

## • Swiss COhort of Healthcare Professionals and Informal Caregivers, Gesundheitsfachpersonal in Krankenhäuser/Institutionen, usw

Willkommen!

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie. Die Studie wird von Forscherinnen und Forschern von Unisanté und dem Institut et Haute Ecole de la Santé La Source durchgeführt. Wenn Sie Fragen zur Studie haben, kontaktieren Sie uns bitte unter: [scohpica@unisante.ch](mailto:scohpica@unisante.ch).

Bevor Sie den Fragebogen ausfüllen, lesen Sie bitte den folgenden Absatz aufmerksam durch und wählen Sie anschließend die Option, die Ihnen am meisten zusagt.

Durch den Zugriff auf den Online-Fragebogen:

- Erkläre ich, dass ich schriftlich über die Ziele und den Ablauf der SCOHPICA-Studie informiert worden bin (verfügbar unter [www.scohpica.ch](http://www.scohpica.ch)).
  - Nehme ich freiwillig an diesem Projekt teil und akzeptiere den Inhalt des Informationsblatts auf der Website der Studie. Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen.
  - Habe ich zufriedenstellende Antworten auf meine Fragen erhalten, die ich im Zusammenhang mit meiner Teilnahme an der SCOHPICA-Studie gestellt hatte.
  - Bin ich damit einverstanden, dass die Spezialisten der zuständigen Ethikkommission meine unverschlüsselten Daten einsehen können, um Kontrollen und Inspektionen durchzuführen, wobei die Vertraulichkeit dieser Daten strengstens • gewährleistet wird.
  - Ist mir bekannt, dass die in diesem Fragebogen angegebenen Daten von Unisanté analysiert und in verschlüsselter Form gespeichert werden; es werden keine Informationen, durch die ich identifiziert werden kann, an Dritte weitergegeben.
  - Bin ich damit einverstanden, dass die bereitgestellten Daten in verschlüsselter Form in Zukunft für weitere Forschungen von Forschern in SCOHPICA oder anderswo wiederverwendet werden können.
  - Kann ich meine Einwilligung zur Teilnahme am Projekt jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die bis dahin bereits erhobenen Daten können entweder zur Analyse in verschlüsselter Form aufbewahrt oder vernichtet werden, wenn ich dies beantrage. Ich habe verstanden, dass eine Vernichtung der Daten jedoch nicht möglich ist, wenn ich nur den ersten Fragebogen beantwortet und meine E-Mail-Adresse nicht übermittelt habe.
- Sind Sie damit einverstanden, zu den oben beschriebenen Konditionen an der Studie teilzunehmen?

Bitte klicken Sie hier unten auf die gewünschte Option.

**Ja, ich möchte an der SCOHPICA-Studie teilnehmen**

**Nein ich möchte nicht an der SCOHPICA-Studie teilnehmen**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bitten Sie, sich etwa 30 Minuten Zeit zu nehmen, um diesen Fragebogen auszufüllen. Bitte lesen Sie die nachstehenden Informationen, hier bevor Sie die Fragen beantworten.

- Auf den folgenden Bildschirmseiten stellen wir Ihnen Fragen oder Aussagen vor, die sich auf Sie und Ihre Arbeit beziehen. Bitte antworten Sie im Hinblick auf Ihre eigene Situation im Rahmen Ihrer derzeitigen Tätigkeit.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, nur Ihre Meinung interessiert uns.
- Sie können die Beantwortung auf mehrere Sitzungen aufteilen und zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen, wenn Sie Ihre Antworten am Ende jeder Seite speichern.
- Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, oder wenn eine Frage nicht zu Ihrer Situation passt, können Sie sie einfach auslassen.

Bei Fragen zur Umfrage wenden Sie sich bitte unter der folgenden Adresse an das SCOHPICA-Team: scohpica@unisante.ch

## Ihre berufliche Tätigkeit

Jedoch, richtet sich unsere diesjährige Studie an Angehörige der Gesundheitsberufe, die derzeit direkt mit Patienten/Kunden/Bewohnern zu tun haben.

