

Midwifery Workforce.

Entwicklung eines Instruments zur Erfassung der Arbeitsbedingungen von Hebammen im Kanton Bern

Bachelor-Thesis

Ramona Burri

Larissa Mock

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Hebamme

Bern, 04. August 2014

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
1 Einleitung	4
1.1 Problembeschreibung und Relevanz	4
1.2 Zielsetzung und Fragestellung	7
1.3 Eingrenzung.....	7
2 Theoretischer Hintergrund	8
2.1 Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit	8
2.2 Hebammenausbildung.....	13
2.3 Entwicklung eines Fragebogens	15
3 Methode	17
3.1 Literaturrecherche.....	18
3.2 Literaturanalyse	19
3.3 Literatursynthese	21
4 Ergebnisse	22
4.1 Such- und Auswahlergebnisse	22
4.2 Literaturanalyse mit Stärken und Schwächen.....	22
4.3 Ausgeschlossene Literatur	34
4.4 Komponenten der Arbeitssituation von Hebammen	36
4.4.1 Kategorien für die Befragung.....	36
4.4.2 Umgebungsfaktoren in der Befragung von Hebammen	44
5 Diskussion	48
5.1 Komponenten der Befragung	48
5.2 Weiterführende Aspekte in der Befragung.....	58
5.3 Limitationen dieser Literaturreview.....	59
6 Schlussfolgerung	60
7 Literaturverzeichnis	63
8 Abbildungsverzeichnis	72
9 Tabellenverzeichnis	72
10 Abkürzungsverzeichnis	73
11 Anhang	74
11.1 Arbeitspapier: Komponentenkatalog	74

Abstract

Einleitung und Ziele: Die Geburtenrate in der Schweiz nimmt seit sechs Jahren stetig zu. Die Hebammenarbeit hat sich durch die Komplexität der Geburtshilfe gewandelt. Dies führt zu veränderten Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals, welche sich in den letzten Jahren vor allem im Dienstleistungssektor verschlechtert haben. Die Arbeitssituation von Hebammen in der Schweiz ist ungenügend erforscht und ein valides Instrument zur Erhebung der Arbeitsbedingungen sowie die damit verbundene Arbeitszufriedenheit fehlen. Ziel dieser Arbeit ist die Erarbeitung der Komponenten der Arbeitssituation von Hebammen in der Schweiz und die Entwicklung eines geeigneten Erhebungsinstruments.

Theoretischer Hintergrund: Als Hintergrund dienen aktuelle Erkenntnisse zu den Themen Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit, aus der Hebammenausbildung und der Entwicklung eines Fragebogens.

Methode: Eine systematische Literaturrecherche auf den Datenbanken PubMed, Medpilot, Psycinfo und Psyindex wurde durchgeführt. Anschliessend erfolgte eine kriterienorientierte Auswahl von Publikationen, deren Inhalt in der Folge analysiert wurde.

Ergebnisse: Von 19 Volltextstudien wurden 10 Studien ausgewählt und analysiert. Die wichtigsten Ergebnisse werden in den Kategorien *Demographie, Verbleib im Beruf, Qualifikation, Teamarbeit, Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten und Ärztinnen, Arbeits- und Pflegeumfeld, Körperliche Beschwerden, Psychosoziale Belastungen, Psychomentele Beanspruchungen, Vorgesetzte, Qualität der Pflege* sowie *weiterführende Aspekte in der Befragung* zusammengefasst.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Belastungen durch die Arbeit in der Schweiz nehmen tendenziell zu. Es sollte regelmässig eine Erhebung der Hebammen stattfinden, damit Unzufriedenheit entdeckt und mit geeigneten Massnahmen behoben werden kann. Dafür eignen sich folgende Hauptkategorien: *Demographie, Verbleib im Beruf, Qualifikation, Teamarbeit, Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten und Ärztinnen, Arbeits- und Pflegeumfeld* und *Vorgesetzte*. Es besteht die Notwendigkeit der Entwicklung eines Datenerhebungsinstruments für Hebammen in der Schweiz.

Schlüsselwörter: Hebamme, Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit, Workforce, Erhebungsinstrument, Komponentenkatalog

1 Einleitung

1.1 Problembeschreibung und Relevanz

Die Geburtenrate in der Schweiz nimmt seit sechs Jahren stetig zu. Das Bundesamt für Statistik (BFS) (2014) hat für das Jahr 2012 die Geburtenrate ermittelt. Gesamtschweizerisch kamen 82'164 Kinder zur Welt. Das sind rund 5500 Kinder mehr als im Jahr 2008, was einen prozentualen Anstieg von ca. 1.08% ausmacht. Für den Kanton Bern zeigte die Statistik 9658 Geburten an. Verglichen mit dem Jahr 2008 ergibt dies einen ähnlichen prozentualen Anstieg wie bei der gesamtschweizerischen Situation. Das Alter der Mutter bei der Geburt ihres ersten Kindes hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Waren 1970 noch 33.1% der Mütter unter 25 Jahre alt, so waren es 2012 lediglich noch 8.3% (BFS, 2014).

Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) (2012) hat im Jahr 2012 ein „Faktenblatt Hebammen in der Schweiz“ herausgegeben, welches Schätzungen von Hebammenzahlen aus einer noch laufenden Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) zum Thema „Prognose Gesundheitsberufe“ enthält. Laut Schätzung des SHV gibt es ca. 3500 Hebammen in der Schweiz, wobei im Jahr 2010 3410 Hebammen aktiv arbeiteten. Dies entspricht 2344 Vollzeitäquivalenten. Die Schätzungen basieren einerseits auf den Angaben des BFS zum Personalbestand an Hebammen in den Spitälern und andererseits auf Angaben von santésuisse sowie auf Daten der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung aus einer laufenden ZHAW Studie. Seit der Umstrukturierung, bzw. Professionalisierung der Hebammenausbildung, gibt es pro Jahr 175 Ausbildungsplätze in der Schweiz. Bis zum Jahr 2010 waren es lediglich 100 Ausbildungsplätze pro Jahr (SHV, 2012). Im Kanton Bern sind es schätzungsweise 600 Hebammen, welche aktiv in ihrem Beruf arbeiten, da rein die Sektion Bern des SHV 550 Mitglieder zählt („bernerhebamme“, n.d.).

Die Hebammenlandschaft hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Neben der sozialen Situation, welche vor allem die Komplexität der Geburtshilfe beeinflusst, trägt auch die Einführung der „Diagnosis Related Groups“ (DRG) als neues Tarifsystem dazu bei, dass sich vermutlich in den nächsten Jahren ein Mangel an Hebammen abzeichnen könnte (Kabakis, Gorschlüter & Hellmers, 2012). Mütter und Neugeborene mit komplikationsloser Geburt und Wochenbett werden häufig bereits am dritten Lebenstag des Neugeborenen entlassen. Dies entspricht einem kürzeren Wochenbettaufenthalt im Spital im Vergleich zur Zeit vor der Einführung der DRG. Daraus ergeben sich veränderte Arbeitsbedingungen für das Gesundheitspersonal. Die

Wochenbettbetreuung wird tendenziell vermehrt in den häuslichen Bereich verlagert, was dazu führen könnte, dass vor allem freipraktizierende Hebammen zukünftig stärker belastet werden (Stadler, 2013). Für Hebammen könnten sich in den nächsten Jahren so neue Handlungsfelder ergeben, etwa für die Betreuung von vulnerablen Familien mit teilweise schwierigen sozialen Verhältnissen. Gehweiler (2012) konnte aufzeigen, dass eine frühe Gesundheitsförderung in vulnerablen Familien, durch die Hebamme als potentielle Akteurin, positive Auswirkungen auf die gesundheitliche und soziale Entwicklung von Frauen und Familien hat.

Eine Hebamme kann in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens praktizieren. Die meisten Hebammen arbeiten in öffentlichen und privaten Spitälern. Weitere Möglichkeiten sind Geburtshäuser und Hebammenpraxen, sowie Beratungsstellen und Institutionen des Gesundheitswesens, in denen sie in der Forschung oder der Aus- und Weiterbildung tätig sind (Berufskonferenz Hebamme [BKH], 2007). Dabei unterstützt, betreut und berät die Hebamme ihre Klientinnen während der Schwangerschaft, der Geburt, sowie der Wochenbett- und Stillzeit. Zu ihren Hauptaufgaben zählen hierbei präventive Massnahmen in der Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung für Frauen und ihre Familien (International Confederation of Midwives [ICM], 2011). In verschiedenen Studien konnte nachgewiesen werden, dass eine kontinuierliche Betreuung durch die Hebamme zu einem besseren Outcome für die Frau, das Kind und die Familie führt. Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane (2013) zeigen mit ihrer Review, dass Frauen, welche ausschliesslich von Hebammen betreut wurden, weniger Schmerzmittel während der Geburt benötigten, dass weniger Episiotomien geschnitten und die Neugeborenen häufiger vaginal geboren wurden. In so genannten „Birth Centers“ haben Hebammen die Möglichkeit, Arbeitskonzepte wie etwa die kontinuierliche Betreuung umzusetzen, da in solchen andere Arbeitsbedingungen als in Spitälern herrschen (Benatar, Bowen-Garrett, Howell & Palmer, 2013). Aus diesen Feststellungen und Fakten, welche im zweiten Kapitel ausführlich beschrieben werden, erschliesst sich, dass es Hebammen braucht, welche Frauen und Familien rund um ihre Familienplanung und ihr Familiensein unterstützen.

Bis im April 2014 lief die Vernehmlassung zum neuen Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG). Das Gesetz hat zum Ziel, die Qualität der Gesundheitsberufe, welche an Fachhochschulen vermittelt werden, zu fördern, indem die Anforderungen an die Ausbildung gesamtschweizerisch einheitlich geregelt werden (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2013). Gründe für höhere Anforderungen an Hebammen sind z.B. der eigenständige Auftrag mit dem Tragen von viel

Verantwortung, komplexe Herausforderungen durch den gesellschaftlichen Wandel, wissenschaftlich-technische Veränderungsprozesse, der Auftrag zu Prävention und Gesundheitsförderung, die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle sowie die wissenschaftliche Fundierung durch Forschung (ZHAW, 2010). Hebammen stellen neben Pflegepersonen, Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Ernährungsberatern und Ernährungsberaterinnen sowie Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen einen der fünf Gesundheitsberufe dar, für welche das Gesetz relevant ist. Es soll eine Vereinfachung gegenüber der heutigen Situation bringen, was Transparenz, Qualitätsstandards und berufliche Mobilität anbelangt. Dadurch besteht die Chance auf eine höhere Zufriedenheit mit der Arbeit, wodurch sich wiederum die Verweildauer im Beruf erhöht (BAG, 2013).

Die Arbeitszufriedenheit ist ein wesentlicher Faktor, warum Mitarbeitende in einem Beruf bleiben (Marcus, 2011). Güntert, Patzen, Frigg-Bützberger & Drack publizierten im Jahr 1993 ihre Untersuchung zur Arbeitssituation und zum zukünftigen Ausbildungs- und Rekrutierungsbedarf von Hebammen in der Schweiz. Zu diesem Zeitpunkt bestand im Beruf der Hebamme eine Personalknappheit, welche laut den Autoren vorwiegend der wirtschaftlichen Lage zugeschrieben wurde. Hebammen nahmen darin Stellung zu ihrer Arbeitssituation. So konnte eine Korrelation zwischen der Zufriedenheit mit einzelnen Teilen der Arbeitsbedingungen, wie z.B. dem Lohn, den Arbeitszeiten, dem Kompetenzbereich sowie dem Arbeitsklima und der Gesamtzufriedenheit der Hebammen in ihrer Arbeit festgestellt werden. Die Arbeitssituation der Hebammen in der Schweiz ist ungenügend erforscht, und ein valides Instrument zu ihrer Erhebung fehlt. Die Sektion Bern des SHV ist daran interessiert ein wissenschaftliches Erhebungsinstrument zu entwickeln, mit dem zunächst die kantonale Arbeitssituation von Hebammen erfasst werden kann. Ein besonderes Interesse geht von der Präsidentin des SHV Sektion Bern aus. Es besteht in der Erhebung der Faktoren, welche Hebammen in ihrem Beruf begleiten, wie hoch das jährliche Arbeitsvolumen ist und in welchen Arbeitsfeldern sie zu welchen Beschäftigungsgraden arbeiten.

Im Jahr 2005 hat sich die Schweiz erstmalig an der repräsentativen EU-Untersuchung der Arbeitsbedingungen beteiligt (Staatssekretariat für Wirtschaft [SECO], 2010). Es ergab sich, dass die Belastungen durch die Arbeit in der Schweiz tendenziell zunehmen und dass sich vor allem im Dienstleistungssektor die Arbeitsbedingungen vom Jahr 2005 bis zum Jahr 2010 verschlechtert haben. Folge der steigenden Arbeitsanforderungen sind unter anderem Überbeanspruchung, soziale Konflikte, Burnout und Vertrauensverlust in die Führung. Arbeiten unter guten Bedingungen ist

jedoch wichtig, um die Gesundheit der Belegschaft zu fördern und zu erhalten („Berufsverband Deutscher Psychologen und Psychologinnen“ [BDP], n.d).

Es besteht demnach ein dringender Bedarf, die Arbeitsbedingungen sowie die Arbeitszufriedenheit der Hebammen in der Schweiz zu erfassen, damit schliesslich erstmals die aktuelle Arbeitssituation dargestellt werden kann. Eine solche Befragung soll ausserdem der zukünftigen Entwicklung des Hebammenberufes dienen. Durch die Erfassung der Arbeitsbedingungen und der Zufriedenheit von Hebammen kann aufgezeigt werden, wo diese stehen, wo sie besser eingebunden werden können und inwieweit sie bereit sind, in verwandte Arbeitsfelder wie z.B. die Schwangerschaftsvorsorge zu gehen.

Wie kommt Arbeitszufriedenheit zustande? Welche Bedingungen führen zu welchem Verhalten und welcher Einstellung der Hebammen? Wie wollen Hebammen betreuen? Können sie ihre Kompetenzen wahrnehmen? Diese und weitere Fragen bilden die Grundlage für die Erarbeitung dieser Literaturreview.

1.2 Zielsetzung und Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist es vorerst, mit Hilfe bestehender Literatur die wesentlichen Komponenten zur Erfassung der Arbeitssituation von Hebammen in der Schweiz zu erarbeiten. Mit Hilfe dieser Komponenten soll ein geeignetes Datenerhebungsinstrument entwickelt werden, welches die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit, sowie die Bedingungen zum Verbleib im Beruf auf wissenschaftlich fundierter Basis ermitteln kann. Dabei stellen sich folgende grundsätzliche Fragen:

1. Mit welchen Komponenten können die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit von Hebammen erfasst werden, damit die aktuelle Arbeitssituation von Hebammen dargestellt werden kann?
2. Wie wird ein wissenschaftliches Erhebungsinstrument erstellt und wie sollte es inhaltlich und strukturell aufgebaut sein?

1.3 Eingrenzung

In dieser Arbeit geht es darum zu erfassen, wie Hebammen arbeiten. Es besteht nicht das Ziel, eine Vergleichsstudie oder eine Bedarfsanalyse durchzuführen sowie verschiedene Arbeitsmodelle zu vergleichen. Das Erhebungsinstrument dient ebenfalls nicht dazu, Hebammen zu erfassen, die ihren Beruf verlassen haben. Zur Diskussion stehen die Komponenten der Arbeitssituation von Hebammen und die Entwicklung

eines geeigneten Fragebogens zur Erhebung dieser Komponenten, ohne differenzierte Erfragung der psychischen Belastungen. Zukünftig, aber nicht mehr im Rahmen dieser Arbeit, soll das Datenerhebungsinstrument zur Befragung von Hebammen in der Schweiz eingesetzt werden können.

2 Theoretischer Hintergrund

In der vorliegenden Arbeit liegt der Hauptfokus auf der Arbeitssituation von praktizierenden Hebammen. Um einen Überblick zu erhalten, werden die Begriffe Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit definiert und in einen Kontext mit der Arbeit im Allgemeinen, sowie dem Hebammenberuf im Speziellen gebracht. Die Unterkapitel erklären spezifische Aspekte wie Belastungen am Arbeitsplatz, Magnetspitäler, Kontinuierliche Betreuung, Interdisziplinäre Zusammenarbeit und evidenzbasiertes Arbeiten. Auf die Hebammenausbildung sowie die Entwicklung eines Erhebungsinstruments wird im zweiten Teil dieses Kapitels eingegangen. Die Themen dienen als Grundlage für die Diskussion der Ergebnisse im Kapitel 5.

2.1 Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit

Laut Böhle, Günter & Wachtler (2010) lässt sich Arbeit soziologisch als eine zweckmässige, bewusste und gesellschaftlich vermittelte Tätigkeit von Menschen zur Bewältigung ihrer Existenzprobleme bestimmen. Arbeit ist aber auch als eine Selbstveränderung des Menschen zu beschreiben. Der Mensch entfaltet sich durch seine Arbeit. Diese ist nebst Beschäftigung auch Existenzsicherung, und zählt zu den höchsten Gütern der Gesellschaft (Oelkers, 2007).

Arbeitsbedingung wird definiert als Umstand, unter dem Arbeit stattfindet (Duden, 2013). Die Arbeitszufriedenheit hingegen gilt als positive (bei Arbeitsunzufriedenheit negative) Einstellung, welche sich aus subjektiven Bewertungen der jeweiligen Arbeitssituationen und der Erfahrung mit diesen ergibt („Gabler Wirtschaftslexikon“, n.d.). Trotz klaren Definitionen ist es schwer, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit explizit voneinander zu trennen, da Zufriedenheit generell über die Arbeitsbedingungen ermittelt wird. In der Literatur findet sich keine Auflistung der Arbeitsbedingungen von Hebammen. Der Deutsche Hebammenverband (DHV) (2014) hat kürzlich eine Umfrage lanciert, bei welcher einige Bedingungen benannt werden, welche Unzufriedenheit auslösen: Überstunden, Zeitdruck, Teilzeitarbeit, Personalmangel, berufsfremde Tätigkeiten wie Putzen oder Dokumentationsarbeiten, sowie hierarchische Strukturen. Wegen den genannten Arbeitsbedingungen können Hebammen in den Spitälern ihre Klientinnen nicht mehr so betreuen, wie es für die

Gebärenden nötig wäre. Dies führt zu Frustration und Arbeitsunzufriedenheit. Laut Hauff & Kirchner (2013) gehören unter die zentralen Dimensionen der Arbeitsqualität bzw. der Arbeitszufriedenheit Arbeitsplatzsicherheit und Beschäftigungsstabilität, Einkommen, Arbeitsinhalt, Autonomie, Intensivierung der Arbeit, körperliche Belastungen, Umgebungsbelastungen, Karrieremöglichkeiten sowie Betriebsklima.

Nach Hacker (2005) besteht der Arbeitsprozess aus sechs Bestandteilen:

- 1) die Arbeitenden selbst;
- 2) die eigentlichen Arbeitstätigkeiten;
- 3) die antizipierten Ziele dieser Tätigkeiten in Form von Arbeitsergebnissen;
- 4) die technischen Arbeitsmittel (Werkzeuge, Maschinen);
- 5) äussere Arbeitsbedingungen sozialer, technologischer, organisatorischer sowie wirtschaftlicher Natur;
- 6) von Menschen unabhängige und automatisierte Prozesse.

Die im fünften Punkt von Hacker (2005) beschriebenen äusseren Arbeitsbedingungen sind hauptsächlich physischer Natur, d.h. abhängig von Raum, Licht, Lärm und Arbeitszeit (Marcus, 2011). Die Arbeitsunzufriedenheit hängt dabei besonders von diesen äusseren Bedingungen ab. Zusätzlich kommen der Lohn und soziale Faktoren wie die Interprofessionalität hinzu. Im Gegensatz dazu ist die Arbeitszufriedenheit vor allem abhängig von intrinsischen Faktoren der Tätigkeit, wie z.B. Anerkennung und Entwicklungsmöglichkeiten (Marcus, 2011). Durch gute Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen wird die Arbeitszufriedenheit erhöht, wodurch ein kooperatives Verhalten am Arbeitsplatz, Produktivität und Engagement gefördert wird (Hauff & Kirchner, 2013). Die Arbeitszufriedenheit korreliert aber auch mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und somit mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit eines Individuums (Marcus, 2011). Die Arbeitsqualität hat einen zentralen Einfluss auf die Lebensqualität, da Erwerbsarbeit einen wesentlichen Aspekt des persönlichen und sozialen Lebens darstellt (Hauff & Kirchner, 2013).

Im Jahr 2008 betrug die Anzahl der im Gesundheitsbereich beschäftigten Frauen und Männer 541'824, wovon 282'870 vollzeit-, und 258'954 teilzeitbeschäftigt waren. Nach Geschlecht getrennt arbeiteten rund 152'947 Männer und 388'877 Frauen (BFS, 2010). In der Erwerbssphäre ist eine lebenslange Vollzeitbeschäftigung nach wie vor das normative Leitbild (Böhle et al., 2010). Ebenfalls führen familienbedingte Unterbrechungen oder Reduzierungen laut Böhle et al. (2010) noch immer zu

erheblichen Nachteilen in Bezug auf Qualifizierung, Beschäftigungssicherheit, beruflichen Aufstieg sowie auf das Einkommen und die Rente der Frau.

Belastungen am Arbeitsplatz

Arbeitsplatzbelastungen haben einen entscheidenden Einfluss auf die krankheitsbedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit (Biffli, Leoni & Mayrhuber, 2009). Der Arbeitsplatz stellt zunächst den unmittelbaren Ort dar, der durch eine spezifische Belastung gekennzeichnet ist. Die Belastungen des Arbeitnehmers können physischer, und/oder psychischer Natur sein. Zu den physischen Belastungen zählen Faktoren wie z.B. Lärm, Schadstoffe, Hitze oder Kälte. Psychische Belastungen, welche das Stresslevel am Arbeitsplatz beeinflussen und zu körperlichen Beschwerden führen können, sind unter anderem Über- oder Unterforderung sowie das Betriebsklima (Hajen, Paetow & Schumacher, 2010). Belastungen am Arbeitsplatz wirken sich auf die psychische und physische Verfassung der Arbeitenden aus. Sie beeinflussen die Fähigkeit und Möglichkeit, Anforderungen im Arbeitsbereich sowie ausserhalb zu bewältigen. Eine langfristige Belastung im Arbeitsprozess zeigt sich als soziales Risiko. Sie führt zu Krankheit, Arbeitslosigkeit und zum Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Diese Folgen zeigen sich aber meist erst als Endstadium (Böhle et al., 2010).

Die Belastung kann nicht allgemein und abstrakt bestimmt werden, sondern nur in Bezug auf die jeweiligen Anforderungen. Sie wird vor allem aus der Perspektive der Arbeitenden und ihren Lebensbedingungen und Interessen betrachtet (Böhle et al., 2010). Die Arbeits- und Organisationspsychologie beschreibt eine Reihe von Verfahren, wie physische und psychische Belastungen festgestellt und gemessen werden können. Unterschieden wird zwischen Befragungs- und Beobachtungsmethoden. Die Befragungsmethoden können mündlich per Interview oder schriftlich mittels Fragebogen erfolgen. Bei den Beobachtungsmethoden werden die Informationen systematisch von Experten, Expertinnen erhoben. Sie erlauben eine wissenschaftlich fundierte Diagnostik der Arbeitsbedingungen (Foglar & Kaske, 2013).

