ihr Vorgesetzter / Ihre Vorgesetzte mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	0= Nie / fast nie 25= Selten 50= Manchmal 75= Oft 100= Immer	Mittelwert über die zwei Items	Höhere Werte deuten auf eine höher wahrgenommene soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten hin.



Skala	Cronbach's alpha (SPOT <sup>SM</sup> )	Itemtext	Antwortoptionen	Berechnung	Interpretation
<b>Teamwork</b>					
Teamwork climate Instrument: Safety Attitudes Questionnaires [38]	0.851	<p>P21- In diesem Team sind Vorschläge und Ideen willkommen (z. B. zu Arbeitsorganisation, Pflegeverrichtungen).</p> <p>P22- In diesem Team ist es einfach, ein Problem anzusprechen, das ich in der Pflege / Betreuung der Klient/-innen wahrnehme.</p> <p>P23- In diesem Team werden Meinungsverschiedenheiten gut geklärt ( d. h. nicht wer hat Recht, sondern was ist das Beste für die Klient/-innen).</p> <p>P24- Ich erhalte von meinen Teamkolleg/-innen die notwendige Unterstützung für die Pflege / Betreuung der Klient/-innen.</p> <p>P25- In diesem Team ist es für das Personal leicht, Fragen zu stellen, wenn etwas nicht verstanden wurde.</p> <p>P26- In diesem Team arbeiten wir mit verschiedenen Berufsleuten als gut koordiniertes Team zusammen.</p>	<p>1= Stimme überhaupt nicht zu</p> <p>2= Stimme eher nicht zu</p> <p>3= Neutral</p> <p>4= Stimme eher zu</p> <p>5= Stimme voll und ganz zu</p>	Mittelwert über die sechs Items	Mittelwert von $\geq 4$ entspricht einer Zustimmung, d. h. einer positiven Zusammenarbeit.

Skala	Cronbach's alpha (SPOT <sup>SM</sup> )	Itemtext	Antwortoptionen	Berechnung	Interpretation
<b>Sicherheitsklima</b>					
Safety climate Instrument: Safety Attitudes Questionnaires [38]	0.861	<p>P27- Wenn ich hier Klient / Klientin wäre, würde ich mich sicher versorgt und gut betreut fühlen.</p> <p>P28- In diesem Team wird mit Fehlern in angemessener Weise umgegangen.</p> <p>P29- Ich weiss, wie ich vorgehen muss, um Fragen zur Klientensicherheit anzubringen (z. B. Schutz der Klient/-innen vor Medikamentenfehlern, Stürzen, Infektionen).</p> <p>P30- Ich erhalte angemessene Rückmeldung zu meiner Arbeit.</p> <p>P31- In diesem Team ist es einfach, Fehler zu besprechen.</p> <p>P32- Meine Arbeitskolleg/-innen ermutigen mich zu melden, wenn ich etwas beobachte oder entdecke, was einem Klienten / einer Klientin schaden könnte.</p> <p>P33- Der Umgang miteinander in diesem Team macht es leicht, von den Fehlern anderer zu lernen.</p>	<p>1= Stimme überhaupt nicht zu</p> <p>2= Stimme eher nicht zu</p> <p>3= Neutral</p> <p>4= Stimme eher zu</p> <p>5= Stimme voll und ganz zu</p>	Mittelwert über die sieben Items	Mittelwert von $\geq 4$ entspricht einer Zustimmung, d. h. einem positivem Sicherheitsklima.