Für weitere Informationen: <https://scohpica.ch/faq/>

### 1. Arbeiten Sie derzeit im Gesundheitswesen in direktem Kontakt mit Patienten/Kunden/Bewohnern? (Wenn 1 = Nein, das Fragebogen halt)

- Ja  Nein

### 2. Wie sieht Ihre derzeitige Situation aus? (Mehrfachnennungen möglich)

- Berufstätig (inkl. Krankschreibung, Mutterschaftsurlaub, Vaterschaftsurlaub, Militärdienst, Zivildienst, unbezahlte Ferien)
- Arbeitssuchend
- Nicht berufstätig wegen Invalidität
- Hausfrau/Hausmann
- Pensioniert
- In Ausbildung/Studentin bzw. Student/Auszubildende bzw. Auszubildender
- In Umschulung
- Arbeitslos und nicht arbeitssuchend
- Sonstige

Geben Sie bitte etwaige sonstige Rahmen an:

### 2a. Welche Ausbildung machen Sie? (Wenn 2 = In Ausbildung)

**2b. In welchem Beruf? (Wenn 2 = Im Unschulung)**

**3. Welche berufliche Stellung haben Sie? (Mehrfachnennungen möglich)**

- Arbeitnehmer/-in (Sie arbeiten für eine andere Person)
- Selbständig (Sie arbeiten auf eigene Rechnung)
- Geschäftsführer/-in (GmbH) oder im Vorstand (AG) (Sie sind bei Ihrem Unternehmen angestellt)

**4. Welchen Beschäftigungsgrad haben Sie?**

Arbeitnehmer/-in	<input type="text"/>	%
Selbständig	<input type="text"/>	%
Geschäftsführer/-in (GmbH) oder im Vorstand (AG) (Sie sind bei Ihrem Unternehmen angestellt)	<input type="text"/>	%

**4a. Welche dieser beruflichen Stellungen betrachten Sie als Ihre hauptsächliche Stellung? (Wenn 4 = mehrer Optionen)**

- Arbeitnehmer/-in
- Selbständig
- Geschäftsführer/-in (GmbH) oder im Vorstand (AG) (Sie sind bei Ihrem Unternehmen angestellt)

**5. In welchem Rahmen üben Sie Ihren Beruf aus? (Mehrfachnennungen möglich)**

- Einzel- oder Zweierpraxis
- Gemeinschaftspraxis
- Rehabilitationszentrum (Rehaklinik)
- Sozialmedizinisches Zentrum / Betreuung und Pflege zu Hause
- Alters- und Pflegeheim (APH)
- Unternehmen
- Öffentliches Spital
- Privates Spital bzw. Privatklinik
- Notfalleinrichtung / Soforthilfe / Ambulanz
- Einrichtung für Pflegebedürftige (kein APH)
- Medizinisches Labor
- Medizinisches Gesundheitszentrum
- Schulisches Umfeld
- Nicht-Regierungsorganisationen / Verbände
- Apotheke
- Sonstige

Bitte geben Sie an, in welchem anderen Rahmen:

## 6. Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

- Rettungssanitäter/-in
- Fachfrau/-mann Apotheke
- Medizinische/-r Praxisassistent/-in
- Fachfrau/-mann Betreuung
- Zahnärztin/Zahnarzt
- Ernährungsberater/-in
- Ergotherapeut/-in
- Dentalhygieniker/-in
- Pflegeexpertin/-experte APN
- Diplomierte Pflegefachperson
- Logopädin/Logopäde
- Ärztin/Arzt
- Orthoptist/-in
- Osteopath/-in
- Pflegeassistent/-in (Assistent/-in Gesundheit und Soziales, Pflegehelfer/-in SRK, Pflegehelfer/-in)
- Pflegepersonal auf mittlerer Stufe (Fachfrau/-mann Gesundheit, Pflegefachfrau/-mann DN1, Krankenpfleger/-in FA SRK)
- Apotheker/-in
- Physiotherapeut/-in
- Podologin/Podologe
- Psychologin/Psychologe
- Psychologische Psychotherapeutin/psychologischer Psychotherapeut
- Hebamme
- Biomedizinische Analytikerin/biomedizinischer Analytiker
- Radiologiefachfrau/-mann
- Fachfrau/-mann Operationstechnik
- Technologin/Technologie für medizinische Geräte/Produkte
- Sonstige

Geben Sie bitte etwaige sonstige Berufe an

### 6a. Welche Ausbildung als Pflegepersonal auf mittlerer Stufe haben Sie absolviert? (Wenn 6 = Pflegepersonal auf mittlerer Stufe)

- Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe)
- Pflegefachfrau/-mann DN I
- Praktische Krankenpflege (PKP)

### 6b. Welche Ausbildung als Pflegeexpertin/-experte haben Sie absolviert ? (Wenn 6 = Pflegeexpertin/-experte)

- Clinical Nurse Specialist (Master of Science in Nursing)
- Nurse Practitioner (Master of Science in Nursing)

**6c. Welche Ausbildung als Dipl. Pflegefachfrau/-mann haben Sie absolviert ? (Wenn 6 = Dipl. Pflegefachfrau/-mann)**

- Pflegefachfrau/-mann BSN (Bachelor of Science in Nursing)
- Pflegefachfrau/-mann FH BScN (Bachelor of Science in Pflege)
- Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF
- Pflegefachfrau/-mann DN II
- Pflegefachfrau/-mann für allgemeine Krankenpflege (AKP)
- Pflegefachfrau/-mann Psychiatrie (PSY KP)
- Pflegefachfrau/-mann Kinderkrankenpflege, Wochen- und Säuglingspflege (KWS)
- Pflegefachfrau/-mann integrierte Versorgung
- Vom Schweizer Roten Kreuz anerkannter ausländischer Ausbildungsabschluss, der zur Ausübung einer Tätigkeit als dipl. Pflegefachfrau/-mann berechtigt

**6d. Welche Ausbildung als Pflegeassistent haben Sie absolviert? (Wenn 6 = Pflegeassistent)**

- Assistent/-in Gesundheit und Soziales oder Pflegeassistent/-in
- Pflegehelfer/-in SRK
- Pflegehelfer/-in (ohne Ausbildung oder mit interner Ausbildung in der Einrichtung)

**6e. Welches Fachgebiet haben Sie? (Geben Sie bei mehreren Fachgebieten das Fachgebiet an, in dem Sie hauptsächlich tätig sind.) (Wenn 6 = Pflegeexpertin/-experte APN oder Diplomierte Pflegefachperson)**

- Berater/-in Frühe Kindheit HFP
- Fachexperte/-expertin in Diabetesfachberatung HFP
- Fachexpertin/-experte für Infektionsprävention im Gesundheitswesen HFP
- Expertin/Experte Anästhesiepflege NDS HF
- Fachexpertin/-experte in Onkologiepflege HFP
- Expertin/Experte Notfallpflege NDS HF
- Fachexpertin/-experte in Psychiatriepflege HFP
- Fachexpertin/-experte in geriatrischer und psychogeriatrischer Pflege HFP
- Expertin/Experte Intensivpflege NDS HF
- Fachexpertin/-experte in Nephrologiepflege HFP
- Fachexpertin/-experte in Palliative Care HFP
- Pflegefachfrau/-mann Überwachungspflege
- Spezialist/-in für angewandte Kinästhetik BP
- Ich habe kein Fachgebiet