Magnetspitäler

Spitäler, die keine Werbung für die Besetzung freier Stellen betreiben müssen, da sie ihren Fokus auf eine positive Stimmung im Team sowie auf eine transparente und klare Leitung legen, werden Magnetspitäler genannt. Alle Mitarbeitenden werden von den Vorgesetzten, sowie ihren Teamkollegen und Teamkolleginnen unabhängig von ihrer Stellung respektiert und es herrscht eine harmonische und kooperative interdisziplinäre Zusammenarbeit. Fakt ist, dass Magnetspitäler ihr Personal im Durchschnitt nicht besser bezahlen. Sie würdigen aber besondere Leistungen ihrer Mitarbeitenden durch

finanzielle Prämien oder Vergünstigungen wie Urlaubstage, Kongressbesuche oder Fortbildungsbeiträge (Gurtner, 2013). Die Studie von Kelly, McHugh & Aiken (2011) ist unter anderem zum Ergebnis gekommen, dass Pflegepersonen in Magnetspitälern ein geringeres Vorkommen von Burnout und Arbeitsunzufriedenheit aufweisen. Ihre Arbeitszufriedenheit wirkt sich auch auf die Qualität ihrer Pflege aus, was wiederum einen wesentlichen Einfluss auf die Morbidität- sowie Mortalität der Patienten, Patientinnen hat.

Kontinuierliche Betreuung

Die kontinuierliche Betreuung einer Frau während ihrer Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit ist wichtig, um die bestmögliche gesundheitliche Situation für Schwangere, Mütter und Kinder zu erreichen. Dabei kann die Hebamme mit einem interdisziplinären Team zusammenarbeiten, welches ebenfalls an der Betreuung der Frau beteiligt ist (World Health Organization [WHO], 2004). Zahlreiche Studien, welche die Bedeutung einer kontinuierlichen Betreuung von Schwangeren vor, während und nach der Geburt untersuchten, deuten auf positive Effekte dieser Betreuungsform hin. So werden bei einer kontinuierlichen Betreuung durch Hebammen weniger Geburten eingeleitet und nicht zuletzt „unnötige“ Interventionen vermieden (Waldenström & Turnbull, 1998). Shields et al. (1998) berichten zudem über eine höhere Klientinnenzufriedenheit bei hebammengeleiteten Geburten, was wiederum die Arbeitszufriedenheit der Hebamme steigert.

Rooks (1999) vergleicht in ihrem Paper das „Midwifery model of care“ mit dem „Medical management model“. Die bereits jahrhundertalte Koexistenz zweier unterschiedlicher Pflegeansätze schwangerer Frauen führte letztlich zur Entwicklung von zwei Professionen: Hebamme und Gynäkologe, Gynäkologin. Jede Disziplin basiert auf einem anderen Verständnis der Natur und der Wichtigkeit von Schwangerschaft und Geburt, wobei die Gesundheit und Sicherheit von Mutter und Kind bei beiden oberste Priorität hat. Hebammen versuchen, den natürlichen Prozess der Geburt zu schützen und Störungen zu vermeiden. Dies ist sehr zeit- und beziehungsintensiv. Hebammen nützen dafür ihre eigene physische und emotionale Energie. Sie sind zurückhaltend mit Interventionen, solange es Mutter und Kind gut geht. In der Studie von Oakley et al. (1996) konnte gezeigt werden, dass Frauen, welche ausschliesslich von Hebammen betreut wurden, weniger Kaiserschnitte, Episiotomien und Einleitungen hatten. Bei der Betreuung in Anwesenheit von Ärzten, Ärztinnen konnte eine engmaschige, technologische Überwachung und eine grosse Kontrolle über den Geburtsprozess beobachtet werden. Ärzte und Ärztinnen neigen eher dazu, beschränkte Kriterien für die physiologische Geburt zu verwenden und zu intervenieren, sobald ein Kriterium

nicht erfüllt ist. Für die Hebamme ist die Geburt eine emotionale, soziale, kulturelle und teilweise spirituell bedeutsame Erfahrung, welche das Potential hat, die gebärende Frau zu stärken. Es ist ihr wichtig, dass Mutterwerden eine positive Erfahrung ist.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Das Gesundheitssystem der Schweiz befindet sich in einem starken und schnellen Wandel. Wesentliche Einflussfaktoren dafür sind die Einführung neuer Berufe, der Wandel in der Aus- und Weiterbildung, die veränderten Arbeitsbedingungen sowie die zunehmende Multikulturalität der Patienten, Patientinnen. Geburten werden gesundheitlich komplexer, was ein grösseres Mass an interprofessionellem Know-how erfordert (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2011). Interprofessionalität bedeutet die zielgerichtete Zusammenarbeit zwischen zwei Professionen. Sie ist beim Gesundheitspersonal häufig anzutreffen und eine elementare Art der Zusammenarbeit (Kesselring, 2005). Von der Hebamme wird verlangt, dass sie interaktiv arbeitet. Besonders die Spitalhebamme arbeitet aktiv mit Fachärzten, Fachärztinnen wie z.B. Gynäkologen, Gynäkologinnen und weiteren Fachpersonen zusammen. Interprofessionell zusammenarbeiten heisst, Verantwortung für gemeinsam abgesprochene Entscheidungen, sowie für die Behandlung und Betreuung, die daraus folgen, zu übernehmen, Informationen auszutauschen sowie Arbeiten zu koordinieren (Zwarenstein & Bryant, 2000). Aus einer Untersuchung zur Situation angestellter Hebammen ging hervor, dass über 80% der Hebammen die Zusammenarbeit mit den Ärzten, Ärztinnen, besonders im Bereich der Geburtshilfe, als problematisch empfinden. Somit ist ein elementarer Teil der Arbeitsbedingungen von Spitalhebammen negativ behaftet (Eilert, Klerkmann & Schmidt, 1992, zit. in Reime, 2000). Die erfolgreiche Interaktion zwischen Hebammen und Ärzten, Ärztinnen wäre aber eine notwendige Bedingung für eine optimale Betreuung der Frauen und Familien. Laut Böhle et al. (2010) lassen sich viele Arbeitsergebnisse ohne die gemeinsam geleistete Arbeit nicht realisieren.

Evidenzbasiertes Arbeiten (PARIHS-Bezugsrahmen)

Forschung kann dazu beitragen, die Qualität der Hebammenarbeit zu sichern, zu verbessern und die eigene Arbeit voranzubringen (Stahl, 2008). Damit Forschungserkenntnisse aber auch erfolgreich in die Praxis implementiert werden können, braucht es einen Bezugsrahmen. Der „Promoting Action on Research Implementation in Health Services“ (PARIHS) -Bezugsrahmen gemäss Rycroft-Malone (2009) befasst sich mit den drei Elementen Evidenz, Kontext und Begleitung, mit ihren jeweiligen Subelementen (Abbildung 1).

Er veranschaulicht die Wechselwirkungen und Abhängigkeiten zwischen den Faktoren, die einen Einfluss darauf haben, ob Forschungserkenntnisse genutzt werden.



Abb 1: PARIHS-Bezugsrahmen, adaptiert nach Rycroft-Malone (2009)

Die Evidenz wird unterschieden in Forschung, klinische Erfahrung und Patientenerfahrung. Der Kontext, in dem die Gesundheitsversorgung stattfindet, ist unendlich. Der PARIHS-Bezugsrahmen nach Rycroft-Malone (2009) konzentriert sich auf die Subelemente Kultur, Kontext, Führung und Evaluation. Die Begleitung besteht darin, den Praktiker, die Praktikerin bei der Umsetzung der Forschungserkenntnisse in die Praxis zu unterstützen. Die einzelnen Kriterien der Subelemente werden auf einem Kontinuum von „hoch/stark“ bis „niedrig/schwach“ eingeteilt und lassen somit eine Gesamtbeurteilung der drei Elemente zu (Rycroft-Malone, 2009). Der Nutzen des Bezugsrahmens wird im Kapitel 5.2 beschrieben.

2.2 Hebammenausbildung

Der Beruf der Hebamme hat eine lange Tradition. Seit Jahrhunderten wird er fast hauptsächlich von Frauen praktiziert. Diese stützt sich auf traditionelles Wissen ab, welches sie über Generationen weitergaben. Die Hebamme hat einen eigenständigen Auftrag und trägt eine hohe Verantwortung gegenüber Frauen und Familien. Trifft sie Fehlentscheidungen, so haben diese schwerwiegende Auswirkungen auf die Morbidität und Mortalität ihrer Klientinnen und deren Familien. Durch den gesellschaftlichen Wandel entstehen komplexe Herausforderungen, für welche die Hebamme – unter Einbezug der individuellen Situation - Lösungen entwickeln muss (Berner Fachhochschule Gesundheit, 2014).

Seit 2008 gibt es die akademische Hebammenausbildung in der Schweiz. Sie umfasst einen hebammenwissenschaftlichen Bachelorstudiengang (Lehmann, 2009). Dies ist notwendig. Das Wissen und Handeln der Hebammen muss wissenschaftlich fundiert sein und erfordert eine hohe Reflexionsfähigkeit. Der Wandel der Gesellschaft und der technische Fortschritt in der Medizin bedeuten, dass Hebammen immer komplexere Situationen betreuen und ihr Wissen stets aktuell halten müssen. Sie arbeiten interprofessionell mit einer gemeinsamen Fachsprache. Dies bedingt, dass auch der Ausbildungsstandard mit jenem des interdisziplinären Teams vergleichbar sein sollte. Ein weiterer und elementarer Grund für die Notwendigkeit von Bachelor- und Masterabschlüssen für Hebammen ist ihre internationale Anerkennung (ZHAW, 2010). Ein Master of Science Midwifery wird in der Schweiz noch nicht angeboten. Wer also einen Master abschliessen will, muss diesen entweder im Ausland erwerben oder einen Master einer verwandten Disziplin, meist den Master of Science Nursing, erwerben (Luyben, 2006).

Hebammen mit einem Masterabschluss arbeiten in der Schweiz laut Barmettler (2014) in folgenden Tätigkeitsfeldern:

1. ausschliesslich Praxis (34.5 %);
2. Lehre, Forschung und theoretische Tätigkeiten (34 %);
3. Mischprofile Lehre/Forschung und Praxis (29.2 %);
4. andere Mischprofile (1.9 %).

Hebammen mit akademischem Abschluss beurteilen ihre berufliche Situation im Allgemeinen als positiv, sind aber mit ihrer Entlohnung unzufrieden. Diese Unzufriedenheit geht vor allem von den Hebammen, die in der Praxis tätig sind, aus. Die befragten Hebammen fühlen sich durch das Studium allgemein gut auf ihre Berufstätigkeit vorbereitet und schätzen ihr Studium als wichtig für ihre Laufbahn ein.

Hebammen wünschen eine bessere Anerkennung ihrer Kompetenzen (Barmettler, 2014). Nicht-Monetäre Massnahmen, d.h. Massnahmen welche nicht die Finanzen betreffen (Duden, 2013), zielen auf eine Erhöhung der Arbeitszufriedenheit, Erhöhung der Autonomie oder die Verbesserung der Rahmenbedingungen ab. Dazu gehören unter anderen die kompetenzgerechte Verteilung von Rollen, Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Anerkennung sowie Wertschätzung durch das Team und die Vorgesetzten (Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektoren und Gesundheitsdirektorinnen [GDK] & OdASanté, 2009). Es stellt sich die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen der Art der Ausbildung und der Arbeitszufriedenheit besteht.

2.3 Entwicklung eines Fragebogens

In der Humanwissenschaft werden Informationen meistens durch die Befragung von einer Stichprobe relevanter Personen gewonnen. Solche Testverfahren werden in der Forschung und in den Anwendungsbereichen der Psychologie, der Medizin, sowie der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften eingesetzt (Bühner, 2011). Der Fragebogen zählt zur Technik der strukturierten Befragung. Die Anwendung eignet sich vor allem dann, wenn Forschende sich bewusst sind, was sie von den Befragten wissen müssen und welche Fragen sie dazu formulieren können (Polit, Beck & Hungler, 2010, S.257-292).

Porst (1998) beschreibt vier Phasen eines sozialwissenschaftlichen, empirischen Projekts. Erstens das theoretische Vorarbeiten, zweitens die Planung und Durchführung der Datenerhebung, drittens die Datenerfassung und Datenaufbereitung und viertens die Auswertung.

Beim theoretischen Vorarbeiten wird das Erkenntnisinteresse definiert. Die vorhandene, möglichst aktuelle und wissenschaftliche Literatur wird bearbeitet, damit ein Überblick über den Stand der Forschung gewonnen werden kann. Der theoretische Hintergrund wird ausgewählt und formuliert. Daraus werden anschliessend die Hypothesen generiert (Porst, 1998).

Bei der Planung und Durchführung der Datenerhebung muss zuerst die Erhebungstechnik und das Erhebungsinstrument ausgewählt werden. D.h. das Konstrukt wird definiert bezüglich Form und Antwortdimensionen. Die Population wird bestimmt und die Art sowie die Realisierung der Stichprobe für den Pretest werden festgelegt. Danach wird der Pretest durchgeführt, was von allen Experten als unabdingbare Voraussetzung einer erfolgreichen Hauptbefragung angesehen wird. Im Pretest werden die Art und die Qualität des Messinstrumentes überprüft sowie dessen Eignung für die Fragestellung, Verständlichkeit und Handhabbarkeit evaluiert (Porst, 1998).

Bühner (2006) beschreibt die Test- und Fragebogenkonstruktion in einer Einführung. Es gibt in der sozialwissenschaftlichen Methodenlehre zwei Begriffe von Testtheorie. Die erste Theorie handelt von statistischen Schlüssen, die man aufgrund von Stichprobendaten bezüglich bestimmter Eigenschaften der Population zieht. Hypothesen werden so getestet. Die zweite Theorie bezieht sich auf psychologische Tests. Diese beinhaltet die klassische und die probabilistische Testtheorie. Mit ihr werden psychische Eigenschaften, Fähigkeiten oder Merkmale des Testgegenstandes erfasst. Der psychometrische Test ist ein wissenschaftliches Routineverfahren zur

Untersuchung von empirisch abgrenzbaren Persönlichkeitsmerkmalen mit dem Ziel einer möglichst quantitativen Aussage über den relativen Grad der individuellen Merkmalausprägung.

Der Begriff Item wird definiert als Aufgabe oder Frage. Items beziehen sich auf beobachtbare oder manifeste Variablen. Zwischen den Itemantworten gibt es in der Regel bestimmte systematische Zusammenhänge, die als Korrelation oder Kontingenz bezeichnet werden. Damit diese systematischen Zusammenhänge erklärt werden können, werden eine oder mehrere latente Variablen konstruiert. Auf diese kann das Antwortverhalten der Testitems zurückgeführt werden.

Die klassische Testtheorie beschäftigt sich mit der Messung der Ungenauigkeit. Es wird geprüft, ob die Antworten zu verschiedenen Items wirklich nur auf eine Eigenschaft oder Fähigkeit zurückgeführt werden können. Die klassische Testtheorie ist einfach anwendbar und berücksichtigt unsystematische Fehler wie unsystematische äussere und innere Einflüsse. Sie ist eine reine Messfehlertheorie, d.h. es erfolgt keine Annahme, wie Items beantwortet werden oder wie eine Testleistung zustande kommt. Das Kernkonzept der klassischen Testtheorie ist die Reliabilität, umschrieben auch die Messgenauigkeit eines Tests.

Die probabilistische Testtheorie beschäftigt sich mit den Antworten, die auf Items zustande kommen. Diese Antwortmuster werden, einem bestimmten Modell folgend, untersucht. Das Modell sagt voraus, dass mit steigender Personenfähigkeit die Wahrscheinlichkeit einer Itemlösung zunimmt. Die Lösungswahrscheinlichkeit für ein bestimmtes Item hängt von der Fähigkeit oder Eigenschaftsausprägung einer Person sowie der Schwierigkeit eines Items ab. Ein Item ist dann ein guter Indikator für eine latente Variable, wenn die Leistung in diesem Item komplett auf die Fähigkeitsausprägung der latenten Variable zurückzuführen ist und nicht auf andere. Sie stellt eine sehr präzise Itemhomogenität dar und ist wünschenswert für die Testkonstruktion. Formalisiert wird diese Eigenschaft durch die lokale stochastische Unabhängigkeit.

Die wichtigsten Indikatoren für einen guten psychometrischen Test sind Objektivität, Reliabilität und Validität. Die Objektivität beschreibt den Grad, in dem die Ergebnisse eines Tests unabhängig vom Untersucher sind. Sie umfasst die Durchführungsobjektivität, die Auswertungsobjektivität sowie die Interpretationsobjektivität. Die Reliabilität beschreibt den Grad der Genauigkeit, mit dem ein Test ein bestimmtes Merkmal misst, und beinhaltet die innere Konsistenz/Halbierungsreliabilität, die Retest-Reliabilität sowie die Parallelreliabilität.

Die Validität zeigt das Ausmass, in dem ein Test das misst, was er zu messen vorgibt. Unterteilt in Inhalts-, Konstrukt-, sowie Kriteriumsvalidität. Als Nebengüterkriterien wird Normierung, Vergleichbarkeit, Ökonomie und Nützlichkeit beurteilt (Abbildung 2).

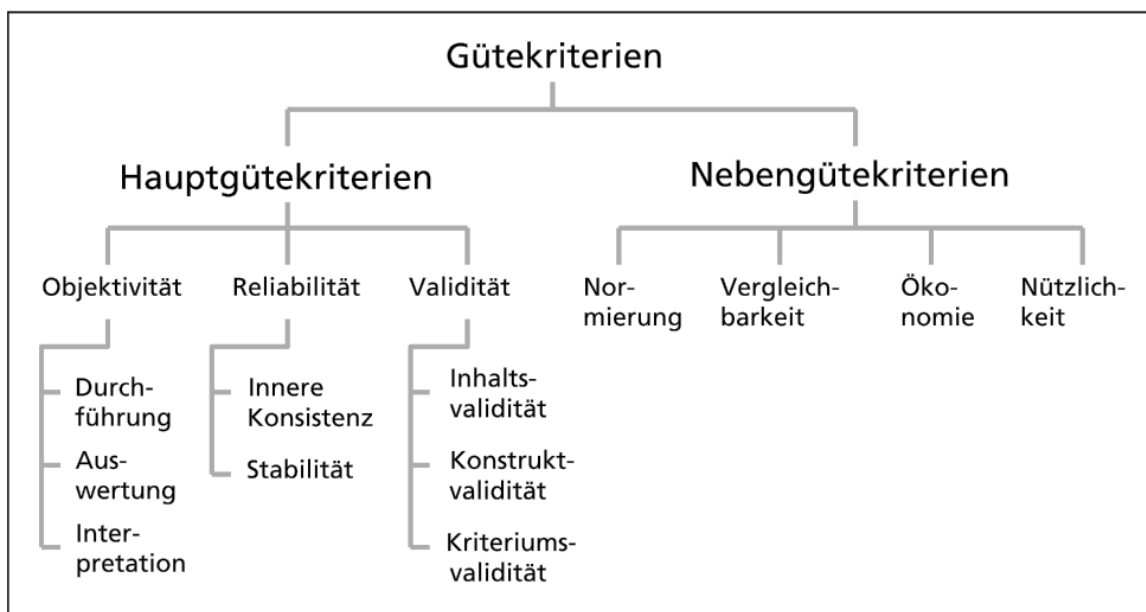


Abb 2: Zusammenfassung der Haupt- und Nebengüterkriterien nach Bühner (2006)

Rücklaufquote

Porst (2001) stellt eine Vielzahl von Strategien und Massnahmen zur Erhöhung der Rücklaufquote vor. Der Ausgangspunkt ist aber die Annahme, dass die Entscheidung zur Teilnahme an einer Befragung nach Abwägung von Vorteilen und Nachteilen durch die befragte Person erfolgt. Also nur, wenn der erwartete Nutzen die erwarteten Kosten überwiegt, ist die Person bereit, sich an der Umfrage zu beteiligen. Um die Zielperson zu motivieren, muss ihr die Wichtigkeit und Sinnhaftigkeit ihrer Teilnahme an der Befragung verdeutlicht werden. Wichtig ist eine Nachfassaktion, denn jeder zusätzliche Kontakt führt zu einer Erhöhung der Ausschöpfungsquote. Grundlegend ist auch, dass jeder Zielperson Anonymität und Vertraulichkeit zugesichert wird.

3 Methode

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen beschrieben, mit dem die Literatur, welche die Komponenten der Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Pflegepersonen und Hebammen aufzeigt, gesucht- und analysiert wurde. Die Literaturrecherche wird in Tabelle 5, Kapitel 11.1 dargestellt. Die gefundenen Komponenten werden verglichen und dahingehend bewertet, ob sie für die Entwicklung eines hebammenspezifischen Instruments kompatibel sind. Die Durchführung einer

systematischen Literaturreview zeigt zudem den aktuellen Stand der Forschung innerhalb des recherchierten Themenbereichs.

3.1 Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche erfolgte zwischen März 2013 und Mai 2013. Es wurde auf den Datenbanken PubMed, Medpilot, Psycindex und Psycinfo nach Studien und Artikeln gesucht. Zusätzlich wurden die online verfügbaren Ausgaben der Zeitschrift *Hebamme.ch* durchsucht. Bei Hinweisen auf nützliche Studien wurde mit den genauen Titeln und Jahreszahlen auf der Website *Google Scholar* nachgesehen. Ältere Quellen wurden in der Bibliothek der Berner Fachhochschule Gesundheit gesucht. Die Limitationen wurden einmal genutzt bei der Suche auf Medpilot und waren *Deutsch* und *Artikel*.

Die systematische Suche wurde mit folgenden englischen Suchbegriffen durchgeführt: *Aiken Linda, work environment, survey, nursing work index, Lake, midwife, Workforce, instruments, problems, RN4CAS, questionnaire, nursing job satisfaction*. Ebenfalls wurde mit den deutschen Begriffen *Industriesoziologie, Organisationssoziologie, Arbeitsbedingungen Hebammen, Arbeitszufriedenheit, Umfrage* und *Bedarfsanalyse Hebamme* recherchiert.

Für relevante Leitlinien wurden drei Webseiten besucht: Geneva Foundation for Medical Education and Research (GFMER; www.gfmer.ch), National Institution for Health and Clinical Excellence (NICE; www.nice.org.uk) und World Health Organisation (WHO; www.who.org). Die englischen Suchbegriffe *guideline* und *work environment midwife*, bzw. die deutschen Suchbegriffe *Leitlinie* und *Arbeitsbedingungen Hebamme* wurden für die Suche verwendet.

Während der Suche auftretenden Links zu thematisch passenden Studien wurde nachgegangen, ihr Inhalt gesichtet und bei Relevanz für die eigene Fragestellung für die Review verwendet. Ebenso wurden die Literaturverzeichnisse von Publikationen hinzugezogen und per Handrecherche weiterverfolgt.