Skala	Cronbach's alpha (SPOT™)	Itemtext	Antwortoptionen	Berechnung	Interpretation
Kommunikation und Informationsaustausch					
Communication and Information Exchange Instrument: Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) [58]	0.872	<p>P48- Relevante Informationen bezüglich Änderungen des Klientenstatus oder des Pflegeplans werden der zuständigen Fachperson rechtzeitig mitgeteilt.</p> <p>P49- Ich vertraue auf die Richtigkeit der Informationen, die von den anderen Fachpersonen berichtet werden.</p> <p>P50- Klientenanliegen werden im Versorgungsteam durch regelmässige Besprechungen und Diskussionen effektiv behandelt.</p> <p>P51- Unser Versorgungsteam hat wirkungsvolle Kommunikationsstrategien entwickelt, um die Behandlungs-/ Pflegeziele und Ergebnisse der Pflege / Behandlung von Klient/-innen zu teilen.</p> <p>P52- Relevante Informationen bezüglich Änderungen des Klientenstatus oder des Pflegeplans werden der zuständigen Fachperson rechtzeitig mitgeteilt.</p> <p>P53- Ich vertraue auf die Richtigkeit der Informationen, die von den anderen Fachpersonen berichtet werden.</p>	<p>1= Stimme überhaupt nicht zu</p> <p>2= Stimme überwiegend nicht zu</p> <p>3= Stimme eher nicht zu</p> <p>4= Neutral</p> <p>5= Stimme eher zu</p> <p>6= Stimme überwiegend zu</p> <p>7= Stimme voll und ganz zu</p>	Mittelwert über die sechs Items	Mittelwerte über dem Wert 5 entsprechen einer Zustimmung bzw. einer guten Kommunikation und einem guten Informationsaustausch



Skala	Cronbach's alpha (SPOT <sup>nat</sup> )	Itemtext	Antwortoptionen	Berechnung	Interpretation
<b>Koordinationslücken</b>					
Skala Koordinationslücken (SPOT <sup>nat</sup> , 2020)	0.846	<p>Wie häufig kommt es vor, dass ...</p> <p>P60- ... nicht alle oder nicht die richtigen Medikamente bei den Klient/-innen vorliegen?</p> <p>P61- ... keine oder keine aktuellen Verordnungen / Rezepte / Medikamentenlisten vorliegen?</p> <p>P62- ... niemand von der Spitex beim Austritt von einem stationären Aufenthalt einbezogen war?</p> <p>P63- ... Sie nicht genügend informiert sind über den Zustand eines Klienten / einer Klientin? (z. B. Informationen sind nicht verfügbar, nur teilweise dokumentiert)</p> <p>P64- ... Sie wichtige Informationen über die Klientin / den Klienten zu spät erhalten?</p> <p>P65-... nicht genügend Zeit zur Verfügung steht, um kritische Klientensituationen mit anderen Leistungserbringern zu besprechen? (z. B. Ärzt/-innen, Spitälern, Ambulatorien, spezialisierte Spitex).</p> <p>P66-... in dringenden Situationen kein Arzt / keine Ärztin rechtzeitig erreichbar ist?</p>	<p>0= Nie / fast nie</p> <p>1= Selten</p> <p>2= Manchmal</p> <p>3= Häufig</p> <p>4= Sehr häufig</p>	Mittelwert über die sieben Items	Höhere Mittelwerte deuten auf häufiger vorkommende Koordinationslücken hin.



Skala	Cronbach's alpha (SPOT <sup>SM</sup> )	Itemtext	Antwortoptionen	Berechnung	Interpretation
Zwischenmenschliche Koordination (mit Angehörigen)					
Relational Coordination Scale [76]	0.822	<p>P72- Wie häufig kommunizieren die betreuenden / pflegenden Angehörigen mit Ihnen über die Betreuung / Pflege Ihrer Klient/-innen?</p> <p>P73- Wie oft kommunizieren die betreuenden / pflegenden Angehörigen rechtzeitig mit Ihnen über die Betreuung / Pflege Ihrer Klient/-innen?</p> <p>P74- Wie oft kommunizieren die betreuenden / pflegenden Angehörigen genau / korrekt mit Ihnen über die Betreuung / Pflege Ihrer Klient/-innen?</p> <p>P75- Wenn bei der Betreuung / Pflege Probleme auftreten, wie oft arbeiten die Angehörigen mit Ihnen zusammen, um das Problem zu lösen?</p> <p>P76- Wie oft wissen die betreuenden / pflegenden Angehörigen über die Arbeit Bescheid, die Sie zur Betreuung / Pflege Ihrer Klient/-innen ausführen?</p> <p>P77- Wie oft wertschätzen die betreuenden / pflegenden Angehörigen Ihre Arbeit, die Sie für die Betreuung / Pflege von Klient/-innen leisten?</p> <p>P78- Inwieweit teilen die betreuenden / pflegenden Angehörigen Ihre Ziele für die Versorgung von Klient/-innen?</p>	<p>1= Nie</p> <p>2= Selten</p> <p>3= Manchmal</p> <p>4= Oft</p> <p>5= Ständig</p>	Mittelwert über die sieben Items	Höhere Werte deuten auf einer besseren zwischenmenschlichen Koordination hin.