**6f. Welches Fachgebiet haben Sie? (Geben Sie bei mehreren Fachgebieten das Fachgebiet an, in dem Sie hauptsächlich tätig sind.) (Wenn 6 = Ärztin/ Arzt)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Praktische Ärztin / praktischer Arzt                            | <input type="radio"/> Medizinische Genetik                        | <input type="radio"/> Ophthalmologie   |
| <input type="radio"/> Allergologie und klinische Immunologie                          | <input type="radio"/> Gynäkologie und Geburtshilfe                | <input type="radio"/> Oto-Rhino-Laryngologie   |
| <input type="radio"/> Anästhesiologie   | <input type="radio"/> Hämatologie                                 | <input type="radio"/> Pathologie   |
| <input type="radio"/> Angiologie  | <input type="radio"/> Infektiologie                               | <input type="radio"/> Pädiatrie  |
| <input type="radio"/> Chirurgie   | <input type="radio"/> Arbeitsmedizin                              | <input type="radio"/> Klinische Pharmakologie und Toxikologie                            |
| <input type="radio"/> Herzchirurgie, Gefäßchirurgie und Thoraxchirurgie               | <input type="radio"/> Intensivmedizin                             | <input type="radio"/> Pneumologie  |
| <input type="radio"/> Handchirurgie   | <input type="radio"/> Allgemeine Innere Medizin (inkl. Geriatrie) | <input type="radio"/> Prävention und Gesundheit  |
| <input type="radio"/> Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie                            | <input type="radio"/> Rechtsmedizin                               | <input type="radio"/> Psychiatrie und Psychotherapie                                     |
| <input type="radio"/> Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats | <input type="radio"/> Nuklearmedizin                              | <input type="radio"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychotherapie |
| <input type="radio"/> Pädiatrische Chirurgie  | <input type="radio"/> Pharmazeutische Medizin                     | <input type="radio"/> Radiologie   |
| <input type="radio"/> Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie            | <input type="radio"/> Physikalische Medizin und Rehabilitation    | <input type="radio"/> Radio-Onkologie / Strahlentherapie                                 |
| <input type="radio"/> Thoraxchirurgie   | <input type="radio"/> Tropenmedizin und Reisemedizin              | <input type="radio"/> Rheumatologie  |
| <input type="radio"/> Gefäßchirurgie  | <input type="radio"/> Nephrologie                                 | <input type="radio"/> Urologie   |
| <input type="radio"/> Dermatologie und Venerologie                                    | <input type="radio"/> Neurochirurgie                              | <input type="radio"/> Sonstige   |
| <input type="radio"/> Endokrinologie/Diabetologie                                     | <input type="radio"/> Neurologie                                  |  |
| <input type="radio"/> Gastroenterologie   | <input type="radio"/> Medizinische Onkologie                      |  |

Bitte geben Sie das Fachgebiet genauer an

**7. Haben Sie nach Ihrer Ausbildung zur/zum [Beruf Frage 6] eine Weiterbildung in Ihrem Fachgebiet absolviert?**

- Ja  Nein

**7a. Bitte geben Sie die Weiterbildung genauer an (Wenn 7 = Ja)**

**8. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als [Beruf Frage 6]?**

Jahr/en

**9. In welchem Fachgebiet/welchen Fachgebieten sind Sie hauptsächlich tätig? (Mehrfachnennungen möglich)**

- Somatische Pflege
- Psychische Gesundheit
- Langzeitpflege
- Betreuung und Pflege zu Hause
- Rehabilitation
- Sonstige

Bitte geben Sie Ihren Tätigkeitsbereich genauer an

**10. Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Tag? (einschliesslich Überstunden und alle Arbeitsstellen zusammengerechnet, wenn Sie mehrere Arbeitsstellen haben)**

Stunden

**11. Wie viele Tage arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche? (Berücksichtigen Sie ausschließlich ihre Beschäftigung im Gesundheitswesen).**