Nebst quantitativen Studien befassen sich oftmals qualitative Studien mit dem Thema Arbeitsumgebung. Qualitative Forschung hat den Anspruch, die Lebenswelten aus Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben (Flick, von Kardoff & Steinke, 2009). Quantitative Forschungsarbeiten hingegen stellen die Beziehung von Ursache und Wirkung, sowie die Effektivität der Interventionen dar (Polit et al., 2010, S.173-209). Bei der Literaturrecherche wurden qualitative und quantitative Studien sowie Artikel berücksichtigt, um möglichst methodisch ausgewogen zu bleiben. In den quantitativen

Studien wurden teilweise Fragebogen verwendet, die aus offenen- und geschlossenen Fragen bestehen. Die meisten geschlossenen Fragen wurden mittels einer Likert-Skala beantwortet. Diese Skala dient dazu, die Einstellung einer befragten Person zu einem Thema zu erfassen („Statista“, n.d.). Die gefundene Literatur, vorzugsweise quantitative Studien und Surveys, wurde erst durch Titel- und Abstractstudium anhand der Ein- und Ausschlusskriterien auf ihre Eignung untersucht. Als geeignet betrachtete Publikationen wurden zum Volltextstudium zugelassen, wo definitiv entschieden wurde, welche Studien in die Analyse aufgenommen werden.

Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden alle nationalen und internationalen Studien, die etwas zur Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit von Hebammen aussagen. Die Studientypen systematische Literaturreview, qualitative Studien mit guter Qualität, quantitative Studien und Surveys wurden berücksichtigt. Durch die Vergleichbarkeit der Berufsgruppen von Hebammen und Pflegepersonen wurden Pflegestudien, welche die Validität eines Erhebungsinstruments testen oder etwas zur Arbeitszufriedenheit von Pflegepersonen aussagen, eingeschlossen. Es wurden Studien in Deutsch, Englisch oder Französisch berücksichtigt.

Alle Studien, die sich mit der Befragung von nicht mehr im angestammten Berufsfeld tätigen Hebammen oder Pflegepersonen beschäftigen, wurden ausgeschlossen. Ebenso wurden Studien, die über die Berechnung der Personalzahl, bzw. das Staffing oder ausschliesslich über die psychische Verfassung von Hebammen und Pflegepersonen forschen, für diese Literaturreview nicht verwendet.

3.2 Literaturanalyse

Die Literatur wurde nach verschiedenen Gütekriterien bewertet, um die methodologische Qualität und die damit verbundene Glaubwürdigkeit der Ergebnisse einzuschätzen. Die Qualität, der in die Analyse einbezogenen Studien, wurde nach dem „Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis“ von Kunz, Ollenschläger, Raspe, Jonitz, & Donner-Banzhoff (2007) und dem „Lehrbuch Pflegeforschung“ von Polit et al. (2010) kritisch gewürdigt.

Die *Fragestellung* klärt das Ziel der Studie, während unter dem Kriterium *Methode* das Forschungsdesign und die Datenerhebung beschrieben sind. Unter dem Punkt *Studienteilnehmende* wird die Art der Stichprobenziehung, die Stichprobengrösse, das Setting sowie Ein- und Ausschlusskriterien der Population aufgeführt. Durch die *Intervention* wird die Behandlung oder Manipulation erklärt, welche in der Studie

durchgeführt wird. Unter dem Aspekt *Ergebnisse* sind die spezifischen Studienresultate ersichtlich. Die inhaltlichen Aspekte werden durch die Kriterien *Risiko für systematische Fehler, Verdeckte Zuordnung, Verblindung, Unvollständige Ergebnisdaten* und *Glaubwürdigkeit der Ergebnisse* auf ihre Qualität hin überprüft.

Bei den *Risiken für systematische Fehler* stellt der Selektionsbias den häufigsten systematischen Fehler dar und entsteht, wenn sich Vergleichsgruppen nicht nur um den zu untersuchenden Faktor unterscheiden. Somit können Verzerrungen bei den Ergebnisdaten entstehen. Durch die *Verdeckte Zuordnung*, d.h. die randomisierte Zuteilungsfolge zur Therapie- oder Kontrollgruppe, und die *Verblindung*, welche sich mit der Geheimhaltung der Gruppenzuordnung vor den Studienteilnehmenden und allenfalls auch vor den Forschenden beschäftigt, können die Forschenden verhindern, dass zum einen die Ergebnisdaten durch Studienteilnehmende und/oder Forschende subjektiv beeinflusst werden und zum anderen, dass wiederum Verzerrungen in den Ergebnissen entstehen. Es wurde darauf geachtet, inwiefern *unvollständige Ergebnisdaten erklärt* waren. Für die *Glaubwürdigkeit der Ergebnisse* wurde einerseits extern geprüft, ob die Ergebnisse mit weiteren Forschungsergebnissen übereinstimmen. Ausserdem werden die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Bedeutung, d.h. ob die gewonnenen Resultate die Hypothese bestätigen und ob alternative Erklärungen für die Resultate gefunden werden können, kritisch geprüft. Andererseits gibt es interne Belege, bei welchen das methodische Vorgehen kritisch gewürdigt wird. Es wird darauf geachtet, ob das angewandte Forschungsdesign für die Beantwortung der Fragestellung geeignet ist und ob es bedeutende Ergebnisdaten liefert. Weiter wird geprüft, ob die Studienteilnehmenden eine repräsentative Stichprobe für die Studienpopulation bilden. In dieser Arbeit wurden zusätzlich die weiteren Gütekriterien *Objektivität, Validität* und *Reliabilität* kontrolliert. Wann immer möglich, wurde versucht, die Spezifität und Sensivität eines in einer Studie angewendeten oder geprüften Instruments zu beurteilen (Kunz et al., 2007; Polit et al., 2010).

Das Evidenzniveau wurde anhand der oben beschriebenen Kriterien mit *schwache-, mittlere-,* oder *starke Qualität* beurteilt.

Ethik

Die Auseinandersetzung über die Ethik der Forschung durchzieht die Geschichte der Naturwissenschaften und Medizin und findet heute weltweite Beachtung (Wiesing, Simon & Engelhardt, 2000). Deshalb wird auf dieses Kriterium speziell eingegangen. Das ethische Verhalten beruht nach Polit et al. (2010) auf drei Grundprinzipien:

1. Prinzip des Nutzens;
2. Prinzip der Achtung vor der Würde des Menschen;
3. Prinzip der Gerechtigkeit.

Die Frage, wie viel Risiko für Probanden, Probandinnen und Patienten, Patientinnen für wie viel Erkenntnis erhandelt werden darf, ist für jede Forschungsfrage neu zu stellen und nicht selten schwierig zu beantworten (Wiesing et al., 2000). Die Umsetzung der Grundprinzipien, wie sie oben beschrieben sind, bedeutet, dass die Forschenden bestimmte Anforderungen an das Konzept sowie die Durchführung ihrer Forschungsarbeit erfüllen müssen (Polit et al., 2010, S.95-113). Die SAMW (2009) beschreibt die ethischen Prinzipien in sieben Anforderungen. Eine Studie muss demnach gesellschaftliche Werte aufweisen, die Anforderungen wissenschaftlicher Methodik erfüllen und eine fair ausgewählte Stichprobe mit günstigem Risiko-Nutzen-Verhältnis enthalten. Die Ethikkommission hat die Aufgabe, vorgegebene Richtlinien zu begutachten, Studienteilnehmende müssen eine informierte Einwilligung für die Teilnahme abgegeben haben und müssen während der gesamten Studiendauer, sowie nach Abschluss der Studie, mit Respekt behandelt zu werden. Bei der Studienanalyse wurde geprüft, ob es zu Verletzungen der ethischen Grundprinzipien kam, da gerade die Einhaltung dieser Prinzipien für eine optimale Versorgung von Frauen und ihren Familien einerseits, sowie für die Entwicklung eines Instruments andererseits, von besonderer Wichtigkeit sind.

Objektivität der Analysen

Um die Objektivität der Literaturanalyse zu gewährleisten, wurde in einem ersten Schritt die Inhaltsanalyse sowie die Beurteilung der Evidenzstärke von den Verfasserinnen unabhängig voneinander durchgeführt. In einem zweiten Schritt wurden die Studien noch einmal gesichtet und zu zweit analysiert. Diskrepanzen wurden diskutiert und die finale Version der Analyseraster konstruiert. Bei Unklarheiten mit wissenschaftlichen Inhalten der Studie wurde ein Dozent der Statistik der Berner Fachhochschule Gesundheit hinzugezogen.

3.3 Literatursynthese

Es wurden verschiedene Schritte durchlaufen, um eine Synthese der Literatur machen zu können. Die relevanten Ergebnisse der analysierten Literatur wurden extrahiert, zusammengetragen und nach Kategorien eingeordnet, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede feststellen zu können. Dies passierte so lange, bis keine neuen Kategorien mehr gebildet werden konnten. Zu den Kategorien gehören: *Demographie*,

Verbleib im Beruf, Qualifikation, Teamarbeit, Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten und Ärztinnen, Arbeits- und Pflegeumfeld, Körperliche Beschwerden, Psychomentele/Psychosoziale Belastungen, Vorgesetzte und Pflegequalität. Die Inhalte der Kategorien wurden mit den aktuellen Ergebnissen aus dem zweiten Kapitel verglichen und neue Erkenntnisse daraus entwickelt.

4 Ergebnisse

Dieses Kapitel wird in vier Themen dargestellt. Zunächst werden die Such- und Auswahlergebnisse der zuvor beschriebenen Literaturrecherche aus dem Kapitel 3.1 kurz beschrieben. Anschliessend folgen die Ergebnisse aus der Literaturanalyse mit ihren Stärken und Schwächen. Die ausgeschlossene Literatur wird mit der jeweiligen Begründung aufgeführt. Komponenten der Arbeitssituation von Hebammen, als Hauptteil dieses Kapitels, werden zum Schluss ausführlich dargestellt. Relevante Aspekte sind nebst dem Fliesstext detailliert in Tabellenform zusammengefasst.

4.1 Such- und Auswahlergebnisse

Von 2777 generierten Treffern während der elektronischen Literaturrecherche wurden 73 Abstracts gelesen. 54 Publikationen wurden nicht weiter verfolgt, da diese zur Beantwortung der Fragestellung nicht dienten. Nach dem Volltextstudium wurden 10 der 19 restlichen Studien in die Analyse eingeschlossen. Der Entscheid zum Ein- oder Ausschluss geschah mit Hilfe der zuvor formulierten Eingrenzung, sowie der Ein- und Ausschlusskriterien. Studien welche Untersuchungen mit Hebammen durchführten und wichtige Hinweise zur Beantwortung der Fragestellung lieferten wurden trotz schwacher Qualität einbezogen. Abbildung 3 zeigt die Such- und Auswahlergebnisse auf einen Blick.

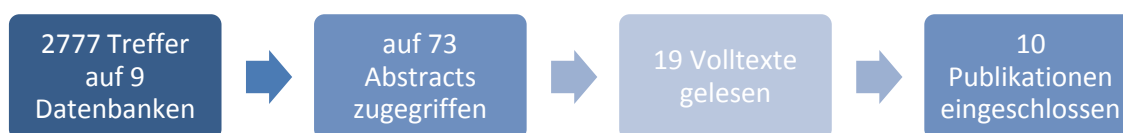


Abb 3: Kurzübersicht Literaturrecherche

4.2 Literaturanalyse mit Stärken und Schwächen

Im folgenden Unterkapitel werden die in die Analyse eingeschlossenen Studien in alphabetischer Reihenfolge vorgestellt und jeweils ihre Stärken und Schwächen benannt.

Carlisle, Baker, Riley & Dewey (1994) verwendeten ein quantitatives Design und wollten mit Hilfe einer schriftlichen Befragung herausfinden, welche potentiellen Quellen von Stress es im Arbeitsumfeld von Hebammen und Pflegepersonen gibt und ob es zwischen den Berufsgruppen signifikante Unterschiede im Erleben dieser Stressquellen gibt. 180 Pflegepersonen und 29 Hebammen beantworteten geschlossene Fragen zu den drei Skalen Beziehungsdimensionen, Personalentwicklung und Systemerhaltung/Systemveränderung. Neben der Erfragung von demographischen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Ausbildungsgrad, Abteilung, Status und Lokalität ist das wesentlichste Ergebnis, dass sich Hebammen bei den Subskalen Mitarbeiterunterstützung, Autonomie, Arbeitsdruck und Transparenz signifikant schlechter behandelt fühlen als Pflegepersonen. Die Studie weist eine mittlere Qualität auf. Das Ungleichgewicht der Stichprobengrösse, sowie fehlende Ein- und Ausschlusskriterien sind Gründe für einen Mangel in der Evidenzstärke. Positiv zu nennen ist, dass das verwendete Erhebungsinstrument (Work Environment Scale [WES]) nach der Reliabilität und Validität geprüft wurde und ein ausführlicher Hintergrund in das Studienthema einführt.

Engeli, Fischer, Kirtz, Rosenast & Schaller (2005) untersuchten im Rahmen eines Praxisprojektes im Auftrag des SHV die Kernfrage, wie viele Hebammen zwischen 2005 und 2012 ausgebildet werden müssen, damit der Bedarf an Hebammen in der Schweiz bis zum Jahr 2015 gedeckt werden kann. Weitere Ziele der schriftlichen Befragung sind, Erkenntnisse zur Anzahl Betreuungsstunden, Verweildauer im Beruf, Kompetenzbereich, Arbeitsumfeld und Arbeitsbedingungen zu erhalten. 309 Hebammen gaben Antworten auf die offen- und geschlossen formulierten Fragen. 20 Expertinnen, ebenfalls Hebammen, wurden telefonisch befragt. Es konnte gezeigt werden, dass die Arbeitszufriedenheit durch die Arbeitsbedingungen wie selbstständiges Arbeiten, Übernahme von Verantwortung, Vielseitigkeit und Flexibilität im Beruf positiv beeinflusst wird. Belastende Arbeitsbedingungen machen die erschwerte interdisziplinäre Zusammenarbeit, Kaiserschnitttrate, Putzarbeiten, administrativer Aufwand, unregelmässige Arbeitszeiten und die Entlöhnung aus. Die verwendeten Fragebogen dieser Studie sind nicht getestet oder evaluiert und die effektiven Zahlen zur Beantwortung der Forschungsfrage, sowie der Ziele basieren auf Hochrechnung einer teilweise qualitativ befragten Stichprobe. Die Evidenzstärke der Studie ist als schwach einzuschätzen. Der Vergleich der Studienergebnisse mit den anderen analysierten Studien zeigt Übereinstimmungen.

Fischbeck & Laubach (2005) erforschten in ihrer Validitätsstudie mit einem quantitativen Design die Testgüte zweier Befragungsinstrumente zur Arbeitsbelastung

und Zufriedenheit von Ärzten, Ärztinnen und Pflegepersonen. Das Instrument wurde anschliessend zur Befragung von 447 Ärzten, Ärztinnen und 920 Pflegepersonen verwendet. Die Ergebnisse der Umfrage werden, mit Ausnahme der demographischen Angaben, in der Studie nicht aufgeführt. Die verwendeten Skalen weisen mit $\alpha=0.80-0.90$ eine gute bis sehr gute Zuverlässigkeit auf, wobei Alpha in hohem Mass von der Anzahl der Items abhängig ist. Die Itemgruppe „Anforderungen von Patientenseite“ wies letztlich als einzige Gruppe keine ausreichende interne Konsistenz auf ($\alpha=0.63$). Die Studie weist eine mittlere bis starke Qualität auf. Sie überzeugt mit einem gut gewählten Forschungsdesign und der Methodik. Ergebnisdaten, welche nicht vollständig erhoben werden konnten, sind genau beschrieben. Unklar ist, ob die Studie durch eine Ethikkommission genehmigt wurde.

Güntert et al. (1993) befassten sich mit den unterschiedlichen Berufsfeldern von aktiv praktizierenden Hebammen. Sie wollten herausfinden, ob sich in den nächsten Jahren ein Hebammenmangel abzeichnet und wie die Arbeitssituation, sowie die Arbeitszufriedenheit der Befragten aussieht. Sie verwendeten dazu ein quantitatives Design. 2764 Hebammen aus der ganzen Schweiz erhielten einen schriftlichen Fragebogen mit meist geschlossenen Fragen. Die Mehrheit der Hebammen ($N=2288$) arbeiten im Spitalsetting. Zu den wesentlichen Ergebnissen zählt, dass die Items Arbeitszeit, Tätigkeiten/Aufgaben, Zeit für die Betreuung/Betreuungsart, Einsatz eigener Fähigkeiten, Verantwortung, Zeitdruck, Lohn und Arbeitsklima in einer Befragung wichtig sind. Sie liefern Erkenntnisse über die Arbeitszufriedenheit. Die Forschenden konnten Unterschiede zwischen den Berufsfeldern ermitteln. Die Arbeitsbelastung ist bei den freipraktizierenden Hebammen, verglichen mit den Spitalhebammen, höher. Die Freipraktizierenden sind mit ihrer Arbeit aber gesamthaft trotzdem zufriedener als Spitalhebammen. Die Studie weist eine schwache bis mittlere Qualität auf. Die Methodik, sowie die Auswahl der Studienteilnehmenden und die Rücklaufquote weisen Mängel auf. Die Forschenden diskutieren ihre Ergebnisse mit weiteren Studienergebnissen, obwohl die Fragestellung nicht übereinstimmt. Eine Stärke dieser Studie ist, dass sie Unterschiede zwischen den Berufsfeldern aufzeigt. Die Forschungsergebnisse sind kongruent mit den Ergebnissen der anderen analysierten Studien.

Kabakis et al. (2012) zeigen mit ihrem wissenschaftlichen Praxisprojekt die Kernaspekte der Arbeitszufriedenheit bei angestellten Hebammen in Deutschland auf und formulierten Verbesserungsvorschläge. Für die schriftliche Umfrage mit offenen und geschlossenen Fragen fertigte die Projektgruppe einen Fragebogen an. 38 Hebammen wurden angeschrieben. Zu den wichtigen Items, die Unzufriedenheit

hervorrufen, gehören Arbeitszeit, Tätigkeiten/Aufgaben, Zeit für die Betreuung/Betreuungsart, Einsatz eigener Fähigkeiten, Verantwortung, Zeitdruck, Lohn, Arbeitsklima, Personalkürzungen, mangelnde Transparenz der Spitalleitung und schlechte interdisziplinäre Zusammenarbeit. Den Einbezug von offenen Fragen erachten die Forschenden als sinnvoll, damit nicht befragte Komponenten aufgedeckt werden. Die Studie wird durch die kleine Stichprobengrösse und den nicht getesteten und evaluierten Fragebogen als schwach eingeschätzt. Die Ergebnisse unterstreichen die anderen Forschungsergebnisse.

Lake (2002) beschreibt in ihrer quantitativen Validitätsstudie die Entwicklung und Prüfung der Arbeitsumfeld-Skala (PES) vom Nursing Work Index (NWI). Es soll eine Skala mit Unterskalen und Referenzwerten für originale Magnetpitäler entstehen. Befragt wurden zwei Samples. Das eine besteht aus 2336 Pflegepersonen aus 16 Magnet- und acht Nichtmagnetpitälern. Das zweite Sample besteht aus 11'636 Pflegepersonen aus den Spitälern des Bundesstaates Pennsylvania. Die Umfrage enthielt 49 der 65 im NWI enthaltenen Items. Die Subskalen weisen eine hohe Reliabilität auf ($\alpha > 0.80$), mit Ausnahme der Subskala „Kollegiale Beziehung zwischen Ärzten, Ärztinnen und Pflegepersonen“ ($\alpha = 0.71$). Die Spezifität jeder Subskala war bescheiden (22-43%). Das in der Studie verwendete Forschungsdesign und die Methodik sind gut gewählt, ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Lake (2002) konnte den NWI auf Validität, Reliabilität und Spezifität testen. Die Repräsentativität lässt eine hohe Glaubwürdigkeit der Ergebnisse zu. Somit ist die Evidenzstärke als stark einzuschätzen.

Das Midwifery Council of New Zealand (2012) führt im Rahmen einer Arbeitskräfteerhebung jedes Jahr ein online Survey mit den aktiven Hebammen durch und berichtet anschliessend in einem Report über die Schlüsselfakten der Umfrage. Befragt wurden 2710 Hebammen. Fast ein Drittel hat neben ihrem Hebammenberuf eine Zweitarbeit. Ein Drittel hat einen Masterabschluss oder zieht es in Erwägung einen zu machen. Teilzeitarbeit wird von den Hebammen als wichtig empfunden, aufgrund elterlicher Verantwortung und persönlicher Präferenz. Da es sich bei diesem Survey um einen Bericht handelt, der die Methodik nicht beschreibt, wird die Evidenzstärke als schwach eingeschätzt. Positiv sind die grosse Stichprobenzahl und die Überdurchschnittlich hohe Rücklaufquote.

Milisen, Abraham, Siebens, Darras & Dierckx de Casterlé (2006) evaluierten anhand einer quantitativen Umfrage die Wahrnehmung belgischer Pflegepersonen bezüglich ihres Arbeitsumfeldes, Qualität ihrer Pflege, Arbeitszufriedenheit und professioneller Entscheidungsfindung. Ein Fragebogen mit geschlossenen Fragen wurde an 13'958

Pflegepersonen verteilt, wobei 9638 letztlich in die Analyse eingeschlossen wurden. Es konnte gezeigt werden, dass die Mehrheit der Pflegepersonen einen Bachelorabschluss hat und sich autonom fühlt. Die Arbeitssituation wird von den Pflegepersonen als stressig empfunden. Knapp die Hälfte will bis zur Pension im Beruf bleiben. Die Studie weist eine mittlere bis starke Qualität auf. Es konnte eine repräsentative Stichprobe generiert werden. Ein- und Ausschlusskriterien sind formuliert, es besteht eine Homogenität in der Datensammlung. Die Prüfung und Evaluation des Fragebogens ist nicht beschrieben. Ebenfalls nicht bekannt ist, ob die Studie durch eine Ethikkommission genehmigt wurde.

Sermeus et al. (2011) führten eine Querschnittstudie durch und befassten sich mit der Erweiterung und Verfeinerung typischer Prognosemodellen. Diese sollen den Einfluss des Arbeitsumfeldes und der Qualifikationen auf den Verbleib im Beruf, Burnout und das Patienten-, Patientinnen-Outcome beschreiben. Das Sample bildet angestellte Pflegepersonen von Allgemeinkrankenhäusern aus 12 europäischen Ländern. Die Forschenden entwickelten drei Fragebögen. Der erste ist für die Befragung des Spitalmanagements, der zweite für die Pflegepersonen und der Dritte für die Patienten und Patientinnen. In einem vierten Schritt werden routinemässig gesammelte Daten der Patienten, Patientinnen anonymisiert verwendet. Wesentliche Ergebnisse sind, dass die Arbeitsbedingungen Lohn, Flexibilität und generelle Arbeitszufriedenheit wichtige Items für einen Fragekatalog bilden. Die Einschätzung der Qualität der geleisteten Arbeit mittels Patientenbefragung kann indirekt eine Aussage zur Arbeitszufriedenheit zulassen. Die Forschenden arbeiteten mit einer gut gewählten Methodik und konnten durch die angewandten Testverfahren eine hohe Repräsentativität erzielen. Ein- und Ausschlusskriterien sind beschrieben. Die Studie wurde durch eine Ethikkommission geprüft. Der Ländervergleich stellt mit den unterschiedlichen Strukturen im Gesundheitswesen eine Schwierigkeit dar, eine Generalisierung der Stichprobe ist somit schwer umzusetzen. Die Qualität der Studie wird als stark eingeschätzt.