Skala	Cronbach's alpha (SPOT™)	Itemtext	Antwortoptionen	Berechnung	Interpretation
Erlebte Anforderungen bei der Arbeit					
National Aeronautics and Space Administration Task Load Index (NASA-TLX) [1]	0.611	<p>Während Ihrem letzten Arbeitstag ...</p> <p>P88- ... war wie viel geistige Aktivität erforderlich (z. B. Denken, Entscheiden, Rechnen, Erinnern, Hinsehen, Suchen usw.)?</p> <p>P89-... war wie viel körperliche Aktivität erforderlich (z. B. Schieben, Ziehen, Drehen, Heben usw.)?</p> <p>P91-... wie viel Zeitdruck haben Sie empfunden hinsichtlich der Häufigkeit oder Geschwindigkeit, in der Sie die Aufgaben erfüllen mussten?</p> <p>P92- ... wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Leistung?</p> <p>P93- ... wie sehr mussten Sie sich dafür anstrengen (geistig und körperlich), um ihre Leistung abzurufen?</p> <p>P94-... wie frustriert (unsicher, entmutigt, irritiert, gestresst und verärgert) haben Sie sich im Gegensatz zu sicher, bestätigt, zufrieden, entspannt und selbstzufrieden gefühlt?</p>	1= tief bis 20= hoch (20-Punkte Skala)	Mittelwert über die sechs Items (wobei Item P92 zuvor recodiert wurde, d. h. umgekehrt codiert)	Höhere Werte deuten auf eine höhere wahrgenommen Belastung hin.



Skala	Cronbach's alpha (SPOT™)	Itemtext	Antwortoptionen	Berechnung	Interpretation
<b>Burnout</b>					
Personal Burnout Instrument: Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [121]	0.896	P122- Wie häufig fühlen Sie sich müde? P123- Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft? P124- Wie häufig sind Sie emotional erschöpft? P125- Wie häufig denken Sie: „Ich kann nicht mehr“? P126- Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt? P127- Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	0= Nie / fast nie 25= Selten 50= Manchmal 75= Oft 100= Immer	Mittelwert über die sechs Items	Höhere Werte bedeuten einen höheren Grad an Burnout (häufigeres Auftreten der genannten Zustände).
<b>Work-life climate</b>					
Work-life climate [122]	0.754	Wie oft kam es in den letzten 7 Arbeitstagen vor, dass Sie wegen der Arbeit ... P128- ... eine Mahlzeit ausgelassen haben? P129- ... unausgewogen gegessen haben? P130- ... eine Schicht ohne Pause durchgearbeitet haben? P131- ... später als geplant nach Hause kamen? P132-... Schlafprobleme hatten? P133- ... weniger als 5 Stunden pro Nacht geschlafen haben? P134- ... persönliche / familiäre Pläne geändert haben?	1= Nie / fast nie (≤1 Arbeitstag) 2= Selten (an 1-2 Arbeitstagen) 3= Manchmal (an 3-4 Arbeitstagen) 4= Immer (an 5-7 Arbeitstagen)	Mittelwert über die sieben Items	Höhere Werte spiegeln ein schlechteres Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben wider.