Tage

**12. Welches Arbeitszeitmodell praktizieren Sie? (Berücksichtigen Sie ausschließlich ihre Beschäftigung im Gesundheitswesen)**

- Nur Tagesarbeit
- Nur Nachtarbeit
- Tages- und Nachtarbeit

**13. Welche Arbeitszeit(en) haben Sie? (Mehrfachnennungen möglich)**

- Durchgehende Arbeitszeit
- Arbeitszeit mit Unterbruch

**14. Haben Sie eine leitende Funktion (ausser Betreuung von Praktikanten)?**

- Ja
- Nein

**14a. Für wie viele Personen sind Sie verantwortlich? (Wenn 14 = Ja)**

- Zwischen 1 und 10
- Zwischen 11 und 20
- Zwischen 21 und 30
- Zwischen 31 und 40
- Zwischen 41 und 50
- Mehr als 50

**15. In welchem Land haben Sie Ihre Ausbildung zur/zum [Beruf Frage 6] absolviert?**

**16. Haben Sie in der Vergangenheit einen anderen Beruf ausgeübt?**

- Ja
- Nein

**16a. War dies ein Beruf im Gesundheitsbereich? (Wenn 16 = Ja)**

- Ja
- Nein

**16b. Welcher Beruf war das? (Wenn 16 = Ja)**

**17. Haben Sie Ihren Beschäftigungsgrad im Lauf der letzten 12 Monate geändert?**

- Ja
- Nein

**17a. Haben Sie Ihren Beschäftigungsgrad erhöht oder gesenkt? (Wenn 17 = Ja)**

- Erhöht
- Gesenkt

**17b. Aus welchen Gründen? (Wenn 17 = Ja)**

- Auf Verlangen meines Arbeitgebers oder weil es für meine Stelle erforderlich war
- Wegen der Arbeitsbelastung
- Wegen der familiären Belastung
- Um meinen Lohn zu erhöhen
- Um eine Ausbildung im Gesundheitsbereich zu beginnen
- Um eine Ausbildung in einem anderen Bereich zu beginnen
- Um mehr Zeit für sich selbst zu haben
- Sonstige

Bitte geben Sie den Grund an:

## Arbeitsbelastung

Die folgenden Fragen betreffen die Anforderungen bei Ihrer Arbeit

	weniger als einmal im Monat oder nie	ein- bis zweimal pro Monat	ein- bis zweimal pro Woche	ein- bis zweimal pro Tag	mehrere Male pro Tag
18. Wie oft erfordert es Ihre Arbeit, dass Sie sehr schnell arbeiten müssen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Wie oft erfordert es Ihre Arbeit, dass Sie sehr hart arbeiten müssen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Wie oft lässt Ihre Arbeit Ihnen wenig Zeit, Dinge zu erledigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Wie oft ist sehr viel zu tun?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Wie oft kommt es vor, dass Sie mehr zu tun haben, als Sie erledigen können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Ihr Einfluss auf den Arbeitsrhythmus und Pausen/Ferien

23. Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Ferien machen?

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

24. Können Sie die Arbeit unterbrechen, um mit einer/einem Arbeitskollegin/-kollegen zu sprechen?

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

25. Wenn Sie persönliche Angelegenheiten zu erledigen haben, haben Sie dann die Möglichkeit, sich eine halbe Stunde von der Arbeit zu entfernen, ohne dass dies vorher vereinbart wurde?

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

26. Müssen Sie Überstunden machen?

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

27. Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

## Ressourcen (Mittelzuweisungen)

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	Gar nicht einverstanden	Eher nicht einverstanden	Eher einverstanden	Vollkommen einverstanden
28. Es ist ausreichend Personal vorhanden, um die Arbeit zu erledigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Es gibt im Team genügend Personal, um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten/Kunden/Bewohner zu gewährleisten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Es gibt angemessene logistische/technische Unterstützung, die es mir ermöglicht, Zeit mit den Patienten/Kunden/Bewohner zu verbringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Ich habe genügend Zeit und ausreichend Gelegenheit, mit anderen Fachkräften über Probleme bei der Versorgung von Patienten/Kunden/Bewohnern zu sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Ich arbeite mit kompetenten Fachkräften zusammen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Ihre Möglichkeiten zu beruflichen Weiterentwicklung

33. Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu lernen?