Spiegel, Meyer, Mollenkopf & Nowak (2011) stellen ein kompaktes Mitarbeiterbefragungssystem vor und beschreiben die Ergebnisse, welche sie durch den Einsatz dieses Instruments herausgefunden haben. Für die schriftliche Befragung, mit einem mehrheitlich einstufigen Antwortformat, wurden sechs Unternehmen mit 3720 Mitarbeitenden eingeschlossen, denen Fragen bezüglich ihrer körperlichen und psychischen Beschwerden, sowie ihrer Arbeitszufriedenheit gestellt wurden. Schlussendlich wurden drei der sechs Unternehmen in die Analyse einbezogen. Die Arbeitsbedingungen sind teilweise signifikant assoziiert mit der Arbeitszufriedenheit.

Frauen sind mit den Arbeitsbedingungen allgemein zufriedener als Männer, leiden aber signifikant häufiger an Kopf- und Nackenschmerzen. Die Methodik ist gut gewählt und ausführlich beschrieben. Die Validität und Reliabilität ist erhoben. Nicht aufgezeigt wurde die Relevanz der inhaltlichen Bereiche. Die begrenzte Teilnehmerrate stellt eine Gefahr für Selektionsbias dar.

In Tabelle 1 sind die eingeschlossenen Publikationen alphabetisch aufgeführt. Die detaillierten Informationen werden nach *Autorenschaft/Jahr*, *verwendetes Design*, *Fragestellung*, *Sample*, *Intervention* und *relevante Ergebnisse* gegliedert. Tabelle 2 zeigt die Stärken und Schwächen der ausgewählten Literatur.

Tab. 1: Übersicht wissenschaftliche Artikel

Autor/-Innen, Jahr	Fragestellung	Sample	Intervention	Relevante Ergebnisse
<p>Carlisle et al., 1994</p> <p>Quantitatives Design</p> <p>Schriftliche Befragung mit geschlossenen Fragen</p>	<p>Potentielle Quellen von Stress im Arbeitsumfeld von Hebammen und Pflegepersonen beschreiben</p> <p>Signifikante Unterschiede im Arbeitsumfeld der beiden Berufsgruppen nachweisen</p>	<p>Sechs Spitäler mit N=180 Pflegepersonen und N=29 Hebammen</p> <p>Auswahl nicht randomisiert</p>	<p>Alter, Geschlecht, Ausbildungsgrad, Abteilung, Status und Lokalität wurde für die Datensammlung ermittelt</p> <p>Sieben Tage nach Erhalt der Fragebogen erfolgte eine Erinnerung, nach 14 Tagen wurden die Bogen eingesammelt.</p>	<p>Hebammen fühlen sich bei folgenden Subskalen signifikant schlechter behandelt als Pflegepersonen: Mitarbeiterunterstützung, Autonomie, Arbeitsdruck und Transparenz</p> <p>Keine Signifikanz konnte beim Teamzusammenhalt, Kontrolle, Innovation und physischem Komfort ermittelt werden</p>
<p>Engeli et al., 2005</p> <p>Quantitatives Praxisprojekt</p> <p>Schriftliche Umfrage mit offenen und geschlossenen Fragen</p>	<p>Kernfrage: Wie viele Hebammen sind zwischen 2005 und 2012 auszubilden, damit der Bedarf bis 2015 gedeckt werden kann?</p> <p>Weitere Ziele der Befragung: Betreuungsstunden, Verweildauer, Kompetenzbereich, Arbeitsplatz, Arbeitsbedingungen</p>	<p>N=309 Hebammen und N=20 Expertinnen (ebenfalls Hebammen)</p>	<p>Fragebogen in Deutsch und Französisch wurden für jedes Berufsfeld individuell entwickelt</p> <p>Expertinnen wurden telefonisch befragt</p>	<p>Wird im Jahr 2015 von einer Geburtenzahl von 79'900 Neugeborenen ausgegangen, würden mindestens 2856 Hebammen benötigt. Dies macht durchschnittlich 150 frisch diplomierte Hebammen pro Jahr aus</p> <p>Hebammen wünschen sich mehr Selbstständigkeit in ihrer Arbeit und dass ihre Kompetenzen geachtet werden</p> <p>Arbeitszufriedenheit wird positiv beeinflusst durch Kontakt zur Frau/Familie, Selbstständigkeit, Verantwortung, Vielseitigkeit und Flexibilität.</p> <p>Negative Einflüsse in der Arbeit von Hebammen haben folgende Themen: interdisziplinäre Zusammenarbeit, Kaiserschnitttrate, Putzarbeit, administrativer Aufwand, unregelmässige Arbeitszeiten, Lohn</p>
<p>Fischbeck &</p>	<p>Testgüte eingesetzter</p>	<p>N=447 Ärzte,</p>	<p>Datensammlung</p>	<p>Eine 5-Faktoren-Lösung ist die beste Lösung für die Konstruktion der</p>

<p>Laubach, 2005</p> <p>Quantitatives Design</p> <p>Validitäts-studie</p>	<p>Instrumente zur Arbeitsbelastung und Zufriedenheit von Mitarbeitenden prüfen</p>	<p>Ärztinnen und N=920 Pflegerpersonen</p>	<p>vom 22.10-16.11.2001</p> <p>Rücklaufquote: 40% Ärzte, 60% Pflegerpersonen</p>	<p>beiden Fragebogen (klären jeweils mehr als 3% der Gesamtvarianz auf)</p> <p>Die Skalen weisen eine gut bis sehr gute Zuverlässigkeit auf ($\alpha = 0.80-0.90$), wobei Alpha in hohem Masse von der Itemanzahl abhängig ist</p> <p>Die Stichprobenzahl hat einen Einfluss auf die Korrelation von Skalen. Geringe Korrelationen aufgrund grosser Stichproben können bereits signifikant werden</p>
<p>Güntert et al., 1993</p> <p>Quantitatives Design</p> <p>Schriftliche Umfrage mit offenen und geschlossenen Fragen</p>	<p>Besteht oder zeichnet sich in den nächsten Jahren ein Hebammenmangel in der Schweiz ab?</p> <p>Wie ist die Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit der Hebammen?</p>	<p>N=197 Hebammen von geburtshilflichen Abteilungen, N=228 Spitalhebammen, N=273 Freipraktizierende und N=6 Hebammenschulen</p>	<p>Fragebogen in Deutsch und Französisch angepasst an die Teilnehmenden</p> <p>Rücklaufquoten: 31% Abteilungen 28% Spitalhebammen 50% Freipraktizierende 65% Schulen</p>	<p>Wichtigste Items, um die Arbeitszufriedenheit zu ermitteln, sind: Arbeitszeit, Tätigkeiten/Aufgaben der Hebammen, Zeit für die Betreuung, Einsatz eigener Fähigkeiten, Verantwortung, Zeitdruck und Arbeitsklima auf der Station sowie im Gesamtbetrieb</p> <p>Über offene Fragen konnte Unzufriedenheit aufgedeckt werden</p> <p>Wesentliche Unterschiede zwischen den Arbeitsfelder sind erkennbar: Arbeitsbelastung höher bei den Freipraktizierenden, dafür ist die Zufriedenheit besser als bei Spitalhebammen; Spitalhebammen sind zufriedener mit dem Lohn als Freipraktizierende (im Vergleich zum Arbeitsaufwand), wobei diese Arbeitsbedingung allgemein als schlecht bewertet wird</p>
<p>Kabakis et al., 2012</p> <p>Quantitatives, wissenschaftliches Projekt</p> <p>Schriftliche Umfrage mit offenen und geschlossenen Fragen</p>	<p>Kernaspekte der Zufriedenheit von angestellten Hebammen darstellen (IST-Zustand) und Verbesserungsvorschläge (SOLL-Zustand) gestalten</p>	<p>N=38 Hebammen aus drei unterschiedlich grossen Spitälern</p>	<p>N=26 Hebammen haben an der Befragung teilgenommen (Rücklaufquote: 68.4%)</p>	<p>Wichtige Zufriedenheitsfaktoren sind: Beziehung im Hebammenteam, Anerkennung der Leistung durch Frauen/Familien, Verantwortung und vertrautes Betriebsklima</p> <p>Arbeitsbedingungen welche Unzufriedenheit hervorrufen sind: Pausenregelung, Schichtübergaben, Überstunden, Personalkürzungen, Arbeitsüberlastung, Intransparenz der Klinikleitung, Lohn und interdisziplinäre Zusammenarbeit</p> <p>Über offene Fragen konnte Unzufriedenheit aufgedeckt werden</p>

<p>Lake, 2002</p> <p>Quantitatives Design</p> <p>Validitätsstudie</p>	<p>Entwicklung einer Arbeitsumfeld-Skala vom Nursing Work Index</p> <p>Entstehen soll eine psychometrische Skala mit empirischen Unterskalen und Referenzwerten für original Magnetospitäler</p>	<p>Zwei Samples:</p> <p>1) N=2336 Pflegepersonen aus 16 Magnet- und 8 Nicht-magnetospitäler</p> <p>2) N=80*500 Pflegepersonen aus Spitälern vom Bundesstaat Pennsylvania, Teilmenge von N=11'636 wurde verwendet</p>	<p>Die Umfrage enthielt 49 der 65 im Nursing Work Index enthaltenen Items, bewertet mit einem verkürzten Faktor.</p> <p>Rücklaufquoten: 1) 98% 2) 52%</p> <p>Randomisierte Zuteilung</p>	<p>31 von 38 Items wurden in 5 Subskalen erhalten, wobei jede Subskala einen Itemsatz von 3-10 Items enthielt. Die Varimax Lösung eignet sich für die Itemauswahl besser als die Promax Lösung</p> <p>Die Subskalen zeigen eine hohe Reliabilität ($\alpha > 0.80$) auf dem Individuellen- und dem Spitallevel (Ausnahme: Beziehung zwischen Ärzten, Ärztinnen und Pflegepersonen, $\alpha = 0.71$)</p> <p>Die Items der Subskala „Pflegetqualität“ weisen die schwächste Varianz auf</p> <p>Die Subskalen korrelieren mittelgradig, was eine genügende Unabhängigkeit für die meisten Subskalen indiziert</p> <p>Die Spezifität jeder Subskala war bescheiden (22-43%)</p>
<p>Midwifery Council of New Zealand, 2012</p> <p>Quantitatives Design</p> <p>Online Survey mit offenen und geschlossenen Fragen</p>	<p>Bericht der jährlichen Arbeitskräfteumfrage in Neuseeland, sowie die Darstellung der Fragen und deren Ergebnisse in Tabellen und Diagramme</p>	<p>N=2710 Hebammen</p>	<p>Der Fragebogen wurde erstmalig als Onlineumfrage durchgeführt</p> <p>Rücklaufquote: 99.5%</p>	<p>Fast ein Drittel der Hebammen arbeiten neben ihrer Tätigkeit als Hebamme in einem zweiten Beruf</p> <p>Hauptgründe für Teilzeitarbeit: Präferenz für die Arbeitssituation und elterliche Verantwortung</p> <p>Ein Drittel der Hebammen haben einen Masterabschluss oder ziehen es in Erwägung einen zu machen</p>
<p>Milisen et al., 2006</p> <p>Quantitatives Design</p> <p>Survey mit geschlossenen</p>	<p>Wahrnehmung belgischer Pflegepersonen bezüglich Arbeitsumfeld, Qualität der Pflege, Arbeitszufriedenheit und professioneller</p>	<p>22 Spitäler mit N=13'958 Pflegepersonen</p>	<p>Datensammlung vom 2.9 – 20.9.2012</p> <p>N=9941 haben den Fragebogen ausgefüllt, N=9638 waren valide und</p>	<p>Nur knapp die Hälfte aller Pflegepersonen wollen bis zur Pension im Beruf bleiben</p> <p>Die Mehrheit der Pflegepersonen hat einen Bachelorabschluss und fühlen sich autonom</p> <p>90% empfinden die Qualität ihrer Pflege als gut bis exzellent, wobei sich die Pflegepersonen besser einschätzen als ihre Mitarbeitenden</p>

Fragen	Entscheidungsfindung		wurden eingeschlossen	Andere Berufsgruppen erkennen die Wichtigkeit des Pflegeberufes nicht 70% empfinden ihre Arbeitssituation als stressig
Sermeus et al., 2011 Quantitatives Design Multilevel Querschnittsstudie	Erweiterung/ Verfeinerung von typischen Prognosemodellen, welche den Einfluss vom Arbeitsumfeld und Qualifikationen auf den Verbleib im Beruf, Burnout und Patienten-, Patientinnen-Outcome beschreiben	Allgemeinkrankenhäuser aus 12 europäischen Ländern neun randomisiert und drei nicht randomisiert ausgewählt	1. Fragebogen Spitalmanagement 2. Fragebogen Pflegepersonen 3. Routinemässig gesammelte Patientendaten 4. Fragebogen Patienten, Patientinnen	Spezifische Aspekte wie Lohn und Flexibilität werden für den Fragekatalog zum Kapitel Arbeitszufriedenheit als wichtig empfunden, ergänzt wird dies mit einer Gesamtfrage zur Zufriedenheit Fragen zum Organisationsprofil und Management sowie demographische Angaben Erfassung von Burnoutindikatoren, Pflegeintensität sowie Pflegequalität Patientendaten wurden erhoben zur Überprüfung und Evaluation der Qualität der geleisteten Arbeit von Pflegepersonen
Spegel et al., 2011 Quantitatives Design Schriftliche Mitarbeiterbefragung mit geschlossenen Fragen	Vorstellung eines kompakten Mitarbeiterbefragungssystems, sowie die Darstellung von Ergebnissen, die unter Einsatz dieses Instruments gewonnen wurden	Sechs Unternehmen mit N=3720 Mitarbeitenden. Drei der sechs Betriebe wurden in die Sekundäranalyse einbezogen	Befragungszeitraum: 4-6 Wochen Die Mitarbeitenden wurden regelmässig für das Ausfüllen des Bogens erinnert	Frauen leiden signifikant häufiger an Nacken- und Kopfschmerzen als Männer Frauen (42%) sind zufriedener mit den Arbeitsbedingungen als Männer (29%) Es bestehen Korrelationen zwischen Psychosozialen/Psychomentalen Belastungen und körperlichen Beschwerden Arbeitsbedingungen sind teilweise signifikant assoziiert mit Arbeitszufriedenheit

Tab. 2: Beschreibung der Stärken und Schwächen der ausgewählten Literatur

Autor/-Innen, Jahr	Einschätzungen: Stärken	Einschätzung: Schwächen	Evidenz- stärke
Carlisle et al., 1994	<ul style="list-style-type: none"> • Ausführlicher Hintergrund zum Studienthema • Erhebungsinstrument (WES) wurde auf Reliabilität und Validität geprüft • Statistische Aussagen zu potentiellen Quellen von Stress im Arbeitsumfeld von Hebammen und Pflegepersonen werden gezeigt 	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung neuer Arbeitsmodelle während der Studiendurchführung kann die Ergebnisse verfälschen • Ungleichgewicht zwischen den Stichproben • Keine Ein- und Ausschlusskriterien formuliert • Einfache Methodik und Datenauswertung • Nicht bekannt, ob durch Ethikkommission genehmigt 	Mittlere Qualität
Engeli et al., 2005	<ul style="list-style-type: none"> • Studienergebnisse stimmen (trotz schwacher Methodik) mit den Forschungsergebnissen der analysierten Studien überein • Langzeitschätzung • Studienteilnehmende sind ausschliesslich Hebammen 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine effektiven Zahlen zum Bedarf von ausgebildeten Hebammen (Zahlen basieren auf Hochrechnung einer teilweise qualitativ befragten Stichprobe) • Studie bezieht sich ausschliesslich auf praktizierende Hebammen, der Bedarf an wissenschaftlich ausgebildeten Hebammen ist nicht einbezogen • Fragebogen nicht getestet oder evaluiert • Kleine Stichprobe und keine differenzierte Beschreibung der Auswahl, schlechte Rücklaufquote 	Schwache Qualität
Fischbeck & Laubach, 2005	<ul style="list-style-type: none"> • Starkes Forschungsdesign und Methodik • Die konstruierten Skalen der Fragebogen für Ärzte, Ärztinnen und Pflegepersonen weisen eine gut bis sehr gute interne Konsistenz auf ($\alpha=0.80-0.90$) • Unvollständige Ergebnisdaten werden genau erklärt 	<ul style="list-style-type: none"> • Geringe Rücklaufquote • Ein- und Ausschlusskriterien nicht beschrieben • Skalenzuverlässigkeit eingeschränkt durch Häufigkeits- und Intensitätsratings • Nicht bekannt, ob durch Ethikkommission genehmigt 	Mittlere bis Starke Qualität
Güntert et al., 1993	<ul style="list-style-type: none"> • Erweiterung des Fragebogens durch wenige offene Fragen während der Konstruktion • Unterschiede innerhalb der Berufsfeldern aufgezeigt, wenn auch auf aktive Hebammen beschränkt • Studienresultate stimmen mit den Forschungsergebnissen der analysierten Studien überein • Studienteilnehmende sind ausschliesslich Hebammen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwache Methodik, inkl. Auswahl der Studienteilnehmenden und Rücklauf • Eventueller Einfluss durch Unterstützende des Projekts • Nicht bekannt, ob durch Ethikkommission genehmigt • Diskussion der Resultate mit weiteren Studien bei nicht gleicher Fragestellung 	Schwache bis Mittlere Qualität

Kabakis et al., 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Studienergebnisse stimmen mit den Forschungsergebnissen der analysierten Studien überein • Studienteilnehmende sind ausschliesslich Hebammen • Basis für weitere Forschung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine Stichprobe • Keine Langzeiteinschätzung • Selbstentwickelter Fragebogen ohne Einschätzung und Evaluation dessen Qualität • Nicht bekannt, ob durch Ethikkommission genehmigt 	Schwache Qualität
Lake, 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Starke Methodik • Item und Skalenentwicklung erfolgte in fünf Phasen • Validität und Reliabilität getestet • Aussagen zur Spezifität • Randomisierte Auswahl der Spitäler • Hohe Glaubwürdigkeit der Ergebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht bekannt, ob durch Ethikkommission genehmigt 	Starke Qualität
Midwifery Council of New Zealand, 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Überdurchschnittliche Rücklaufquote • Grosse Stichprobe • Studienteilnehmende sind ausschliesslich Hebammen 	<ul style="list-style-type: none"> • Forschungsdesign und Methodik nicht beschrieben • Entwicklung und Evaluation des Fragebogens nicht aufgeführt 	Schwache Qualität
Milisen et al., 2006	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Übernahme eines bereits bestehenden Instruments • grosse Stichprobe • Ein- und Ausschlusskriterien genannt • Homogenität in der Datensammlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualität des Fragebogens nicht aufgeführt • Reliabilität der Ergebnisse nicht beschrieben • statistische Zahlen nicht gezeigt • Gefahr der reflektierten Subjektivität • Nicht bekannt, ob durch Ethikkommission genehmigt 	Mittlere bis Starke Qualität
Sermeus et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Starkes Forschungsdesign und Methodik • Hohe Repräsentativität durch die angewandten Testverfahren • Ein- und Ausschlusskriterien genannt • durch Ethikkommission geprüft und genehmigt 	<ul style="list-style-type: none"> • Ländervergleich mit unterschiedlichen Strukturen im Gesundheitssystem. Generalisierung der Stichprobe erschwert 	Starke Qualität
Spegel et al., 2011	<ul style="list-style-type: none"> • überzeugendes Forschungsdesign und Methodik • Validität und Reliabilität aufgeführt 	<ul style="list-style-type: none"> • Relevanz der inhaltlichen Bereiche nicht erforscht • Begrenzte Teilnehmerrate, Gefahr des Selektionsbias • Nicht bekannt, ob durch Ethikkommission genehmigt 	Mittlere Qualität

4.3 Ausgeschlossene Literatur

Studien, welche zunächst bedeutsam erschienen, aber anschliessend aus bestimmten Gründen nicht in die Analyse einbezogen wurden, werden in Tabelle 3 knapp dargestellt.

Zwei Studien beschreiben oder verwenden das gleiche Erhebungsinstrument (NWI) wie jenes, welches bereits in die Analyse eingeschlossen wurde (Aiken et al., 2011; Aiken & Patrician, 2000).

Drei weitere Studien zeigen die gleiche Datenlage wie in der bereits verwendeten Literatur (Coetzee, Klopper, Ellis & Aiken, 2013; Liu et al., 2012; Van Bogaert, Kowalski, Mace Weeks, Van Heusden & Clarke, 2013).

Vier Studien sind zu spezifisch, da sie ihren Hauptfokus entweder ausschliesslich auf die Migration oder auf die Motivation zum Verbleib im Beruf richten (Humphries, Brugha & McGee, 2012; Sullivan, Lock & Homer, 2011) oder sie befassen sich mit dem Entwicklungsstand der Hebammenforschung in vier Europäischen Ländern, bzw. den Absichten, warum Hebammen ihren Beruf verlassen wollen (Luyben, Wijnen, Oblasser, Perrenoud & Gross, 2013; Pugh, Twigg, Martin & Rai, 2013).

Tab. 3: Ausgeschlossene Literatur nach Volltextsuche

Autor	Titel	Methode	Grund für Ausschluss
Aiken et al., 2011	Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries	Querschnittstudie	Die Studie verwendet das gleiche Instrument, wie das in der analysierten Studie von Lake (2002)
Aiken & Patrician, 2000	Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index	Quantitative Befragung	Die Studie beschreibt und verwendet dasselbe Instrument, wie das in der analysierten Studie von Lake (2002)
Coetzee et al., 2013	A tale of two systems – Nurses practice environment, wellbeing, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey	Survey	Die Studie zeigt die gleiche Datenlage in Afrika, mit ähnlicher Fragestellung wie die analysierte Studie von Milisen et al. (2005)
Humphries et al., 2012	Nurse migration and health workforce planning: Ireland as illustrative of international challenges	Survey	Der Hauptfokus der Studie liegt auf der Migration und Schwierigkeiten mit dem Thema „ausländische Arbeitskraft“
Liu et al., 2012	The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey	Querschnittstudie	Die Studie zeigt die gleiche Datenlage in Asien, mit ähnlicher Fragestellung wie die analysierte Studie von Milisen et al. (2005)
Luyben et al., 2013	The current state of midwifery and development of midwifery research in four European countries	Survey	Die Studie bezieht sich hauptsächlich auf den Entwicklungsstand der Hebammenforschung in vier europäischen Ländern
Pugh et al., 2013	Western Australia facing critical losses in its midwifery workforce: A survey of midwives' intentions	Survey	Die Studie befasst sich mit den Absichten, warum Hebammen ihren Beruf verlassen wollen
Sullivan et al., 2011	Factors that contribute to midwives staying in midwifery: A study in one area health service in New South Wales, Australia	Quantitativ, nicht experimentell	Die Studie bezieht sich auf die Motivation, im Beruf zu verbleiben
Van Bogaert et al., 2013	The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey	Querschnittsurvey	Die Studie zeigt die gleiche Datenlage, wie die analysierte Studie von Milisen et al. (2005)

4.4 Komponenten der Arbeitssituation von Hebammen

4.4.1 Kategorien für die Befragung

Demographie

Alter: Engeli et al. (2005) erhoben, dass Spitalhebammen im Durchschnitt zwischen 41 und 45 Jahre alt sind, 45% sind zwischen 25 und 35 Jahre alt. Freipraktizierende Hebammen sind durchschnittlich älter. In Neuseeland liegt der Gesamaltersdurchschnitt bei 46.8 Jahren (Midwifery Council of New Zealand, 2012). Bei den untersuchten Pflegepersonen von Milisen et al. (2006) liegt das Durchschnittsalter bei 36.9 Jahren.