Skala	Cronbach's alpha (SPOT™)	Itemtext	Antwortoptionen	Berechnung	Interpretation
Einschätzung der Zusammenarbeit und Koordination der Spitex					
Nominated provider basierend auf dem Instrument Client Perceptions of Coordination Questionnaire [70]	0.687	In den letzten 2 Monaten:  K8- Ihrem Empfinden nach, wie oft kommunizierte Ihre Spitex-Person mit Ihren anderen Gesundheitsdienstleistern? (z. B. mit Ihrem Hausarzt / Ihrer Hausärztin) K9- Wie oft hat Ihre Spitex-Person Sie bei der Entscheidung über Ihre Pflege / Betreuung einbezogen? K10- Wie oft spricht Ihre Spitex-Person mit Ihnen über Ihre zukünftige Pflege / Betreuung?	1= Nie 2= Selten 3= Manchmal 4= Meistens 5= Immer	Mittelwert über die drei Items	Je höher der Skalenwert desto besser wird die Zusammenarbeit und Koordination eingeschätzt.

Skala	Cronbach's alpha (SPOT™)	Itemtext	Antwortoptionen	Berechnung	Interpretation
Einschätzung der Koordinationsrolle					
Coordination Role Instrument: Patient-Perceived Continuity of Care from Multiple Clinicians (CC-MC) [71]	0.854	<p>K12- Wie gut weiss Ihre Spitex-Person über Ihre gesundheitlichen Bedürfnisse Bescheid?</p> <p>K13- Ihrem Empfinden nach, wie gut ist Ihre Spitex-Person über die Gesundheitsversorgung, die Sie von anderen erhalten, auf dem Laufenden?</p> <p>K14- Wie gut hilft Ihnen Ihre Spitex-Person, die Gesundheitsversorgung zu erhalten, die Sie von anderen Gesundheitsanbietern benötigen? (z. B. Hilfe bei Terminvereinbarungen).</p> <p>K15- Ihrem Empfinden nach, wie oft kontaktiert Ihre Spitex-Person andere Gesundheitsanbieter im Zusammenhang mit Ihrer Gesundheitsversorgung? (z. B. Ihren Hausarzt / Ihre Hausärztin, Therapeut/-innen, Apotheke)</p> <p>K16- Wie oft bleibt Ihre Spitex-Person mit Ihnen in Kontakt, auch wenn Sie an anderen Orten medizinische Versorgung erhalten? (z. B. ein Anruf, wenn Sie im Spital sind)</p>	<p>Für K12-K14:</p> <p>1= Überhaupt nicht</p> <p>2= Kaum</p> <p>3= Mässig</p> <p>4= Gut</p> <p>5= Sehr gut</p> <p>Für K15-K16:</p> <p>1= Nie</p> <p>2= Selten</p> <p>3= Manchmal</p> <p>4= Oft</p> <p>5= Sehr oft</p>	<p>Mittelwert der Items K12-K16 gewichtet</p> <p><math>(0.8 \cdot K12 + 0.9 \cdot K13 + 1.0 \cdot K16 + 1.1 \cdot K14 + 1.2 \cdot K15)</math></p>	<p>Je höher der Skalenwert, desto besser wird die Koordinationsrolle eingeschätzt.</p>



Skala	Cronbach's alpha (SPOT™)	Itemtext	Antwortoptionen	Berechnung	Interpretation
Erlebte Koordination der gesundheitlichen Dienstleistungen					
Role Clarity & Coordination between Clinics Instrument: Patient-Perceived Continuity from Multiple Clinicians (CC-MC) [71]	0.728	K25- Gab es Zeiten, in denen die verschiedenen Fachpersonen (wie oben beschrieben, z. B. Hausarzt/-ärztin, Spitex, Therapeut/-innen) Ihnen widersprüchliche Dinge über Ihre Gesundheit erzählten? K26- Gab es Zeiten, in denen die verschiedenen Fachpersonen nicht gut zusammenarbeiteten? K27- Gab es Zeiten, in denen die verschiedenen Fachpersonen nicht wussten, wer was in Ihrer Pflege / Betreuung tun sollte?	1= Nie 2= Fast nie 3= Manchmal 4= Oft 5= Sehr oft	Umcodieren der Antwortoptionen in 0 (nie, fast nie) und 1 (manchmal, oft, sehr oft), Summieren der dichotomisierten Antworten der drei Items (d. h. die Summenwerte können von 0-3 reichen).	Je höher der Skalenwert desto schlechter wird die Koordination erlebt.