In sehr hohem Mass  In hohem Mass  Zum Teil  In geringem Mass  In sehr geringem Mass

34. Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?

In sehr hohem Mass  In hohem Mass  Zum Teil  In geringem Mass  In sehr geringem Mass

35. Haben Sie durch Ihre Arbeit die Möglichkeit, Ihre Fähigkeiten weiterzuentwickeln?

In sehr hohem Mass  In hohem Mass  Zum Teil  In geringem Mass  In sehr geringem Mass

## Gleichgewicht zwischen Privatleben und Beruf

36. Kommt es vor, dass Sie zugleich bei der Arbeit und zu Hause sein müssen?

Ja, sicher  Ja, ab und zu  Ja, aber nur selten  Nein, gar nicht

**37. Beansprucht Ihre Arbeit so viel Energie, dass sich dies negativ auf Ihr Privatleben auswirkt?**

Ja, sicher

Ja, ab und zu

Ja, aber nur selten

Nein, gar nicht

**Geben Sie an, ob die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.**

**38. Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.**

Ja, sicher

Ja, ab und zu

Ja, aber nur selten

Nein, gar nicht

**39. Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern.**

Ja, sicher

Ja, ab und zu

Ja, aber nur selten

Nein, gar nicht

**40. Ich muss arbeiten, wenn ich zu Hause bin (ausserhalb meiner Arbeitszeiten).**

Ja, sicher

Ja, ab und zu

Ja, aber nur selten

Nein, gar nicht

**Ihre Beziehung zur/zum direkten Vorgesetzten**

Bitte geben Sie an, wie häufig sich Ihr/-e direkte/-r Vorgesetzte/-r wie folgt verhält:

	Nie/fast nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft/immer
41. Sie/er vermittelt eine klare und positive Zukunftsvision.	<input type="radio"/>				
42. Sie/er behandelt die Mitarbeiter als vollwertige Individuen und unterstützt und fördert ihre Entwicklung.	<input type="radio"/>				
43. Sie/er ermutigt die Mitarbeiter und erkennt ihre Arbeit an.	<input type="radio"/>				
44. Sie/er fördert das Vertrauen und die Zusammenarbeit zwischen den Teammitgliedern sowie ihr Engagement.	<input type="radio"/>				
45. Sie/er regt dazu an, Probleme auf neue Art zu betrachten und hinterfragt Mutmassungen.	<input type="radio"/>				
46. Sie/er vertritt klare Werte und setzt das, was sie/er befürwortet, in die Praxis um.	<input type="radio"/>				
47. Sie/er flösst Respekt ein, erfüllt die anderen Mitarbeiter mit Stolz und inspiriert mich durch ihre/seine Kompetenz.	<input type="radio"/>				

## Ihre Einbindung in Entscheidungsfindungen

48. Haben Sie grossen Einfluss auf Entscheidungen, die Ihre Arbeit betreffen?

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

49. Haben Sie ein Mitspracherecht bei der Auswahl der Personen, mit denen Sie zusammenarbeiten?

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

50. Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

51. Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

52. Können Sie beeinflussen, wie schnell Ihre Arbeit zu erledigen ist?

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

53. Haben Sie Einfluss darauf, wie Sie Ihre Arbeit erledigen?

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

## Gefühl der Zugehörigkeit

54. Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen/-kolleginnen gut?

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

55. Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen/-kolleginnen gut?