Geschlecht: Das Midwifery Council of New Zealand (2012) zeigt, dass Hebammen fast ausschliesslich weiblich sind. Bei den Pflegepersonen sind Frauen mit 83.9% deutlich stärker vertreten als Männer (Milisen et al., 2006).

Zivilstand: Güntert et al. (1993) stellte fest, dass 42% der Hebammen verheiratet sind, 53% ledig, 3% geschieden und 1% verwitwet oder getrennt. Engeli et al. (2005) erhoben, dass 50% verheiratet sind, die anderen 50% sind ledig oder geschieden.

Partnerschaft und Kinder: Fischbeck & Laubach (2005) fragen neben dem Zivilstand nach der Partnerschaft und nach Kindern. 71% der Pflegepersonen leben in einer Partnerschaft. 46% der Pflegepersonen haben Kinder.

Arbeitsort und Arbeitsweg: 42% der Pflegepersonen wohnen in derselben Stadt in der sie arbeiten, 30% wohnen bis 20 km von ihrem Arbeitsort entfernt. Der tägliche Weg zur Arbeit beträgt für 51% ca.10 km, für 21% bis 20 km (Fischbeck & Laubach, 2005).

Ethnizität: Der Anteil Ausländerinnen ist steigend (Güntert et al., 1993). Engeli et al. (2005) ermittelten, dass 61-81% der Hebammen Schweizerinnen sind, 5-15% sind aus Deutschland. 76-86% haben ihre Ausbildung in der Schweiz absolviert.

Beschäftigungsgrad in Prozent: Der durchschnittliche Beschäftigungsgrad von Hebammen in der Schweiz beträgt laut Güntert et al. (1993) 73 Stellenprozent.

Verbleib im Beruf

Verweildauer und Arbeitserfahrung: Laut Engeli et al. (2005) bleiben die in der Schweiz arbeitenden Hebammen 13-15 Jahre im Beruf. Die durchschnittliche Verweildauer im Beruf beträgt nach Güntert et al. (1993) 12 Jahre. In Neuseeland bleiben die Hebammen durchschnittlich 14.7 Jahre im Beruf, 58% haben 15 Jahre oder weniger als Hebamme praktiziert (Midwifery Council of New Zealand, 2012). Auch Milisen et al.

(2006) kommen bei ihren Erhebungen auf eine durchschnittliche Arbeitserfahrung von 14.7 Jahre bei den Pflegepersonen.

Motivation im Beruf zu bleiben und Berufsstolz: 46% der Pflegepersonen wollen bis zur Pension im Beruf bleiben, 33% vielleicht, 17% nicht und 5% schauen sich bereits für eine andere Arbeit um und verlassen den Pflegeberuf sobald als möglich (Milisen et al., 2006). Laut Güntert et al. (1993) wollen 80% der Spitalhebammen in der Schweiz im Beruf bleiben, nur 45% glauben aber, dass sie in drei Jahren noch im selben Betrieb arbeiten. Die leitenden Hebammen beurteilen zu 70% die Motivation der angestellten Hebammen als gut bis sehr gut (Güntert et al., 1993).

Gründe für die Rückkehr zum Beruf nach einer Pause: Zwei Hauptgründe, warum Hebammen nach einer Pause zu ihrem Beruf zurückkehren, sind laut dem Midwifery Council of New Zealand (2012), veränderte Familienumstände oder die Rückkehr aus dem Ausland.

Berufswiederwahl und Weiterempfehlung: 93% der Befragten würden den Beruf Hebamme wieder wählen (Engeli et al., 2005). 89% der belgischen Pflegepersonen sind stolz auf ihren Beruf, bzw. diesen erlernt zu haben, 60% von ihnen würden den Beruf wieder erlernen. 55% der belgischen Pflegepersonen würden ihre Familienmitglieder oder Freunde abhalten, den Beruf zu erlernen (Milisen et al., 2006).

Zukunftsperspektive: Laut Engeli et al. (2005) würden 8% der freipraktizierenden Hebammen und 3% der Geburtshaushebammen ihren Beruf wechseln, aufgrund der Arbeitszeit/Arbeitsaufwand und zu geringer Entlohnung. Bei den Spitalhebammen würden 29% ihren Beruf wechseln, weil sie den Wunsch haben, freiberuflich zu arbeiten.

Qualifikation

Ausbildungsniveau: Milisen et al. (2006) haben erhoben, dass 68.6% einen Bachelorabschluss haben, 27.5% einen Hochschulabschluss, 5.9% sind Hebammen und 4% haben den Master in Pflege. Das Midwifery Council of New Zealand (2012) kam zum Ergebnis, dass 33% der Hebammen eine Qualifikation als Master erwägen, 30.9% erwarten eine nachträgliche Diplomierung auf Masterlevel.

Erst- oder Zweitausbildung: 38.4% der Hebammen erlernen den Hebammenberuf als Erstausbildung, 28% als Zweitausbildung und 7% sind aktuell noch in Ausbildung. Der Rest hat die Ausbildung im Ausland absolviert (Midwifery Council of New Zealand, 2012). Den Beruf der Hebamme wird häufig als Zweitausbildung erlernt (Güntert et al., 1993). Auch Engeli et al. (2005) haben den Ausbildungsstand erhoben und festgestellt, dass 48-64% der Schweizer Hebammen bereits in einem anderen Beruf gearbeitet

haben, davon 50-64% als Pflegepersonen, 29-45% haben die Matura gemacht, 23-39% eine Vorschule für Gesundheitsberufe, 7-17% die Diplommittelschule (heute Fachmittelschule), 13-27% hatten eine andere Vorbildung.

Weiterbildungsmöglichkeiten: Unzufriedenheit wird durch fehlende Weiterbildungs- sowie Aufstiegsmöglichkeiten ausgelöst (Kabakis et al., 2012). Lake (2002) fragt nach Weiterbildungsprogrammen.

Ausbildungsstandort/-land: 34% der Neuseeländischen Hebammen absolvierten ihre Erstausbildung im Ausland (Midwifery Council of New Zealand, 2012). 74-86% der Schweizer Hebammen haben ihre Ausbildung in der Schweiz absolviert (Zürich, St. Gallen, Bern oder Lausanne).

Berufsfelder: Laut Güntert et al. (1993) bieten freipraktizierende Hebammen viele Dienstleistungen an, 40% von ihnen bieten Hausgeburten an. Es bestehen grosse Unterschiede beim durchschnittlichen Aufwand in der Betreuung der Klientinnen und deren Familien, was auf eine Differenz in der Arbeitsbelastung und Tätigkeitsschwerpunkte hinweist.

Kompetenzen und sich kompetent fühlen: Engeli et al. (2005) haben erhoben, dass Hebammen in Zukunft einerseits weniger Kompetenzen aufgrund mehr medizinischer Geburten haben könnten, andererseits aber auch mehr Kompetenzen durch den Kostendruck im Gesundheitswesen sowie der Neigung zur natürlichen Geburt. Die Hebammen gaben laut Güntert et al. (1993) an, dass sie sich eine Kompetenzerweiterung wünschen bezüglich selbständig Ultraschall ausführen, Dammverletzungen selbst nähen und Medikamente verschreiben. 33% der Hebammen sind mit ihrem Kompetenzbereich nicht zufrieden. Auch Lake (2002) integriert eine Subskala zu den Kompetenzen in ihrem Instrument. Dabei geht es um die Basis für die Pflegequalität. Die Subskala enthält Fragen zur Benutzung von Pflegediagnosen, einem aktiven Qualitätssicherungsprogramm, einem Lehrprogramm für neu registrierte Pflegepersonen, ob die Pflege auf Pflegemodellen oder medizinischen Modellen basiert, Kontinuierliche Pflege, Pflegephilosophie, aktuelle schriftliche Pflegeplanungen, Weiterbildungsprogramme und der Zusammenarbeit mit klinisch kompetenten Teammitgliedern. Laut Milisen et al. (2006) fühlen sich 70% der Pflegepersonen kompetent, 15% sehr kompetent und 1% stellen ihre Kompetenz in Frage.

Autonomie: Laut Milisen et al. (2006) können 89% der Pflegepersonen die meiste Zeit autonom arbeiten. Pflegepersonen äussern, mehr Autonomie zu erleben als

Hebammen (Carlisle et al., 1994). Ein wichtiger Zufriedenheitsfaktor ist die Übernahme von Verantwortung (Kabakis et al., 2012).

Teamarbeit

Rolle im Team, Anerkennung und Gleichwertigkeit: Das Hebammenteam wird von den Hebammen als sehr wichtig eingestuft (Engeli et al., 2005). 92% der Pflegepersonen empfinden sich selbst als ein gleichwertiges Mitglied im Team (Milisen et al., 2006). Lake (2002) erfragt die Zusammenarbeit mit klinisch kompetenten Teammitgliedern.

Arbeitsklima: Das Arbeitsklima wird von den befragten Hebammen durch Engeli et al. (2005) als gut bis sehr gut bezeichnet, wobei Güntert et al. (1993) herausfanden, dass das Arbeitsklima im Gesamtbetrieb schlechter beurteilt wird als das der eigenen Abteilung. 59% der Pflegepersonen empfinden einen Zeitmangel für den Austausch mit Teamkollegen, Teamkolleginnen (Milisen et al., 2006). Die Beziehung zum Team, sowie ein vertrautes Betriebsklima sind laut Kabakis et al. (2012) wichtige Zufriedenheitsfaktoren.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten, Ärztinnen

Allgemeine Zusammenarbeit: Zu den Arbeitsbedingungen, welche Unzufriedenheit auslösen, gehört nach Kabakis et al. (2012) die disharmonische Zusammenarbeit mit den Ärzten, Ärztinnen. Auch bei der Umfrage von Engeli et al. (2005) nannten die Hebammen die Zusammenarbeit mit den Ärzten, Ärztinnen als nicht zufriedenstellend. Sie äusserten den Wunsch, Geburten ohne die Anwesenheit der Ärzteschaft leiten zu können. 43% der Pflegepersonen beklagen sich über eine mangelnde interdisziplinäre Teamarbeit zwischen Pflegepersonen und Ärzten, Ärztinnen (Milisen et al., 2006). Lake (2002) integriert eine Subskala im Instrument zu den Arbeitsbedingungen zwischen Pflegepersonen und Ärzten, Ärztinnen. Sie enthält Fragen zur der Häufigkeit der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, zu der Beziehung zwischen ihnen und deren gemeinsamen Tätigkeiten.

Betreuung der Patienten, Patientinnen durch Ärzte, Ärztinnen und Verfügbarkeit: Fischbeck & Laubach (2005) integrieren eine Subskala zur Zusammenarbeit der Berufsgruppen. Die Subskala beinhaltet eine Frage nach der Art, wie die behandelnden Ärzte, Ärztinnen mit den Klienten, Klientinnen umgehen. Eine weitere Frage beschäftigt sich damit, ob behandelnde Ärzte, Ärztinnen in Situationen, in denen sie gebraucht werden, verfügbar sind.

Wertschätzung untereinander: Eine signifikante Anzahl der von Milisen et al. (2005) befragten Pflegepersonen glauben, dass 25% der Ärzteschaft und 20% der verwandten Berufsgruppen die Wichtigkeit der Pflegearbeit nicht erkennen. Fischbeck

& Laubach (2005) enthalten in der Subskala zur Zusammenarbeit der Berufsgruppen die Frage, ob Ärzte, Ärztinnen die Arbeit der Mitarbeitenden in den Gesundheitsberufen schätzen.

Kommunikation: Durch die Antworten auf die offen gestellte Frage zu belastenden Aspekten der Arbeitssituation, kamen Güntert et al. (1993) zum Schluss, dass die Hebammen die Kommunikation mit den Gynäkologen, Gynäkologinnen als nicht zufriedenstellend empfinden.

Arbeits- und Pflegeumfeld

Staffing und Rekrutierung: Lake (2002) enthält in ihrem Fragebogen eine Subskala, die Staffing und Ressourcenangemessenheit erhebt. Items zu genügendem Personal um die Arbeit zu erledigen, genügend registrierten Pflegepersonen um eine gute Qualität zu gewährleisten, adäquate Serviceübertragung um genügend Zeit für Patienten, Patientinnen zu haben sowie über die genügende Zeit um Pflegeprobleme mit Teamkollegen, Teamkolleginnen zu diskutieren, sind darin enthalten. Die Subskala zeigt eine hohe Reliabilität im Individual-, sowie dem Spitallevel auf. Sermeus et al. (2011) befragten die Pflegepersonen nach der Personalzahl.

Organisationsprofil: Sermeus et al. (2011) ermittelten das Organisationsprofil unter Einbezug der Spitalgrösse, der Bettenanzahl, der Technologie und der Ausgaben. Sie ermittelten auch die Personalausstattung, was die Berufsgruppen und deren Ausbildungsstand betrifft. Das Management befragten sie nach der Stellenvergabe.

Unterbrechungen während der Arbeit: Fischbeck & Laubach (2005) integrieren in ihrer Subskala Arbeitsbedingungen auf der Station/im Funktionsbereich die Frage nach der Häufigkeit der Unterbrechungen während der Arbeit durch das Telefon, die Klingel oder Anfragen.

Arbeitszeiten: Engeli et al. (2005) konnten herausfinden, dass die Spitalhebammen mit ihren Arbeitszeiten am zufriedensten sind. 41% der befragten Hebammen berichten, dass sie 32 Stunden pro Woche oder weniger arbeiten (Midwifery Council of New Zealand, 2012). Güntert et al. (1993) erfassten Unzufriedenheit mit den Arbeitszeiten.

Zeitdruck und Stress während der Arbeit: Güntert et al. (1993) kamen zum Ergebnis, dass der zunehmende Zeitdruck verstärkte Arbeitsbelastung auslöst, ein Viertel der Hebammen fühlen sich unter Zeitdruck. Gemäss Milisen et al. (2006) empfinden sogar 59% der Pflegepersonen einen Zeitmangel für die Pflege ihrer Patienten, Patientinnen, 69% empfinden ihre Arbeitssituation als stressig. 57% können wegen diesem Zeitdruck kein gutes Pflegeverhältnis zu ihren Patienten, Patientinnen aufbauen (Milisen et al.,

2006). Spegel et al. (2011) kamen zum Ergebnis, dass Müdigkeit, nervliche Belastung und Zeitdruck die stärksten Prädiktoren für psychomenteale Beanspruchung sind.

Arbeitsmenge: Carlisle et al. (1994) haben erhoben, dass Hebammen im Vergleich zu den Pflegepersonen einem höheren Arbeitsdruck ausgesetzt sind. Die Arbeitsmenge ist signifikant assoziiert mit Arbeitsunzufriedenheit (Spegel et al., 2011). Laut dem Midwifery Council of New Zealand (2012) betreut eine Neuseeländische Hebamme durchschnittlich 42 Frauen pro Jahr, dies leiten sie als durchschnittliche Arbeitsbelastung ab. 18% betreuen 61 oder mehr Frauen pro Jahr. Güntert et al. (1993) gehen in der Schweiz von einem Schlüssel von 61-90 Geburten pro Hebamme aus. Die Pflegeintensität eruierten Sermeus et al. (2011) von der Kombination der Anzahl Arbeitenden auf der Station mit der Abhängigkeit der Patienten, Patientinnen.

Arbeitsmaterial: Das Arbeitsmaterial ist signifikant assoziiert mit der Arbeitsunzufriedenheit (Spegel et al. 2011). Fischbeck & Laubach (2005) integrieren in ihrer Subskala zu den Arbeitsbedingungen auf der Station/im Funktionsbereich die Frage, ob fehlende Mittel (Material, Räumlichkeiten, Einrichtungen) die Arbeit der Pflegepersonen behindert.

Gründe für Teilzeitarbeit: Die Hauptgründe, warum Neuseeländische Hebammen Teilzeit arbeiten sind, weil es für 20% der Hebammen die Präferenz der Arbeitssituation ist, gefolgt von 15% der Hebammen, welche aufgrund der elterlichen Verantwortung nicht Vollzeit arbeiten wollen oder können (Midwifery Council of New Zealand, 2012).

Lohnzufriedenheit: Freipraktizierende Hebammen haben gemäss Engeli et al. (2005) die schlechteste Lohnzufriedenheit, gefolgt von den Geburtshaushebammen und zuletzt den Spitalhebammen, welche die deutlich höchsten Löhne haben. Nach Güntert et al. (1993) sind 25% der Hebammen mit ihrem Lohn gar nicht zufrieden. Kabakis et al. (2012) stellten fest, dass eine niedrige Entlohnung zu Unzufriedenheit führt. Sermeus et al. (2011) nehmen den spezifischen Aspekt Lohn in den Fragenkatalog zur Arbeitszufriedenheit auf.

Generelle Arbeitszufriedenheit: Sermeus et al. (2011) erfragten die Arbeitszufriedenheit mittels einer Frage zur Gesamtzufriedenheit. Diese ergänzten sie mit weiteren Fragen zu spezifischen Aspekten wie Flexibilität oder Entlohnung, welche in dieser Arbeit in den entsprechenden Kategorien eingeordnet sind. Die generelle Arbeitszufriedenheit von Spitalhebammen liegt bei 75-80%, sie sind weniger zufrieden als die Freipraktizierenden (Güntert et al., 1993). Freipraktizierende Hebammen weisen grundsätzlich eine höhere Zufriedenheit auf (Engeli et al., 2005). Kabakis et al. (2012)

haben erhoben, dass ein wichtiger Zufriedenheitsfaktor die Anerkennung der Leistung durch die betreuten Klientinnen und deren Familien ist.

Wichtige Aspekte der Arbeitssituation: Als positive Aspekte ihrer Arbeit nannten die von Engeli et al. (2005) befragten Hebammen den Kontakt zu ihren Klientinnen und deren Familien, die Selbständigkeit bei der Arbeit, die Verantwortung, die Vielseitigkeit der Arbeit und die Flexibilität. Als negative Aspekte werden von den Hebammen die Kaiserschnitttrate, Putzarbeiten, der grosse administrative Aufwand, die unregelmässigen Arbeitszeiten, und die Abrufbereitschaft genannt. Besonders die Geburtshaushebammen nannten in der Befragung von Engeli et al. (2005) dass der politische Druck in einem Ungleichgewicht zum Aufwand in Bezug zum Ertrag stehe.

Verbesserungsmöglichkeiten der Arbeitssituation: In der Studie von Güntert et al. (1993) wird eine offene Frage zu den Verbesserungsmöglichkeiten der Arbeitssituation von Hebammen in der Schweiz integriert. Die Hebammen antworteten, dass sich die Arbeitsbedingungen allgemein verändern sollten, spezifisch die interdisziplinäre Zusammenarbeit und der Lohn.

Körperliche Beschwerden

Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen, Magen-/Darmbeschwerden: Laut Spiegel et al. (2011) leiden Frauen signifikant häufiger an Rücken und Nackenschmerzen. Magen-/Darmbeschwerden wurden vergleichsweise selten genannt. Unter den körperlichen Beschwerden konnten keine Korrelationen festgestellt werden.

Psychosoziale Belastungen

Nicht ernstgenommen werden, schikanieren, auslachen, beschimpfen, stören, übergehen: Die stärksten Prädiktoren psychosozialer Belastungen sind schikaniert und ausgelacht werden. Es besteht eine Assoziation zwischen ausgelacht werden und dem Leiden an Kopfschmerzen. Durch das schikaniert werden besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit an Magen-/Darmbeschwerden zu leiden (Spiegel et al., 2011).

Psychomentale Beanspruchungen

Frustration, Unkonzentriertheit, Langeweile, Müdigkeit, Erschöpfung, nervliche Belastung: Bei den psychomentalen Beanspruchungen sind die stärksten Prädiktoren Müdigkeit, nervliche Belastung und unter Zeitdruck arbeiten. Erschöpfung und Müdigkeit erhöhen die Wahrscheinlichkeit während der Arbeit an Rückenschmerzen zu leiden (Spiegel et al., 2011).

Burnout: Sermeus et al. (2011) erfassen das Burnout mittels der Maslach-Burnout-Skala. Die Skala enthält die Dimension der emotionalen Erschöpfung, der Depersonalisation und der persönlichen Leistung.

Vorgesetzte

Unterstützung durch die Stationsleitung: Carlisle et al. (1994) fassten zusammen, dass Pflegepersonen mehr Unterstützung durch ihre Stationsleitung erhalten als Hebammen. 49% der Pflegepersonen fühlen sich vom Management oder der Pflegedienstleistung nicht unterstützt (Milisen et al., 2006). Lake (2002) erfragt in einer Subskala ob sich die Pflegeperson von ihren Vorgesetzten unterstützt fühlt und ob die Pflegedienstleitung bei der Entscheidungsfindung hinter ihnen steht, auch wenn es sich um Konflikte mit Ärzten, Ärztinnen handelt. Eine weitere Frage erfragt, ob die Pflegedienstleitung gut managt und leitet.

Kommunikation: 49% der Pflegepersonen empfinden eine inadäquate bis nicht existierende Kommunikation zum Management oder zur Pflegedienstleitung (Milisen et al., 2006).

Transparenz: Carlisle et al. (1994) haben erhoben, dass Pflegepersonen eine bessere Transparenz ihnen gegenüber empfinden als Hebammen. Kabakis et al. (2012) erfassten, dass eine nicht transparente Klinikleitung zu den Arbeitsbedingungen gehört, die Unzufriedenheit auslöst. Spiegel et al. (2011) konnten eine signifikante Korrelation zwischen Defiziten im Vorgesetztenverhalten und Unzufriedenheit mit Arbeitsbedingungen feststellen.

Wertschätzung und Fehlermanagement: Lake (2002) fragt danach, ob die Stationsleitung Fehler als Lernprozess nutzt anstelle von Kritik, und ob die Leitung gute Arbeit registriert oder lobt.

Arbeitsplanung und Arbeitsablauf: Der Arbeitsablauf ist signifikant assoziiert mit Arbeitsunzufriedenheit (Spiegel et al., 2011).

Mitspracherecht: Laut Carlisle et al. (1994) haben Hebammen ein signifikant geringeres Mitspracherecht als Pflegepersonen. Fischbeck & Laubach (2005) fragen in ihrer Subskala Vorgesetzte und Hierarchie nach der Möglichkeit der Mitentscheidung auf der Station/im Funktionsbereich.

Pflegequalität

Einschätzung der eignen Pflegequalität: Laut Milisen et al. (2006) empfinden 91% der Pflegepersonen ihre Pflegequalität als gut bis exzellent. 42% der Befragten haben Zweifel, ihr Pflegelevel aufrechterhalten zu können.

Einschätzung der Pflegequalität auf der Station: 75% der leitenden Hebammen beurteilten die Qualität der angestellten Hebammen als gut bis sehr gut (Güntert et al., 1993). Sermeus et al. (2011) erfragt die Qualität der Pflege auf der Station in der letzten gearbeiteten Schicht.

Qualitätsmanagement: 84% der von Kabakis et al. (2012) befragten Hebammen glauben, dass die Einführung von einem Qualitätsmanagement zu einer höheren Versorgungsqualität führen kann. Nur 52% sind jedoch daran interessiert, bei einem Neuaufbau eines Qualitätsmanagements selbst mitzuwirken. Für 89% trifft dies auch auf der Station im Allgemeinen zu (Milisen et al., 2006). Sermeus et al. (2011) erfragt die Veränderung der Qualität im vergangenen Jahr. Lake (2002) fragt nach einem aktiven Qualitätssicherungsprogramm und ob es ein Einführungsprogramm für neue Angestellte gibt. Sie erfragt auch, ob die Pflege auf Pflegemodellen oder medizinischen Modellen basiert.