Skala	Cronbach's alpha (SPOT™)	Itemtext	Antwortoptionen	Berechnung	Interpretation
<b>Relational Coordination</b> (Zwischenmenschliche Koordination)					
Relational Coordination Scale [76]	0.897	<p>A12- Wie häufig kommuniziert die Bezugsperson mit Ihnen über die Pflege / Betreuung Ihres Angehörigen / Ihrer Angehörigen?</p> <p>A13- Wie oft kommuniziert die Bezugsperson rechtzeitig mit Ihnen über die Pflege / Betreuung Ihres Angehörigen / Ihrer Angehörigen?</p> <p>A14- Wie oft kommuniziert die Bezugsperson genau / korrekt mit Ihnen über die Pflege / Betreuung Ihres Angehörigen / Ihrer Angehörigen?</p> <p>A15- Wenn Probleme auftreten bei der Pflege / Betreuung, wie oft arbeitet die Bezugsperson mit Ihnen zusammen um das Problem zu lösen?</p> <p>A16- Wie oft weiss Ihre Bezugsperson darüber Bescheid, welche Arbeiten Sie für die Pflege / Betreuung Ihres Angehörigen / Ihrer Angehörigen ausführen?</p> <p>A17- Wie oft wertschätzt die Bezugsperson Ihre Arbeit, die Sie für die Pflege / Betreuung Ihres Angehörigen / Ihrer Angehörigen leisten?</p> <p>A18- Inwieweit teilt die Bezugsperson Ihre Ziele für die Versorgung Ihres Angehörigen / Ihrer Angehörigen?</p>	<p>1= Nie</p> <p>2= Selten</p> <p>3= Manchmal</p> <p>4= Oft</p> <p>5= Ständig</p>	Mittelwert über die sieben Items	Höhere Werte deuten auf einer besseren zwischenmenschlichen Koordination hin.

Skala	Cronbach's alpha (SPOT <sup>TM</sup> )	Itemtext	Antwortoptionen	Berechnung	Interpretation
Relational Coordination Scale [76]	0.950	<p>A19- Wie häufig kommunizieren die Spitex-Personen mit Ihnen über die Pflege / Betreuung Ihres Angehörigen / Ihrer Angehörigen?</p> <p>A20- Wie oft kommunizieren die Spitex-Personen rechtzeitig mit Ihnen über die Pflege / Betreuung Ihres Angehörigen / Ihrer Angehörigen?</p> <p>A21- Wie oft kommunizieren die Spitex-Personen genau / korrekt mit Ihnen über die Pflege / Betreuung Ihres Angehörigen / Ihrer Angehörigen?</p> <p>A22- Wenn Probleme auftreten bei der Pflege / Betreuung, wie oft arbeiten die Spitex-Personen mit Ihnen zusammen um das Problem zu lösen?</p> <p>A23- Wie oft wissen die Spitex-Personen darüber Bescheid, welche Arbeiten Sie für die Pflege / Betreuung Ihres Angehörigen / Ihrer Angehörigen ausführen?</p> <p>A24- Wie oft wertschätzen die Spitex-Personen Ihre Arbeit, die Sie für die Pflege / Betreuung Ihres Angehörigen / Ihrer Angehörigen leisten?</p> <p>A25- Inwieweit teilen die Spitex-Personen Ihre Ziele für die Versorgung Ihres Angehörigen / Ihrer Angehörigen?</p>	<p>1= Nie</p> <p>2= Selten</p> <p>3= Manchmal</p> <p>4= Oft</p> <p>5= Ständig</p>	Mittelwert über die sieben Items	Höhere Werte deuten auf eine bessere zwischenmenschliche Koordination hin.