Zugang zu Informationen, Leitlinien und Pflegephilosophie: 85.4% der befragten Pflegepersonen gaben an, einen ausreichenden Zugang zu Informationen zu haben, den sie benötigen, um eine qualitativ gute Pflege zu leisten (Milisen et al., 2006). Lake (2002) fragt nach der Pflegephilosophie und nach aktuellen schriftlichen Pflegeplanungen.

Kontinuierliche Betreuung: 32% der Pflegepersonen gaben an, sie können selten bis nie einen Patienten, eine Patientin kontinuierlich betreuen (Milisen et al., 2006). Lake (2002) fragt nach der kontinuierlichen Pflege.

4.4.2 Umgebungsfaktoren in der Befragung von Hebammen

Bis eine Befragung durchgeführt werden kann, müssen laut Porst (1998) theoretische Vorarbeiten unternommen werden. Erst danach kann die Datenerhebung geplant und durchgeführt werden. In diesem Kapitel werden Angaben, welche die ausgewählten Studien über diesen Verlauf der Entwicklung gemacht haben, anhand der Phasen der Projektdurchführung aufgelistet.

Planung der Datenerhebung

Operationalisierung der Forschungsfragen: Kabakis et al. (2012) und Güntert et al. (1993) konnten Ursachen für Unzufriedenheit mittels offenen Fragen gut aufzeigen. Fischbeck & Laubach (2005) führten die Skalenentwicklung mittels Dimensionsanalyse durch. Die Skalenhomogenität wurde von Fischbeck & Laubach (2005) getestet, um zu sehen, ob Aussagen über Individuen gemacht werden können. Lake (2002) und Sermeus et al. (2011) berechnen die Konsistenz einer Skala mittels

Cronbach's-Alpha-Koeffizient, welcher über 0.80 sein soll. Subskalen wurden mittels Faktorenanalyse identifiziert und mit einer Kovarianzmatrix gebildet (Lake, 2002; Sermeus et al., 2011). Die Anzahl der Subskalen wurde mittels Barlett's Chi-square, minimalem Durchschnitt und Parallelanalyse evaluiert (Lake, 2002). Korrelationen unter 0.60 zeigen eine genügende Unabhängigkeit zwischen den Subskalen. Carlisle et al. (1994) benützen ein ein- bis mehrstufiges Antwortformat, Sermeus et al. (2011) eine Likert-Skala, Spiegel et al. (2011) ein einstufiges Antwortformat.

Population, Stichprobe für Pretest: Die Stichprobenzahl hat einen Einfluss auf die Korrelation von verschiedenen Skalen. So können geringe Korrelationen aufgrund von grossen Stichproben bereits signifikant werden (Fischbeck & Laubach, 2005).

Hauptgütekriterien: Um die Validität und Reliabilität zu testen, wurde der Mittelwert pro Subskala und Antwort berechnet (Lake, 2002; Sermeus et al., 2011). Es muss genügend Raten und Übereinstimmungen geben um eine Reliabilität zu versichern. Validität wurde evaluiert, indem die Mittelwerte der Magnet- und Nichtmagnetspitäler verglichen wurden (Lake, 2002). Fischbeck & Laubach (2005) stellten fest, dass mittels geeigneter Itemauswahl reliable Skalen entstehen können. Alpha ist dabei in hohem Mass von der Itemanzahl abhängig. Im Zweifelsfall wird bei der Auswahl der Items für die Skalen die inhaltliche Plausibilität der mathematischen Exaktheit Vorrang gegeben. Die Signifikanz wird mit einem Alpha-Wert berechnet, meistens mit einem 5%-Level (Carlisle et al., 1994; Spiegel et al., 2011).

Nebengütekriterien: Bei der Entwicklung eines Instrumentes sind Ökonomie und Zuverlässigkeit wichtig (Fischbeck & Laubach, 2005). Carlisle et al. (1994) berechneten den Mittelwert und die Standardabweichung für den Vergleich von Berufsgruppen. Die Varianz wurde erhoben, um die Beziehung zwischen den Subskalen und den Items zu untersuchen (Carlisle et al., 1994; Fischbeck & Laubach, 2005)

Durchführung und Analyse der Umfrage

Zugang zur Stichprobe und Rücklaufquote:

Carlisle et al. (1994) befragten Studienteilnehmende aus sechs Spitälern, welche Interesse an der Studie zeigten. Sie selektionierten diese nicht randomisiert. Sieben Tage nach der Verteilung der Fragebogen gab es eine Erinnerung für die Pflegepersonen und die Hebammen zum Ausfüllen der Fragebogen. Nach 14 Tagen wurden sie dann eingesammelt. Die Rücklaufquote betrug 64%.

Engeli et al. (2005) haben eine Stichprobe von 309 Hebammen. Sie versandten die Fragebogen per Post. Eine Nachfassaktion wurde durchgeführt, indem sie allen Befragten ein Erinnerungsbrief mit einem weiteren Fragebogen zustellten. Die

Rücklaufquote der Freischaffenden betrug 43%, der Geburtshaushebammen 73% und der Spitalhebammen 54%, dies gab eine Gesamtrücklaufquote von 54%. Zusätzlich befragte die Projektgruppe 20 Expertinnen, die sie zufällig aus einer Liste von Expertinnen, die anlässlich einer Konferenz bestimmt wurde, gezogen haben. Diese wurden durch die Studiengruppen im Voraus über die Befragung informiert. Sie strebten durch die telefonische Befragung eine Rücklaufquote von 90% an. Effektiv war sie 85%.

Fischbeck & Laubach (2005) verteilten den Fragebogen via Dienstpost der Ärzteschaft (N=447) einer Uniklinik. Die Pflegepersonen (N=920) erhielten ihn von ihren direkten Vorgesetzten. Die Rückgabe erfolgte mittels Urne in den Räumen des Personalrates. Die Rückquoten betrug bei den Ärzten, Ärztinnen 42.5%, bei den Pflegepersonen 60%. Es erfolgte keine Erinnerung zum Ausfüllen des Bogens.

Güntert et al. (1993) erzielten bei den Hebammen der geburtshilflichen Abteilungen (N=197) einen Rücklauf von 31%, von den Spitalhebammen (N=2'288) 28%, von den Freipraktizierenden (N=273) 50% und von den Leitungen der Hebammenschulen (N=6) 65%. Die Rücklaufquote ist schwierig zu berechnen, da die Anzahl der abgegebenen Fragebogen unklar ist.

Kabakis et al. (2012) befragte eine Gelegenheitsstichprobe von 38 Hebammen, die Rücklaufquote betrug 68.4%.

Lake (2002) hatte zwei Samples an Pflegepersonen die sie befragte. Das erste Sample war eine 25% zufällige Probe an Pflegepersonen aus 16 Magnetspitäler und 8 nicht Magnetspitäler (N=2'299). Dies machte eine Rücklaufquote von 98% aus. Das zweite Sample war eine 50% zufällige Probe aller registrierten Pflegepersonen des Bundesstaates Pennsylvania. Es wurde eine Teilmenge der Pflegepersonen (N=11'636) weiterverwendet und einen Rücklauf von 52% erreicht.

Das Midwifery Council of New Zealand (2012) befragte alle Hebammen mit einem aktuellen Zertifikat (N=2'910). Bis auf 15 Hebammen füllten alle den Onlinefragebogen aus, was eine Rücklaufquote von 99.5% ergibt und somit den höchsten Rücklauf aller Studien ausmacht.

Bei Milisen et al. (2006) zeigten 66 der 143 angeschriebenen Spitäler Interesse an der Studie teilzunehmen. Sie klassifizierten diese multidimensional um eine starke Repräsentativität zu erhalten. Schlussendlich wurden 22 Spitäler mit ihren Pflegepersonen (N=13'958) eingeschlossen. Jedes dieser Spitäler wurde mit Studienmaterial ausgerüstet. Die ausgefüllten Fragebogen wurden an eine

Zentralstelle retourniert, 9'941 Pflegepersonen füllten den Fragebogen aus, 9'638 dieser wurden als valide beurteilt.

Sermeus et al. (2011) befragten Spitalmanagement, Pflegepersonen und Patienten, Patientinnen von Allgemeinkrankenhäuser aus 12 europäischen Länder. Die Menge der befragten Spitäler war abhängig von der Grösse des Landes und der Anzahl Spitäler in diesem Land. Die Auswahl der Spitäler erfolge grösstenteils randomisiert unter Berücksichtigung der geometrischen Lage, Spitalgrösse und -typ. In drei Ländern war die Auswahl nicht randomisiert. Pro Spital, mit Ausnahme von Schweden, gab es einen Betriebsmanager der als Schlüsselkontakt während der Studie zu dem „Registered Nurse Forecasting“ (RN4CAST)-Team diente. Er gab die Fragebogen jeweils entweder direkt den Pflegepersonen und den Patienten, Patientinnen ab oder das Forschungsteam tat dies. In Finnland und Schweden wurde der Fragebogen per Post verschickt. Die Rückgabe erfolgte in einer gesicherten Box, mittels frankiertem Couvert oder online. Die Patienten, Patientinnen konnten den Fragebogen auch der Pflegeperson aushändigen, welche sie in eine gesicherte Box gab, oder mittels frankierten Couverts direkt zurücksandten. Es wurden verschiedene Erinnerungsprozeduren verwendet um eine hohe Rücklaufquote zu erreichen.

Das Befragungsinstrument von Spiegel et al. (2011) wurde in sechs bayerischen Unternehmen erprobt. Die Mitarbeitenden (N=3'720) aus drei der sechs beteiligten Betriebe wurden selektiert und in die Sekundäranalyse einbezogen. Die anderen wurden ausgeschlossen aufgrund selbständiger Veränderung der Antwortstruktur oder nichtbeantworten von Geschlecht und Alter. Die Mitarbeitenden wurden vorgängig über die Befragung auf unterschiedlichste Weise informiert, um die Rücklaufquote zu steigern. Diese schwankte dann zwischen 34% und 60%.

Patientenbefragung: Sermeus et al. (2011) befragten neben dem Spitalmanagement und den Pflegepersonen auch die hospitalisierten Patienten, Patientinnen. Sie verwendeten eine verkürzte Version des „Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems survey“ (CAHPS)-Fragebogens. Sie befragten die Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Ärzten, Ärztinnen, die Reaktionsfähigkeit des Pflegepersonals in kritischen Situationen, wie Informationen über Medikamente abgegeben werden, die Sauberkeit des Spitals und ob sie dieses an Freunde oder Familie weiterempfehlen würden.

5 Diskussion

Mit dieser Literaturreview konnten die zu befragenden Komponenten zur Arbeitssituation von Hebammen und Pflegepersonen festgestellt werden. Die Items sind in der Tabelle 4, Kapitel 5.1, zu den Hauptkategorien *Demographie, Verbleib im Beruf, Qualifikation, Teamarbeit, Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten, Ärztinnen, Arbeits- und Pflegeumfeld, Körperliche Beschwerden, Psychosoziale Belastungen, Psychomentele Beanspruchungen, Vorgesetzte* und *Pflegequalität* aufgelistet. Kategorien und Items, welche in der Literatur gut belegt sind, wurden als relevant eingestuft und werden nicht weiter diskutiert. Weitere Komponenten, deren Relevanz fraglich war, werden in die Diskussion aufgenommen. Sie sind ebenfalls in der Tabelle 4 als eventuell zur Erhebung empfohlen, oder nicht zur Erhebung empfohlen aufgeführt. Die Limitationen werden aufgeführt, um die Aussagekraft dieser Literaturreview einschätzen zu können.

5.1 Komponenten der Befragung

Demographie

In die Kategorie der demographischen Daten werden *Alter, Geschlecht* und *Ethnizität* aufgenommen. Zu diskutieren sind folgende Items:

Zivilstand, Partnerschaft und Kinder: Das BFS unternimmt bei den Familienerhebungen keine genaue Trennung mehr zwischen verheirateten oder nicht verheirateten Paaren. Es erkannte, dass die Institution Ehe keine Gewähr für die Beständigkeit eines Paares mehr bietet. Das traditionelle Familienleben ist nicht mehr die Regel (BFS, 2009). Der Anteil unverheirateter Mütter ist gestiegen (BFS, 2008). Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf stellt eine politische Priorität in der Schweiz dar. Die Gründe dafür sind vielfältig und betreffen die Gesellschaft sowie die Wirtschaft. Die Unternehmen spielen in der Realisierung von Fortschritten in diesem Bereich eine wichtige Rolle. Der familiäre Hintergrund ist ein ausschlaggebender Punkt für die Arbeitszufriedenheit (SECO, 2007). Eine langfristige Belastung im Arbeitsprozess zeigt sich als soziales Risiko. Arbeit steht somit in einer Wechselwirkung mit der Familie (Böhle et al., 2010). Die Erhebung familiärer Umstände einer Hebamme, d.h. *Zivilstand, Partnerschaft* und *Kinder*, ist als wichtig einzuschätzen.

Arbeitsort und Arbeitsweg: Laut einer Medienmitteilung des BFS waren 2011 89% der erwerbstätigen Schweizer Arbeitspendler. Diese benötigen für einen Arbeitsweg im Jahr 2011 durchschnittlich 30 Minuten (2013). Da diese durchschnittliche Arbeitspendlerzeit parallel vom BFS erhoben wird, und nicht direkt mit einer möglichen

Unzufriedenheit von Arbeitsbedingungen am Arbeitsplatz verbunden ist, besteht kein Bedarf, dieses Item in den Fragekatalog aufzunehmen.

Beschäftigungsgrad in Prozent: Dieses Item wird in der Kategorie Pflege- und Arbeitsumfeld zusammen mit dem Item *Gründe für Teilzeitarbeit* diskutiert.

Verbleib im Beruf

Die relevanten Items dieser Kategorie sind: *Verweildauer und Arbeitserfahrung, Motivation im Beruf zu bleiben und Berufsstolz* sowie *Gründe für die Rückkehr zum Beruf nach einer Pause*. Zu diskutieren sind:

Berufswiederwahl, Weiterempfehlung und Zukunftsperspektive: Es ist unklar, auf welcher Basis die befragte Hebamme ihren Beruf weiterempfehlen oder verlassen würde. Diese Items sind somit unspezifisch und hängen von der Interpretation des Beurteilenden ab. Um die Interpretationsobjektivität zu gewährleisten, sollte aber möglichst jeder Auswerter zur gleichen Beurteilung oder Interpretation der Testergebnisse kommen (Bühner, 2006). Mit der Befragung dieser Items können keine objektiven Aussagen getätigt werden, deshalb werden sie nicht in den Fragekatalog aufgenommen.

Qualifikation

Die Erfragung der Qualifikation in einem Erhebungsinstrument macht Sinn, da sich seit 2008 das Ausbildungsverfahren von Hebammen in der Schweiz vom Hochschulniveau mit Diplom zum Fachhochschulniveau mit Bachelorabschluss geändert hat (Lehmann, 2009).

Bei den Items *Alter, Zukunftsperspektive, Arbeitsmenge, Lohnzufriedenheit* und *generelle Arbeitszufriedenheit* konnten Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsfeldern der Hebammen festgestellt werden. Der Beruf Hebamme verfügt über vielseitige Arbeitsfelder und ist dementsprechend anspruchsvoll (ZHAW, 2012). Die Berufsfelder haben einen entscheidenden Einfluss auf die Arbeitssituation sowie darauf, wie zufrieden die Hebammen in ihrer Arbeit sind.

In die Kategorie der Qualifikation werden die Items *Ausbildungsniveau, Erst-oder Zweitausbildung, Weiterbildungsmöglichkeiten, Berufsfelder* sowie *Kompetenzen* aufgenommen. Diskutiert werden folgende Komponenten:

Ausbildungsort/-land: Die Studienleistungen an Hochschulen werden nach den European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) bemessen. Dies ist ein europaweit anerkanntes System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen. Die ECTS bilden im Rahmen des Bologna-Prozesses den

Kernpunkt der Vereinheitlichung der europäischen Studienstrukturen (Schweizer Medieninstitut für Bildung und Kultur, 2013). Da mit diesem System eine Vereinheitlichung der europäischen Staaten herbeigeführt wird und nur ein minimaler Anteil von Hebammen aus dem nicht-europäischen Raum in der Schweiz arbeitet, wird dieses Item nicht in den Fragebogenkatalog aufgenommen.

Autonomie: Die Definition von Autonomie ist Selbstständigkeit und/oder Unabhängigkeit (Duden, 2013). Sie ist verbunden mit der Kontrolle der Frau über ihre Gesundheit, mit guten klinischen Ergebnissen und grosser Zufriedenheit der Klienten, Klientinnen (Michel, 2005). Autonomie spielt in der Berufsdefinition der Hebamme eine grosse Rolle. Es ist empfehlenswert, dieses Item in einen Fragekatalog aufzunehmen.

Teamarbeit

Der Duden (2013) beschreibt ein Team als eine Gruppe von Personen, die gemeinsam an einer Aufgabe arbeiten. Die Teamarbeit ermöglicht personelle, strukturelle und materielle Ressourcen effizient zu nutzen. Die Qualität der Arbeit der Hebamme und ihre Existenz auf dem Markt werden so gesichert (Stiefel, Geist & Harder, 2013). Dies zeigt die Wichtigkeit der Teamarbeit für Hebammen, die Items *Rolle im Team, Anerkennung und Gleichwertigkeit* sowie *Arbeitsklima* werden deshalb in den Fragekatalog aufgenommen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten, Ärztinnen

Die Interprofessionalität und Interdisziplinarität wird in Zukunft im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewinnen (Schröder, 2009). Faktoren, welche diesen Wandel beeinflussen, sind laut SAMW (2011) unter anderen folgende: demographische Entwicklung, erhöhte Komplexität der Erkrankungen, neue Berufsgruppen und die Zunahme der Spezialisierung innerhalb der Berufsgruppen, welche jeweils mit einem wachsenden Fachwissen einhergeht. Für Hebammen ist Interdisziplinarität entscheidend, da sie täglich mit den verschiedenen Berufsfeldern der Ärzteschaft zusammenarbeiten.

Die Aufnahme der Items *Allgemeine Zusammenarbeit, Wertschätzung und Kommunikation* zwischen den Berufsgruppen wird als relevant betrachtet. Zu diskutieren sind folgende Items:

Patienten-, Patientinnenbetreuung durch den Arzt, die Ärztin und Verfügbarkeit: Eine gute Patienten- und Patientinnenbetreuung steigert die Behandlungserfolge (Feyer, von Kries, Martens, Wartenberg & Welslau, 2012). Dieses Item könnte in einer Patientenumfrage, welche indirekt Aufschlüsse über die Zufriedenheit von Pflegepersonen/Hebammen geben könnte, wichtige Aspekte aufzeigen. Für den

vorliegenden Fragekatalog wird es jedoch ausgeschlossen. Dasselbe trifft auf die Frage nach der Verfügbarkeit der Ärzte, Ärztinnen zu. Laut der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (2010) entwickelt sich im Bereich der Gynäkologen, Gynäkologinnen ein massives Nachwuchsproblem. Gleichzeitig lanciert der SHV (2013) die Petition „Hebammengeleitete Geburtshilfe“, nach der eine physiologische Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit ausschliesslich durch die Hebamme betreut werden soll. Sinn dieser ganzheitlichen und kontinuierlichen Betreuungsform ist, dass sich Frau, Familie und Hebamme über einen längeren Zeitraum kennenlernen und so Vertrauen zueinander fassen. Dies bietet eine gute Grundlage, um komplexe Entscheidungen im Betreuungsprozess gemeinsam zu treffen (Bauer, 2011). Die Chancen der hebammengeleiteten Geburtshilfe sind vielseitig: das ärztliche Personal wird entlastet, Gesundheitskosten gesenkt, Hebammen erhalten mehr Kompetenzen und sowohl Klientel als auch Hebammen sind zufriedener (SHV, 2013). Das Item zur *Verfügbarkeit der Ärzte, Ärztinnen* wird nicht in den Fragekatalog aufgenommen, nach der Möglichkeit der *kontinuierlichen Betreuung* sollte jedoch gefragt werden, da sie in engem Zusammenhang mit der Zufriedenheit im Beruf steht.

Pflege- und Arbeitsumfeld

In die Kategorie Pflege- und Arbeitsumfeld werden *Organisationsprofil, Arbeitszeiten, Zeitdruck und Stress während der Arbeit, Arbeitsmenge, Lohnzufriedenheit, generelle Arbeitszufriedenheit, Wichtige Aspekte der Arbeitssituation* sowie *Verbesserungsmöglichkeiten der Arbeitssituation* aufgenommen. Zu diskutieren sind folgende Items:

Staffing und Rekrutierung: Diese Items wurden in der Eingrenzung dieser Arbeit ausgeschlossen und deswegen hier nicht mehr weiterdiskutiert. Trotzdem soll hier eine kürzlich veröffentlichte Bedarfserhebung von Hebammen in der Schweiz erwähnt werden. Rüesch, Küenzi & Schwager (2014) untersuchten die Entwicklung des zukünftigen Bedarfs an Fachpersonen in den Gesundheitsberufen Hebamme, Ergo- und Physiotherapie bis ins Jahr 2025, und inwieweit dieser Bedarf bis ins Jahr 2035 gedeckt werden kann. Um Prognosen stellen zu können wurden einerseits Statistiken ausgewertet und andererseits Experten und Expertinnen zum Thema befragt. Entstanden sind jeweils ein Positiv-, sowie ein Negativtrend. Fasst man die Bedarfsprognosen zusammen, zeigt sich, dass bis 2025 eine Bedarfszunahme für Hebammen von bis zu 40% erwartet wird, was substantiell ist. Darüber hinaus wird angenommen, dass sich die untersuchten Berufe innovativ entwickeln werden, wodurch sich neue Tätigkeitsfelder erschliessen. Das Spektrum für eine Prognose ist

und bleibt jedoch relativ breit. Somit lässt sich nur unscharf die Zukunft voraussagen (Rüesch et al., 2014).

Unterbrechungen während der Arbeit und Arbeitsmaterial: In der im Juni 2014 erschienenen Studie des DHV (2014) berichteten deutsche Hebammen von einer grossen Unzufriedenheit wegen Unterbrechungen der Arbeit durch Patienten, Patientinnen, das Telefon und Anfragen auf der Station. Hinzu kommt, dass teilweise ein Mangel vor allem an Betten und Räumen, Stress auslöst. Auf die Frage, was die Zufriedenheit am Arbeitsplatz erhöhen würde, wurde eine Erhöhung des Personals in anderen Berufsgruppen vorgeschlagen, damit die Hebammen nicht dauernd unterbrochen würden und sich mehr auf ihre Klientinnen konzentrieren könnten. Es besteht ebenfalls der Wunsch nach zusätzlichen Räumen und Betten, nicht nur auf der Gebärstation, auch auf der Wochenbettabteilung (DHV, 2014). Das Item *Unterbrechungen während der Arbeit* korreliert mit einer möglichen Unzufriedenheit und wird in den Fragekatalog aufgenommen. Die Frage nach dem *Arbeitsmaterial* steht in Zusammenhang mit organisatorischen Merkmalen und wird nicht aufgenommen.

Gründe für Teilzeitarbeit: Der schweizerische Arbeitsmarkt erlebte in den letzten Jahren einen Strukturwandel, wobei die Vollzeitbeschäftigung stagniert und die Teilzeitbeschäftigung floriert (BFS, 2014). Laut Böhle et al. (2010) wird in der Erwerbssphäre nach wie vor von einem normativen Leitbild der lebenslangen Vollzeitbeschäftigung ausgegangen. Eine Reduzierung der Arbeitszeiten führt zu erheblichen Nachteilen in Bezug auf die Qualifizierung, die Beschäftigungssicherheit, den beruflichen Aufstieg und das Einkommen, sowie auf die Rente. Die Umfrage des DHV (2014) konnte zeigen, dass 70% der angestellten Hebammen Teilzeit arbeiten. Die Umfrage stellte nicht die Frage nach dem Warum, was jedoch aus der Sicht von Steppat (2014) wichtig ist, denn es besteht die Vermutung, dass die Teilzeittätigkeit etwas mit den Arbeitsbedingungen zu tun hat. Aus diesem Grund sollte das Item in den Fragekatalog integriert werden.

Körperliche Beschwerden, psychosoziale und psychomentele Belastungen

Die Items, in denen körperliche Beschwerden, psychosoziale- und psychomentele Belastungen oder Burnout erfragt werden, gehören zu einer Gesundheitsbefragung (Spegel et al., 2011). Der Fragebogen dient nicht direkt dazu, gesundheitliche Beschwerden zu erfassen. Risiken für gesundheitliche Beeinträchtigungen werden über das Item *Arbeitsklima* oder *Allgemeine Zusammenarbeit* erfasst. Wird das Arbeitsklima als schlecht beurteilt, steigt das Risiko, körperlichen Beschwerden zu entwickeln oder von Teamkollegen, Teamkolleginnen schikaniert zu werden. Sollte sich

zeigen, dass es bei diesen Items erheblich negatives Erleben gibt, müssten weiterführende diagnostische Untersuchungen durchgeführt werden.

Vorgesetzte

Die relevanten Items der Kategorie Vorgesetzte sind: *Unterstützung durch die Stationsleitung, Kommunikation, Transparenz, Wertschätzung und Fehlermanagement sowie Mitspracherecht der Pflegepersonen*. Zu diskutieren sind:

Arbeitsplanung und Arbeitsablauf: Becker & Prümper (2011) kamen in ihrer Studie zum Ergebnis, je mehr Einfluss die Pflegekräfte auf die Dienstplangestaltung hätten, desto besser sei ihre Arbeitsfähigkeit. Sobald die Führungskräfte partizipativ arbeiten, also die Leistungen der Mitarbeitenden anerkennen und wertschätzend kommunizieren, steigt die Bereitschaft der Mitarbeitenden, sich für die Prozesse und die Arbeitsbedingungen zu engagieren (Tsai et al., 2011). Diese Punkte werden durch die bereits eingeschlossenen Items abgedeckt und müssen deshalb nicht zusätzlich erfragt werden. Das Item *Arbeitsplanung und Arbeitsablauf* wird nicht in den Fragekatalog aufgenommen.

Pflegequalität

Während der Erarbeitung der Diskussion wurde klar, dass diese Kategorie für die Beantwortung der Fragestellung nicht weiter relevant ist. Es wäre jedoch interessant, die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsqualität von Hebammen/Pflegepersonen anhand einer Evaluation mit den Klienten, Klientinnen zu überprüfen. Da dieses Thema in die Kategorie der weiterführenden Aspekte in der Befragung gehört, wird es dort diskutiert.

Das Item *kontinuierliche Betreuung* wurde in der Kategorie *Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten, Ärztinnen* diskutiert.

Tab. 4: Übersicht über die Befragungskategorien und deren Relevanz für eine Befragung von Hebammen

Kategorien	Items	In Studien erwähnt	Relevanz für Fragebogen		
			Ja	Nein	Evt.
Demographie	Alter	Carlisle et al. (1994), Engeli et al. (2005), Fischbeck & Laubach (2005), Güntert et al. (1993), Midwifery Council of New Zealand (2012), Milisen et al. (2006), Sermeus et al. (2011), Spegel et al. (2011)	X		
	Geschlecht	Carlisle et al. (1994), Fischbeck & Laubach (2005), Midwifery Council of New Zealand (2012), Milisen et al. (2006), Sermeus et al. (2011), Spegel et al. (2011)	X		
	Zivilstand	Engeli et al. (2005), Fischbeck & Laubach (2005), Güntert et al. (1993)			X
	Partnerschaft, Kinder	Fischbeck & Laubach (2005), Milisen et al. (2006)			X
	Arbeitsort, Arbeitsweg	Carlisle et al. (1994), Engeli et al. (2005), Fischbeck & Laubach (2005), Midwifery Council of New Zealand (2012)			X
	Ethnizität	Engeli et al. (2005), Güntert et al. (1993), Midwifery Council of New Zealand (2012), Spegel et al. (2011)	X		
	Beschäftigungsgrad (in Prozent)	Güntert et al. (1993)			X
Verbleib im Beruf	Verweildauer, Arbeitserfahrung	Engeli et al. (2005), Fischbeck & Laubach (2005), Güntert et al. (1993), Midwifery Council of New Zealand (2012), Milisen et al. (2006), Sermeus et al. (2011)	X		
	Motivation im Beruf zu bleiben, Berufsstolz	Engeli et al. (2005), Güntert et al. (1993), Midwifery Council of New Zealand (2012), Milisen et al. (2006), Sermeus et al. (2011), Spegel et al. (2011)	X		
	Gründe für die Rückkehr zum Beruf nach einer Pause	Midwifery Council of New Zealand (2012)	X		
	Berufswiederwahl, Weiterempfehlung	Engeli et al. (2005), Güntert et al. (1993), Milisen et al. (2006)			X
	Zukunftsperspektive	Engeli et al. (2005), Güntert et al. (1993), Sermeus et al. (2011)			X
Qualifikation	Ausbildungsniveau	Carlisle et al. (1994), Engeli et al. (2005), Güntert et al. (1993), Midwifery Council of New Zealand (2012), Milisen et al. (2006), Sermeus et al. (2011)	X		
	Erst- oder Zweitausbildung	Engeli et al. (2005), Güntert et al. (1993), Midwifery Council of	X		

		New Zealand (2012)			
	Weiterbildungsmöglichkeiten	Kabakis et al. (2012), Lake (2002)	X		
	Ausbildungsstandort/-land	Engeli et al. (2005), Sermeus et al. (2011)		X	
	Berufsfelder	Carlisle et al. (1994), Engeli et al. (2005), Güntert et al. (1993)	X		
	Kompetenzen, sich kompetent fühlen	Engeli et al. (2005), Güntert et al. (1993), Kabakis et al. (2012), Lake (2002), Milisen et al. (2006), Sermeus et al. (2011)	X		
	Autonomie	Carlisle et al. (1994), Güntert et al. (1993), Kabakis et al. (2012), Milisen et al. (2006), Spegel et al. (2011)			X
Teamarbeit	Rolle im Team, Anerkennung, Gleichwertigkeit	Engeli et al. (2005), Fischbeck & Laubach (2005), Milisen et al. (2006), Spegel et al. (2011)	X		
	Arbeitsklima	Carlisle et al. (1994), Engeli et al. (2005), Fischbeck & Laubach (2005), Güntert et al. (1993), Kabakis et al. (2012), Lake (2002), Spegel et al. (2011)	X		
Inter-disziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten, Ärztinnen	Allgemeine Zusammenarbeit	Engeli et al. (2005), Fischbeck & Laubach (2005), Güntert et al. (1993), Kabakis et al. (2012), Lake (2002), Milisen et al. (2006), Sermeus et al. (2011), Spegel et al. (2011)	X		
	Patientenbetreuung durch den Arzt,Ärztin und Verfügbarkeit der Ärzte, Ärztinnen	Fischbeck & Laubach (2005)			X
	Wertschätzung untereinander	Fischbeck & Laubach (2005), Kabakis et al. (2012)	X		
	Kommunikation	Fischbeck & Laubach (2005), Güntert et al. (1993)	X		
Arbeits- und Pflegeumfeld	Staffing, Rekrutierung	Güntert et al. (1993), Lake (2002), Sermeus et al. (2011)		X	
	Organisationsprofil	Sermeus et al. (2011)	X		
	Unterbrechungen während der Arbeit	Fischbeck & Laubach (2005), Spegel et al. (2011)			X
	Arbeitszeiten	Engeli et al. (2005), Fischbeck & Laubach (2005), Güntert et al. (1993), Kabakis et al. (2012), Sermeus et al. (2011), Spegel et al. (2011)	X		
	Zeitdruck, Stress während der Arbeit	Carlisle et al. (1994), Engeli et al. (2005), Fischbeck & Laubach (2005), Güntert et al. (1993), Lake (2002), Milisen et al. (2006), Spegel et al. (2011)	X		
	Arbeitsmenge	Engeli et al. (2005), Midwifery Council of New Zealand (2012), Sermeus et al. (2011)	X		
	Arbeitsmaterial	Fischbeck & Laubach (2005), Spegel et al. (2011)			X

	Gründe für Teilzeitarbeit	Midwifery Council of New Zealand (2012)			X
	Lohnzufriedenheit	Engeli et al. (2005), Güntert et al. (1993), Kabakis et al. (2012), Sermeus et al. (2011)	X		
	Generelle Arbeitszufriedenheit	Engeli et al. (2005), Güntert et al. (1993), Kabakis et al. (2012), Sermeus et al. (2011), Spegel et al. (2011)	X		
	Wichtige Aspekte der Arbeitssituation	Fischbeck & Laubach (2005), Güntert et al. (1993)	X		
	Verbesserungsmöglichkeiten der Arbeitssituation	Güntert et al. (1993)	X		
Körperliche Beschwerden	Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen, Magen-/Darmbeschwerden	Spegel et al. (2011)		X	
Psycho-soziale Belastungen	Nicht ernst genommen werden, schikanieren, auslachen, beschimpfen, stören, übergehen	Carlisle et al. (1993), Spegel et al. (2011)		X	
	Burnout (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation, persönliche Leistung)	Milisen et al. (2006), Sermeus et al. (2011)		X	
Psycho-mentale Beanspruchungen	Frustration, Unkonzentriertheit, Langeweile, Müdigkeit, Erschöpfung, nervliche Belastung	Carlisle et al. (1993), Güntert et al. (1993), Spegel et al. (2011)		X	
Vorgesetzte	Unterstützung durch die Stationsleitung	Carlisle et al. (1994), Fischbeck & Laubach (2005), Lake (2002), Milisen et al. (2006), Sermeus et al. (2011), Spegel et al. (2011)	X		
	Kommunikation	Milisen et al. (2006)	X		
	Transparenz	Carlisle et al. (1994), Fischbeck & Laubach (2005), Kabakis et al. (2012), Lake (2002), Milisen et al. (2006), Spegel et al. (2011)	X		
	Wertschätzung, Fehlermanagement	Fischbeck & Laubach (2005), Kabakis et al. (2012), Lake (2002), Spegel et al. (2011)	X		
	Arbeitsplanung, Arbeitsablauf	Fischbeck & Laubach (2005), Güntert et al. (1993), Spegel et al. (2011)			X
	Mitspracherecht der Pflegepersonen	Carlisle et al. (1994), Fischbeck & Laubach (2005), Kabakis et al. (2012), Lake (2002), Spegel et al. (2011)	X		

Pflege- qualität	Einschätzung der eigenen Pflegequalität	Güntert et al. (1993), Milisen et al. (2006), Sermeus et al. (2011)		X	
	Einschätzung der Pflegequalität auf der Station	Milisen et al. (2006), Sermeus et al. (2011)		X	
	Qualitätsmanagement	Kabakis et al. (2012), Lake (2002), Sermeus et al. (2011)		X	
	Zugang zu Informationen, Leitlinien, Pflegephilosophie	Lake (2002), Milisen et al. (2006)		X	
	Kontinuierliche Betreuung	Lake (2002), Milisen et al. (2006)		X	

5.2 Weiterführende Aspekte in der Befragung

Theoretische Vorarbeit

Keine der Studien ist näher auf die theoretische Vorarbeit zur Erstellung eines Fragebogens eingegangen. Diese umfasst die genaue Definition des Erkenntnisinteresses, die Bearbeitung von Literatur, die Formulierung des theoretischen Bezugsrahmens und die Generierung der Hypothesen. In Rahmen dieser Review wurde die Literatur bearbeitet, sowie der theoretische Bezugsrahmen formuliert. Bis eine Pilotstudie durchgeführt werden kann, sollte eine Hypothese generiert werden (Porst, 1998).

Planung der Datenerhebung

Anschliessend wird die Datenerhebung genau geplant. Die Datenerhebung beginnt bei der Operationalisierung der Forschungsfragen. Kabakis et al. (2012) und Güntert et al. (1993) benutzen in ihrem Erhebungsinstrument offene Fragen, um Ursachen für Unzufriedenheit aufzudecken. Die Befragten beantworteten die Fragen ausführlich und es konnten neue Erkenntnisse gewonnen werden. Der Nachteil dieser Fragestellung liegt darin, dass die Ergebnisse stark von der Verbalisierungsfähigkeit der Befragten abhängen und nicht unbedingt von dessen Einstellung zum erfragten Sachverhalt. Ein weiterer Nachteil ist der immense Verkodungsaufwand, der mit der Auswertung verbunden ist (Porst, 1998). Geschlossene Fragen sind schneller abzuarbeiten, die Befragungspersonen finden sich jedoch häufig nicht in den vorgegebenen Kategorien wieder (Porst, 1998).

Lake (2002) und Sermeus et al. (2011) testeten die Validität und die Reliabilität ihrer Erhebungsinstrumente. Die Hauptgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität stehen in einem Abhängigkeitsverhältnis zueinander. Ein Test, der nicht objektiv ist, kann keine optimale Reliabilität erreichen. Ist die Reliabilität gering, kann die Validität nicht hoch sein (Bühner, 2006). Fischbeck & Laubach (2005) stellten fest, dass mittels geeigneter Itemauswahl reliable Skalen entstehen können. Gemäss Leonhart (2008) sollte bei der Auswahl der Items auf eine repräsentative und ausreichende Itemmenge geachtet werden. Die Anzahl von Items im Testentwurf sollte grösser sein als die geplante Itemanzahl der Endversion. Bei den Entwicklungsschritten können ungeeignete Items ausgeschlossen werden.

Fischbeck & Laubach (2005) sagen, dass die Ökonomie sowie die Zuverlässigkeit bei der Entwicklung eines Instrumentes wichtig sind. Ein Test ist dann ökonomisch, wenn er eine kurze Durchführungszeit beansprucht, wenig Material verbraucht, einfach zu

handhaben, als Gruppentest durchführbar und schnell wie bequem auszuwerten ist (Bühner, 2006). Weiter sollte ein Test gemäss Bühner (2006) aber auch eine Nützlichkeit aufweisen, er sollte vergleichbar sein und eine Normierung enthalten.

Durchführung und Analyse der Umfrage

Zugang zur Stichprobe und Rücklaufquote:

Die Rücklaufquote hat eine entscheidende Bedeutung für die Qualität einer schriftlichen Befragung (Bischoff, 1995). Die eingeschlossenen Studien haben unterschiedliche Massnahmen ergriffen um diese möglichst hoch zu halten. Das Midwifery Council of New Zealand (2012) erreichte die höchste Rücklaufquote. Eine Vielzahl von Strategien und Massnahmen können laut Porst (2001) zur Erhöhung der Rücklaufquote angewandt werden, wobei die Sinnhaftigkeit der Befragung ein wichtiges Element darstellt.

Patientenbefragung: Sermeus et al. (2011) führten als einzige Studie eine Befragung der Patienten, Patientinnen durch. Patientenbefragungen geben Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten, Patientinnen sowie Anregungen für Verbesserungsmöglichkeiten. Sie stellen somit ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], 2014). Gemäss Rycroft-Malone (2009) müsste in einem Evaluationsbezugsrahmen die Einbindung der Dienstleistungsnutzer berücksichtigt werden. Ein regelmässiges Feedback an die Mitarbeitenden ist wichtig, um eine qualitativ gute Arbeit zu leisten. Zudem hat es einen Einfluss auf die Zufriedenheit sowie die Weiterentwicklung der Arbeitnehmer (Marcus, 2011).

5.3 Limitationen dieser Literaturreview

Schwächen

In der Literatur finden sich wenige Studien, die sich mit den Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen von Hebammen beschäftigen (Nienhaus, 2010). Da während der systematischen Literaturrecherche mehrheitlich keine Limitationen gesetzt wurden, konnten Arbeiten zur Analyse zugelassen werden, welche eine mangelhafte Qualität aufweisen. Zwei Studien sind aus den 1990er Jahren (Carlisle et al., 1994; Güntert et al., 1993). Sie sind jedoch eingeschlossen worden, da bei diesen Befragungen Hebammen die zentrale Rolle spielen.

Die Studien unterscheiden sich in Validitäts- und Anwendungsstudien. Drei Studien testeten die Validität eines Fragebogens, ohne Ergebnisse unter Anwendung desselben aufzuzählen (Fischbeck & Laubach, 2006; Lake, 2002; Sermeus et al.,

2011). Die restlichen sieben Studien wendeten den jeweiligen Fragebogen an und befragten entweder Hebammen oder Pflegepersonen zu ihren Arbeitsbedingungen, bzw. der Zufriedenheit mit diesen (Carlisle et al., 1994; Engeli et al., 2005; Güntert et al., 1993; Kabakis et al., 2012; Midwifery Council of New Zealand, 2012; Milisen et al., 2006; Spegel et al., 2011). Es ist schwierig, diese unterschiedlichen Studien angemessen zusammenzufügen.

Die Hälfte der in die Analyse eingeschlossenen Studien ist in englischer Sprache verfasst. Die Übersetzung ins Deutsche kann zu Verfälschungen führen. Zusätzlich weisen, wie unter Kapitel 4.2 aufgezeigt, alle analysierten Publikationen gewisse Mängel auf.

Eine Verallgemeinerung und Übertragbarkeit der Ergebnisse ist aufgrund der genannten Gründe nur bedingt möglich.

Stärken

Eine Stärke dieser Review ist die Aktualität und Relevanz des Themas, welches zurzeit auch in den Medien präsent ist.

Obwohl verschiedene Berufsgruppen wie Hebammen, Pflegepersonen und Ärzte, Ärztinnen aus unterschiedlichen Ländern in dieser Review eingeschlossen wurden, decken sich die Ergebnisse zu einem grossen Teil. Dies spricht für die Glaubwürdigkeit dieser Arbeit.

Es handelt sich um eine systematische Review, was bedeutet, dass methodisch vorgegangen wurde, um alle relevanten Studien einzuschliessen. Dadurch sollten die Ergebnisse von allen aktuellen und benötigten Studien zusammengefasst worden sein.

6 Schlussfolgerung

Als Ergebnis dieser Review konnte ein Komponentenkatalog zusammengestellt werden, der als Arbeitspapier für eine Befragung von Hebammen im Kanton Bern weiterverwendet werden kann. Dieses Arbeitspapier soll der weiteren Diskussion als Basis zur Erstellung eines hebammenspezifischen Fragebogens dienen. Sichere Komponenten sowie noch zu diskutierende Komponenten sind zusammengestellt und unter dem Kapitel 11.2 einzusehen.

Da aktuell in der Schweiz nur Schätzungen über die Anzahl der Hebammen und ihre Aufteilung in die verschiedenen Tätigkeitsfelder vorliegen, ist keine Aussage darüber möglich, ob der Bedarf an Hebammen gedeckt werden kann. Ebenso fehlen aktuelle Daten darüber, wie es den Hebammen in ihrem Berufsumfeld geht und inwieweit sie

bereit sind, in verwandte Tätigkeitsfelder zu gehen. Die Erhebung der Hebammenanzahl wie auch ihrer Arbeitsbedingungen und ihrer Arbeitszufriedenheit sind aus diesen Gründen essentiell. Dies umso mehr, als wegen der in den letzten sechs Jahren steigenden Geburtenrate in der Schweiz. Der Bedarf an Hebammen steigt.

Es konnte kein spezifisches Erhebungsinstrument für Hebammen in der Schweiz gefunden werden. Die vom BFS erhobenen statistischen Daten sagen nichts über die Arbeitszufriedenheit und die Arbeitsbedingungen von Hebammen aus.

Die Hebamme ist für die Gesundheitsversorgung essentiell. Studien konnten nachweisen, dass die Betreuung durch die Hebamme, im Vergleich zu anderen Berufsgruppen in Teilbereichen, zu einer höheren Zufriedenheit der Frau und ihrer Familie führt. Die Ausbildungsart sowie das Ausbildungsniveau der Hebamme wurden in den letzten Jahren angepasst. Es konnte aber keine Erhebung darüber gefunden werden, welche Niveaus erreicht werden, respektive welche Abschlüsse getätigt werden. Zusätzlich stellt sich auch die Frage, in welchen Tätigkeitsfeldern Hebammen mit welchen Ausbildungsniveaus arbeiten. Dies könnte mittels der Durchführung unter Einhaltung der Befragungskategorie *Qualifikation* aufgezeigt werden.

Das Arbeitspapier enthält sieben der ursprünglich 11 Kategorien aus den Ergebnissen. Diese sind *Demographie, Verbleib im Beruf, Qualifikation, Teamarbeit, Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten, Ärztinnen, Arbeits- und Pflegeumfeld* und *Vorgesetzte*. Unter diesen Kategorien sind die jeweils als relevant herausgearbeiteten Items zusammengetragen. Da dies ein Arbeitspapier ist, das als Hilfe für die Erstellung eines Erhebungsinstrumentes dienen soll, wurden die unsicheren Items jeweils mit dem Vermerk „zur Diskussion“ aufgeführt.

Diese Literaturreview liefert wichtige Hinweise, welche Themen in einem Fragebogen für Hebammen enthalten sein sollten, inklusive relevanter Items, welche sich für eine Befragung eignen. Besonders wichtig ist dabei die Beachtung der Interdisziplinarität, welche eine wesentliche Rolle im Berufsleben der Hebamme spielt und einen grossen Einfluss auf die Zufriedenheit der Gesundheitsfachleute hat.

Wichtige Aspekte wie das *Staffing* oder die *Rekrutierung* der Hebammen konnten in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden, da dies der Umfang dieser Arbeit nicht zuliesse. Es wäre jedoch wichtig, dass auch in diesem Bereich weitergeforscht würde, um einen umfassenden Fragebogen zu erhalten.

Zu der weiterführenden Arbeit gehört anschliessend, dass das erstellte Arbeitspapier – besonders jene Items, deren Relevanz unsicher ist - diskutiert wird. Definitive

Kategorien und Items müssen festgelegt und operationalisiert werden. Danach wird der Fragebogen geprüft und validiert.

Die wichtigste Erkenntnis dieser Review besteht darin, dass es notwendig ist, eine Datenerhebung von Hebammen in der Schweiz durchzuführen. Dies sollte auf Basis dieser Literaturreview und mit Hilfe der an einer Erhebung interessierten SHV-Sektion Bern ermöglicht werden. Zuvor muss das Erhebungsinstrument noch entwickelt, geprüft und validiert werden, was den Rahmen der vorliegenden Arbeit gesprengt hätte. Nur mithilfe einer empirischen Erhebung kann die Arbeitssituation der Hebammen in der Schweiz zuverlässig festgestellt werden.