Tabelle A1: Skalen

**A7. Quellen der nicht durch das SPOT<sup>nat</sup> Team entwickelten Items**

Item(s)	Quelle (adaptiert oder auf Basis von)	Item(s)	Quelle (adaptiert oder auf Basis von)
P1-P5	Practice Environment Scale – Nursing Work Index (PES-NWI) [25]	P90, P95	Matching Registered Nurse services with changing care demands (MatchRN) [154], Registered Nurse Forecasting (RN4CAST Studie) [155]
P6-P8	Practice Environment Scale – Nursing Work Index (PES-NWI) [25]	P96	IBenC Studie [156]
P9-P14, P16-P20	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	P100-P106	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]
P21-P33	Safety Attitudes Questionnaires (SAQ) [38]	P107	Registered Nurse Forecasting (RN4CAST) [155]
P34, P39	Registered Nurse Forecasting (RN4CAST) [155]	P108-P110, P112	Michigan Organizational Assessment Questionnaire- MOAQ [157]
P40	Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) [158]	P111	Gaudenz et al. [159]
P43-P46	Scale items to assess the three Integrating Conditions of the Okhuysen and Bechky Model [160]	P113	Zúñiga et al. [161]
P48-P53	Communication and Information Exchange Instrument: Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) [58]	P114, P116	Work ability index [162]
P55-P57	Zackrisson et al. [163]	P115, P121	Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) [11, 158]
P72-P78	Relational Coordination Scale [76]	P117-P120	Gesundheitsbefragung [165]
P82-P85	Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS) [164]	P122- P127	Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [121]
P86, P87, P97	IBenC Studie [156] und auf Basis der Studienergebnisse von Izumi et al. [62]	P128-P135	Work-life climate [122]
P88, P89, P91, P92, P93, P94	National Aeronautics and Space Administration Task Load Index (NASA-TLX) [1]		

P = Personalfragebogen

Item(s)	Quelle (adaptiert oder auf Basis von)	Item(s)	Quelle (adaptiert oder auf Basis von)
P136-P140	Adaptiert aus Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) [161], Rydens's Agressions Scale [166]	A31	Client Perceptions of Coordination Questionnaire (CPCQ) [70]
K1, K2, K4-K5, K20-K24	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Home Health Care Survey [167]	A33-A34	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Home Health Care Survey [167]
K7-K10, K30	Client Perceptions of Coordination Questionnaire (CPCQ) [70]	B3, B4, B6, B7, B8, B15, B17, B18, B19, B20, B25, B26, B42, P87	INFRAS [133]
K12-K16, K25-K27	Patient Perceived Continuity from Multiple Clinicians [71].	B5, B10, B34, B37, B54	Adaptiert aus IBenC [168]
K29	National VA Patient Satisfaction with Care Survey [169]	B33, B35, B38, B40, B49, B50, B55, B56, B57, B60, B61	Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) [11]
K42-K46, K51-K52	Gesundheitsbefragung [165]	B27, B41	Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause [170]
K47	Schweizerischer Haushaltsfragebogen 2019 [171]		
K49-K50	The INSPIRE Population Survey [172]		
K57-K60	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Home Health Care Survey [167]		
A12-A25	Relational Coordination Scale [76]		

P= Personalfragebogen, K = Klientenfragebogen, A = Angehörigenfragebogen, B = Betriebsfragebogen

Tabelle A2: Quelle der Items



# SPOT<sup>nat</sup>

Universität Basel  
Pflegerwissenschaft – Nursing Science (INS)  
Departement Public Health  
Bernoullistrasse 28  
4056 Basel, Schweiz

[spotnat.nursing.unibas.ch](https://spotnat.nursing.unibas.ch)