7 Literaturverzeichnis

- Aiken, L., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., et al. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol.23, Nr.4, 357-365.
- Aiken, L., & Patrician, P. (2000). Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, Vol. 49(3), 146-153.
- Barmettler, T. (2014). *Masterumfrage Hebammen 2013*. Berner Fachhochschule Gesundheit, Bern.
- Bauer, N. H. (2011). *Der Hebammenkreissaal. Ein Versorgungskonzept zur Förderung der physiologischen Geburt*. Osnabrück: Universitätsverlag.
- Becker, M., & Prümper, J. (2011). Partizipation in der Pflege. Einfluss auf die Dienstplangestaltung als Moderator zwischen wöchentlicher Arbeitszeit und Arbeitsfähigkeit. In M. Giesert (Hrsg.), *Erfolgreich führen ...mit Vielfältigkeit und Partizipation der Beschäftigten!* (S. 96-111). Hamburg: VSA-Verlag.
- Benatar, S., Bowen-Garrett, A., Howell, E., & Palmer, A. (2013). Midifery Care at a Freestanding Birth Center: A Safe and Effective Alternative to Conventional Maternity Care. *Health Services Research*, 48:5.
- Bernerhebamme.ch. Die Sektion Bern - Ein Kanton mit bewegten Hebammen. Abgefragt am 04. März, 2014, unter <http://www.bernerhebamme.ch/die-sektion-bern-des-shv/>
- Berner Fachhochschule Gesundheit. (2014). *Bachelor Hebamme Studium und Beruf*. Bern: Berner Fachhochschule Gesundheit.
- Berufskonferenz Hebamme. (2007). *Kompetenzprofil Diplomierete Hebamme BSc*. Abgefragt am 05. Juni, 2014, unter http://www.gesundheit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/gesundheit/studium/bachelorstudiengaenge/hebamme/Kompetenzprofil_Hebamme_BSc_web.pdf
- Berufsverband Deutscher Psychologen und Psychologinnen. Gesunde Arbeitsbedingungen - Was Unternehmen tun können. Abgefragt am 10. Juli, 2014, unter <http://www.bdp-verband.de/bdp/archiv/gesunde-arbeit/>
- Biffi, G., Leoni, T., & Mayrhuber, C. (2009). *Arbeitsplatzbelastungen, arbeitsbedingte Krankheiten und Invalidität*. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.

- Bischoff, A. (1995). *Möglichkeiten zur Erhöhung der Rücklaufquote bei schriftlichen Befragungen*. München: Diplomica Verlag GmbH.
- Böhle, F., Günter, G., & Wachtler, G. (2010). *Handbuch Arbeitssoziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesamt für Gesundheit. (2013). *Vorentwurf zu einem Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG)*. Abgefragt am 10. Juli, 2014, unter <http://www.gesbg.admin.ch/themen/00519/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Statistik. (2008). *Familien in der Schweiz*. Abgefragt am 20. Juni, 2014, unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=3410>
- Bundesamt für Statistik. (2009). *Demografisches Verhalten der Familien in der Schweiz 1970 bis 2008*. Abgefragt am 20. Juni, 2014, unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=3715>
- Bundesamt für Statistik. (2010). *Personal im Gesundheitswesen - Daten, Indikatoren*. Abgefragt am 13. Juli, 2014, unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/04/key/01.html>
- Bundesamt für Statistik. (2013). *Medienmitteilungen*. Abgefragt am 20. Juni, 2014, unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=8787>
- Bundesamt für Statistik. (2014). *Beschäftigung und Berufe*. Abgefragt am 04. März, 2014, unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/04/key/01.html>
- Bundesamt für Statistik. (2014). *Beschäftigungsgrad und -entwicklung*. Abgefragt am 14. Juli, 2014, unter http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/thematische_karten/gleichstellungsatlas/erwerbsarbeit_und_beruf/beschaeftigungsgrad_und_entwicklung.html
- Bundesamt für Statistik. (2014). *Geburten und Geborene*. Abgefragt am 22. Februar, 2014, unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02/01.html>

- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2. Aufl.).
Abgefragt am 05. Juli, 2014, unter
www.pearson.ch/download/media/978382771935_sp.pdf
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (3. Aufl.).
München: Pearson.
- Carlisle, C., Baker, G. A., Riley, M., & Dewey, M. (1994). Stress in midwifery: a
comparison of midwives and nurses using the Work Environment Scale.
International Journal of Nursing Studies, Vol.31, No.1, 13-22.
- Coetzee, S. K., Klopper, H. C., Ellis, S. M., & Aiken, L. (2013). A tale of two systems -
Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient
safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey.
International Journal of Nursing Studies, 50, 162-173.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (2010). *Presseinformation*.
*Nachwuchssorgen in der Gynäkologie - warum es Männer nicht mehr gibt und
Frauen nicht wollen*. Abgefragt am 22. Juni, 2014, unter
<http://www.dggg.de/nachwuchssorgen-in-der-gynaekologie/>
- Deutscher Hebammenverband. (2014). *Arbeitsbedingungen der Hebammen in Kliniken
verschlechtern sich*. Abgefragt am 13. Juli, 2014, unter
[http://www.hebammenverband.de/aktuell/pressemitteilungen/pressemitteilung-
-detail/datum/2014/06/20/artikel/arbeitsbedingungen-der-hebammen-in-den-
kliniken-verschlechtern-sich-1/](http://www.hebammenverband.de/aktuell/pressemitteilungen/pressemitteilung-detail/datum/2014/06/20/artikel/arbeitsbedingungen-der-hebammen-in-den-kliniken-verschlechtern-sich-1/)
- Duden (2012). *Das Team*. Abgefragt am 11. Juli, 2014, unter
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Team>
- Duden (2013). *Arbeitsbedingungen*. Abgefragt am 12. Juli, 2014, unter
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Arbeitsbedingungen>
- Duden (2013). *Die Autonomie*. Abgefragt am 21. Juni, 2014, unter
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Autonomie>
- Duden (2013). *Monetär*. Abgefragt am 12. Juli, 2014, unter
<http://www.duden.de/rechtschreibung/monetaer>
- Engeli, S., Fischer, R., Kirtz, A., Rosenast, T., & Schaller, E. (2005). *Bedarfsanalyse für
Hebammen in der Schweiz in den nächsten 10 Jahre*. (Praxisprojekt).
Hochschule für Technik, Wirtschaft und soziale Arbeit, Fachbereich
Wirtschaft, St. Gallen.

- Feyer, P., von Kries, A., Martens, U., Wartenberg, M., & Welslau, M. (2012). Gute Patienten-Betreuung steigert Behandlungserfolge. *Roundtable*, 01/2012.
- Fischbeck, S., & Laubach, W. (2005). *Arbeitssituation und Mitarbeiterzufriedenheit in einem Universitätsklinikum: Entwicklung von Messinstrumenten für ärztliches und pflegerisches Personal*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Flick, U., von Kardoff, E., & Steinke, I. (2009). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *qualitative Forschung* (2. Aufl., S.13-29). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Foglar, E., & Kaske, R. (2013). *Verfahren zur Erhebung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz* (3. Aufl.). Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien.
- Gabler Wirtschaftslexikon. Das Wissen der Experten. Abgefragt am 12. Juli, 2014, unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/arbeitszufriedenheit.html#definition>
- Gehweiler, J. (2012). *Frühe Gesundheitsförderung in vulnerablen Familien - ein neues Handlungsfeld für Hebammen in der Schweiz?* (Bachelorthesis). Berner Fachhochschule Gesundheit, Bern.
- Güntert, B. J., Patzen, M., Frigg-Bützenberger, A., & Drack, G. (1993). *Die Hebammen in der Schweiz: Eine Untersuchung zur Arbeitssituation und zum zukünftigen Rekrutierungs- und Ausbildungsbedarf*. Muri: Zentralsekretariat SGGP.
- Gurtner, B. (2013). Magnetspitäler. *Schweizerische Ärztezeitung* 2013; 94:1/2.
- Hacker, W. (2005). *Allgemeine Arbeitspsychologie* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Hajen, L., Paetow, H., & Schumacher, H. (2010). *Gesundheitsökonomie. Strukturen - Methoden - Praxis* (5.Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Hauff, S., & Kirchner, S. (2013). Wandel der Arbeitsqualität. Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen zwischen 1989 und 2006 in einer evaluativ-relationalen Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie*, 42(4), 337-355.
- Humphries, N., Brugha, R., & McGee, H. (2012). Nurse migration and health workforce planning: Ireland as illustrative of international challenges. *Health Policy*, 107, 44-53.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2005). *Definition of the Midwife*. Brisbane: The international Confederation of Midwives Council.

- Kabakis, S., Gorschlüter, P., & Hellmers, C. (2012). Arbeitszufriedenheit bei angestellten Hebammen. *Die Hebamme*, 60-63.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2014). *Patientenbefragungen im Qualitätsmanagement*. Abgefragt am 17. Juli, 2014, unter <http://www.kbv.de/html/6332.php>
- Kelly, L., McHugh, M., & Aiken, L. (2011). Nurse Outcomes in Magnet and Non-Magnet Hospitals. *National Institutes of Health*, 41(10), 428-433.
DOI:10.1097/NNA.0b013e31822eddbc.
- Kesselring, A. (2005). *Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege*. Bern: Hans Huber.
- Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G., & Donner-Banzhoff, N. (2001). *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis*. Köln: Deutscher-Ärzte-Verlag.
- Lake, E. T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 2002, 25, 176-188.
- Lehmann, A. C. (2009). Vom Beruf zur Profession: Die Hebammenausbildung im Wandel. *Berner Fachhochschule, Frequenz 11/09*.
- Leonhart, R. (2008). *Psychologische Methodenlehre/ Statistik*. Freiburg: Ernst Reinhardt Verlag.
- Liu, K., You, L. M., Chen, S. X., Hao, Y. T., Zhu, X. W., Zhang, L. F., et al. (2011). The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1476-1485.
- Luyben, A. (2006). Studierte Hebammen - wozu? Argumente für die Fachhochschule. *Hebamme.ch*, 11/2006.
- Luyben, A., Wijnen, H., Oblasser, C., Perrenoud, P., & Gross, M. (2013). The current state of midwifery and development of midwifery research in four European countries. *Midwifery*, 29, 417-424.
- Marcus, B. (2011). *Einführung in die Arbeits- und Organisationspsychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Michel, G. (2005). Autonomie im Hebammenberuf. "Manchmal muss ich sehr raffiniert vorgehen...". *Hebamme.ch*, 11/2005.

- Midwifery Council of New Zealand (2012). *Midwifery Workforce Survey*. New Zealand: Midwifery Council of New Zealand.
- Milisen, K., Abraham, I., Siebens, K., Darras, E., & Dierckx de Casterlé, B. (2006). Work environment and workforce problems: A cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *International Journals of Nursing Studies*, 43, 745-754.
- Nienhaus, A. (2010). *Gefährdungsprofile. Unfälle und Arbeitsbedingte Erkrankungen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* (2. Aufl.). Fulda: Fuldaer Verlansanstalt & Co.
- Oakley, D., Murray, M. E., Murtland, T., Hayashi, R., Andersen, F., Mayes, F., et al. (1996). Comparisons of outcomes of maternity care by obstetricians and certified nurse-midwives. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 99:823-9.
- Oelkers, J. (2007). *Die Bedeutung der Arbeit in der Gesellschaft*. Abgefragt am 12. Juli, 2014, unter http://www.ife.uzh.ch/research/emeriti/oelkersjuergen/vortraegeprofoelkers/vortraege2007/297_BaselArbeit.pdf
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2010). *Kritische Betrachtung von Datenerhebungsmethoden*. Bern: Hans Huber.
- Porst, R. (1998). Im Vorfeld der Befragung: Planung, Fragebogenentwicklung, Pretesting. *ZUMA-Arbeitsbericht*, 98/02.
- Porst, R. (2001). Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht. *ZUMA How-to-Reihe*, 09.
- Pugh, J. D., Twigg, D. E., Martin, T. L., & Rai, T. (2013). Western Australia facing critical losses in its midwifery workforce: A survey of midwives' intentions. *Midwifery*, 29, 497-505.
- Reime, B. (2000). *Gesundheitsverhalten erwerbstätiger Frauen im Kontext von Burnout, Sozialer Unterstützung und Gender*. Münster: Waxmann.
- Rooks, J. P. (1999). The Midwifery Model Of Care. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(4), 370-374.
- Rüesch, P., Küenzi, K., & Schwager, M. (2014). Genügend Hebammen für die Zukunft? *Hebamme.ch*, 6/2014.

- Rycroft-Malone, J. (2009). Implementation von Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Untersuchungen: Evidenz, Kontext und Begleitung - der PARIHS- Bezugsrahmen. In B. McCormack, K. Manley & R. Garbett (Hrsg.), *Praxisentwicklung in der Pflege* (S. 107-122). Bern: Hans Huber.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD004667. DOI:10.1002/14651858.CD004667.pub3*
- Schröder, G. (2009). Interprofessionalität in der Umsetzung. *Pflegewissenschaft*, 01/10, 18-23.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2009). *Forschung mit Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis*. Abgefragt am 12. Juni, 2014, unter <http://www.samw.ch/de/Projekte/Leitfaden-Forschung.html>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2011). *Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden - Bericht und Kommentar*. Abgefragt am 13. April, 2014, unter http://www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Positionspapiere/d_Berufsbilder_2011.pdf.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und Gesundheitsdirektorinnen, & OdASanté. (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe*. Bern: GDK.
- Schweizerischer Hebammenverband (SHV). (2012). *Faktenblatt Hebammen in der Schweiz*. Bern: Schweizerischer Hebammenverband.
- Schweizerischer Hebammenverband (SHV). (2013). *Positionspapier zum Thema "Hebammengeleitete geburtshilfliche Modelle (HgM)"*. Bern: Schweizerischer Hebammenverband.
- Schweizer Medieninstitut für Bildung und Kultur. (2013). *European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS)*. Abgefragt am 11. Juli, 2014, unter <http://bildungssystem.educa.ch/de/european-credit-transfer-and-accumulation-system-ects>
- Sermeus, W., Aiken, L., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., et al. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 2011, 10:6.

- Shields, N., Turnbull, D., Reid, M., Holmes, A., McGinley, M., & Smith, L. N. (1998). Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: a randomised controlled trial of 1299 women. *Midwifery*, 14(2), 85-93.
- Spiegel, H., Meyer, N., Mollenkopf, C. & Nowak, D. (2011). *Psychosoziale Aspekte und körperliche Beschwerden - Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung im Rahmen des MAF-Projekts "Ganzheitlich betriebliches Gesundheitsmanagement: Mitarbeiterbefragung über Arbeitsbedingungen als Führungselement"*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Staatssekretariat für Wirtschaft. (2007). *KMU-Handbuch Beruf und Familie. Massnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie in kleinen und mittleren Unternehmen*. Abgefragt am 07. Juli, 2014, unter <http://www.seco.admin.ch/themen/00385/02021/04611/index.html?lang=de>
- Staatssekretariat für Wirtschaft. (2010). *Zusammenfassung der Ergebnisse der 5. Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen*. Abgefragt am 10. Juli, 2014, unter <http://www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation/00008/00022/04921/index.html?lang=de>
- Stadler, M. (2013). DRG und Hebammenarbeit: ein Widerspruch?. *Hebamme.ch*, 9, 4-11.
- Stahl, K. (2008). Evidenzbasiertes Arbeiten. Informierte Entscheidung ermöglichen. *Hebamme.ch*, 10, 4-7.
- Statista, das Statistik-Portal. Likert-Skala. Abgefragt am 10. Juli, 2014, unter http://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/82/likert_skala/
- Steppat, S. (2014). Die Welt braucht Hebammen. *Heilberufe / Das Pflegemagazin*, 2014;66(5).
- Stiefel, A., Geist, C., & Harder, U. (2013). *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*. (5. Aufl.). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Sullivan, K., Lock, L., & Homer, C. (2011). Factors that contribute to midwives staying in midwifery: A study in one area health service in New South Wales, Australia. *Midwifery*, 27, 331-335.
- Tsai, W., Hwang, E., Chang, J., Lai, C., Lin, S., & Yang, C. (2012). Taxonomy of cost of quality (COQ) across the enterprise resource planning (ERP) implementation phases. *African Journal of Business Management*, 6(3), 854-864.

- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., Van Heusden, D., & Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout, and job outcome and quality of care: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, *50*, 1667-1677.
- Waldenström, U., & Turnbull, D. (1998). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *105*(11):1160-1170.
- World Health Organization (WHO). (2004). *Making pregnancy safer: The Critical Role of the Skilled Attendant - A joint statement by WHO, ICM and FIGO*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research.
- Wiesing, U., Simon, A., & Engelhardt, D. V. (2000). *Ethik in der medizinischen Forschung*. Stuttgart: Schattauer.
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). (2010). *Argumentarium für die Anhebung der Hebammenausbildung auf Niveau Fachhochschule - Warum braucht es Hebammen mit Bachelor (BSc) und Master (MSc) Abschlüssen?* Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). (2012). *Gesundheit Institut für Hebammen Bachelorstudiengang*. Wintertur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Zwarenstein, M., & Bryant, W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2*. Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.

8 Abbildungsverzeichnis

Abb 1: PARIHS-Bezugsrahmen, adaptiert nach Rycroft-Malone (2009)	13
Abb 2: Zusammenfassung der Haupt- und Nebengütekriterien nach Bühner (2006)...	17
Abb 3: Kurzübersicht Literaturrecherche.....	22

9 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Übersicht wissenschaftliche Artikel.....	28
Tab. 2: Beschreibung der Stärken und Schwächen der ausgewählten Literatur	32
Tab. 3: Ausgeschlossene Literatur nach Volltextsuche	35
Tab. 4: Übersicht über die Befragungskategorien und deren Relevanz für eine Befragung von Hebammen.....	54

10 Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologen und Psychologinnen
BFS	Bundesamt für Statistik
BKH	Berufskonferenz Hebamme
CAPHS	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems survey
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DHV	Deutscher Hebammenverband e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und Gesundheitsdirektorinnen
GesBG	Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe
GMER	Geneva Foundation for Medical Education and Research
ICM	International Council of Midwives
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
NICE	National Institution for Health and Clinical Excellence
NWI	Nursing Work Index
PARIHS	Promoting Action on Research Implementation in Health Services
PES	Practice Environment Scale
RN4CAST	Registered Nurse Forecasting
SAMW	Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
WES	Work Environment Scale
WHO	World Health Organization
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

11 Anhang

11.1 Arbeitspapier: Komponentenkatalog

Demographie

Zu den sicheren Fragen gehören:

1. **Alter**
Wie alt sind Sie?
2. **Geschlecht**
Was ist Ihr Geschlecht?
3. **Zivilstand**
Wie ist Ihr aktueller Zivilstand (ledig, verheiratet, geschieden)?
4. **Partnerschaft**
Leben Sie in einer Partnerschaft?
5. **Kinder**
Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele?
6. **Ethnizität**
Was ist Ihre Nationalität?
7. **Beschäftigungsgrad in Prozent (%)**
Wie hoch ist Ihr Beschäftigungsgrad in Prozent in Ihrer Anstellung als Hebamme?

Verbleib im Beruf

Zu den sicheren Fragen gehören:

8. **Verweildauer, Arbeitserfahrung**
Wie lange arbeiten Sie als Hebamme?
9. **Motivation im Beruf zu bleiben**
Was macht Ihre Motivation aus, den Beruf als Hebamme auszuüben?
10. **Gründe für die Rückkehr zum Beruf nach einer Pause**
Sind Sie wieder eingestiegen in den Beruf? Wenn ja, warum?

Weiter zu diskutieren sind die Items *Berufswiederwahl* und ob eine Hebamme ihren Beruf *weiterempfehlen* würde. Auch das Item *Zukunftsperspektive*, d.h. ob sich Hebammen nach einem, fünf oder zehn Jahren noch im Beruf sehen, steht offen.

Qualifikation

Zu den sicheren Fragen gehören:

11. **Ausbildungsniveau**
Was ist Ihr höchster Abschluss auf dem Beruf der Hebamme?
12. **Erst- oder Zweitausbildung**
War der Beruf der Hebamme Ihre Erstausbildung? Wenn Nein, welchen Beruf haben Sie vor der Hebammentätigkeit erlernt?
13. **Weiterbildungsmöglichkeiten**
Haben Sie in ihrem Betrieb die Möglichkeit, an Weiterbildungen teilzunehmen?
14. **Berufsfelder**

In welchen Berufsfeldern der Hebamme arbeiten Sie (Spital, Geburtshaus, Freipraktizierend, Schwangerschaftsvorsorge, Pränatalstation, Wochenbett, Familienhebamme, Aus- und Weiterbildung, Forschung)?

15. Kompetenz

Können Sie in ihrer Arbeit Ihre Kompetenzen ausführen? Fühlen Sie sich in Ihrer Arbeit kompetent?

Weiter zu diskutieren ist das Item *Autonomie*.

Teamarbeit

Zu den sicheren Fragen gehören:

16. Rolle im Team, Anerkennung

Werden Sie in Ihrem Team anerkannt?

17. Arbeitsklima

Wie schätzen Sie das Arbeitsklima in Ihrem Betrieb ein?

Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten, Ärztinnen

Zu den sicheren Fragen gehören:

18. Allgemeine Zusammenarbeit

Wie schätzen Sie die allgemeine Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzten, Ärztinnen ein?

19. Wertschätzung untereinander

Wie schätzen Sie die Wertschätzung der Ärzte, Ärztinnen gegenüber den Hebammen, bzw. den Hebammen gegenüber den Ärzten, Ärztinnen ein?

20. Kommunikation

Wie empfinden Sie die Kommunikation zwischen Hebammen und Ärzten, Ärztinnen?

Weiter zu diskutieren sind die Items *Patientenbetreuung durch den Arzt, die Ärztin* und *Verfügbarkeit der Ärzte, Ärztinnen*.

Arbeits- und Pflegeumfeld

Zu den sicheren Fragen gehören:

21. Organisationsprofil

Arbeiten Sie in einem kleinen, mittleren oder grossen Betrieb?

22. Arbeitszeiten

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Arbeitszeiten?

23. Zeitdruck, Stress während der Arbeit

Wie oft erleben Sie Zeitdruck oder Stress während der Arbeit?

24. Arbeitsmenge

Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie durchschnittlich (inkl. Überstunden)?

25. Lohnzufriedenheit

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gehalt?

26. Generelle Arbeitszufriedenheit

Wie schätzen Sie Ihre generelle Arbeitszufriedenheit ein?

27. Wichtige Aspekte der Arbeitssituation

Welche Aspekte in Ihrer Arbeit würden Sie als wichtig bezeichnen?

28. Verbesserungsmöglichkeiten der Arbeitssituation

Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten Ihrer Arbeitssituation?
Weiter zu diskutieren sind die Items *Unterbrechungen während der Arbeit*,
Arbeitsmaterial, und *Gründe für Teilzeitarbeit*.

Vorgesetzte

Zu den sicheren Fragen gehören:

29. Unterstützung durch die Stationsleitung

Wie schätzen Sie die Unterstützung durch Ihren Vorgesetzten, Ihre Vorgesetzte ein?

30. Kommunikation

Wie schätzen Sie die Kommunikation zwischen der Leitung und dem Personal ein?

31. Transparenz

Wie schätzen Sie die Transparenz der Leitung gegenüber dem Personal ein?

32. Wertschätzung, Fehlermanagement

Wie oft werden Sie von Ihrem Vorgesetzten, Ihrer Vorgesetzten gelobt?

33. Mitspracherecht

Haben Sie die Möglichkeit, auf wichtige Entscheidungen Einfluss zu nehmen?

Weiter zu diskutieren ist das Item *Arbeitsplanung und Arbeitsablauf*.