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

56. Fühlen Sie sich an Ihrem Arbeitsort als Teil einer Gemeinschaft?

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

## Interprofessionelle Zusammenarbeit

*Im Folgenden finden Sie Fragen und Aussagen zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Denken Sie bei der Beantwortung der Fragen und der Bewertung der Aussagen an Ihre derzeitige Arbeitsumgebung. Wenn Sie derzeit keine Beschäftigung haben, denken Sie an Ihre letzte Arbeitsumgebung.*

**57. Bei wie viel Prozent Ihrer Patienten wird der jeweilige individuelle Behandlungsplan von Mitarbeitenden zweier unterschiedlicher Berufsgruppen (z.B. Pflege und Ärzte/Ärztinnen) gemeinsam entwickelt?**

- 0%
- Von 1% bis 25%
- Von 26% bis 50%
- Von 51% bis 75%
- Mehr als 75%

**Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen. (Wenn 57 > 0%)**

	Gar nicht einverstanden	Eher nicht einverstanden	Weder noch	Eher einverstanden	Vollkommen einverstanden
58. Relevante Entscheidungen betreffend Änderungen des Behandlungsplans werden in den interprofessionellen Teams gemeinsam getroffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Bei Uneinigkeit bezüglich des Behandlungsplans gibt es eine klare Vorgehensweise, um eine Entscheidung zu treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. Die Mitglieder der interprofessionellen Teams sorgen für eine gute Koordination der Behandlung der Patienten/Kunden/Bewohner.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. Die Mitglieder der interprofessionellen Teams kennen ihren Verantwortungsbereich in der Behandlung der Patienten/Kunden/Bewohner.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. Die Mitglieder der interprofessionellen Teams kennen den Verantwortungsbereich der anderen Teammitglieder in der Behandlung der Patienten/Kunden/Bewohner.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Die jeweiligen Verantwortungsbereiche der Mitglieder der interprofessionellen Teams in der Behandlung der Patienten/Kunden/Bewohner werden von allen respektiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. Die Mitglieder der interprofessionellen Teams äussern ihre Meinung im Team offen, auch dann, wenn diese nicht mit der Meinung der anderen übereinstimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Die Mitglieder der interprofessionellen Teams machen einander wertschätzend auf Fehler aufmerksam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist geprägt von respektvollem Umgang miteinander.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. Die Mitglieder der interprofessionellen Teams nehmen Rücksicht auf die Herausforderungen im Arbeitsalltag der anderen Berufe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. Die Mitglieder der interprofessionellen Teams lösen Konflikte auf positive Art und Weise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. Die Mitglieder der interprofessionellen Teams verfügen über die notwendigen fachlichen Kompetenzen, um die Patienten/Kunden/Bewohner optimal zu behandeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. Ich persönlich bin ein/e Befürworter/in der interprofessionellen Zusammenarbeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. Die Mitglieder der interprofessionellen Teams wissen, wer die Behandlung der Patienten/Kunden/Bewohner koordiniert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Anerkennung Ihrer Arbeit

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Art und Weise, wie Ihre Arbeit anerkannt wird. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	Gar nicht einverstanden	Eher nicht einverstanden	Weder noch	Eher einverstanden	Vollkommen einverstanden
72. Meine Kollegen gratulieren oder danken mir, um eine gute Arbeitsleistung hervorzuheben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. Meine Kollegen erkennen meinen Beitrag zum reibungslosen Funktionieren des Teams oder der Abteilung an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. Meine Kollegen geben mir eine spontane Einschätzung der Qualität meiner Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. Meine Kollegen zeigen mir gegenüber ihre Wertschätzung (Grüße, Sympathie und freundliche Aufmerksamkeiten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. Meine Vorgesetzten sprechen mir Mut zu, wenn ich mit einer schwierigen Situation konfrontiert bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77. Meine Vorgesetzten hören mir zu, wenn ich mit Ihnen über meine Arbeit sprechen möchte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. Meine Vorgesetzten zeigen mir gegenüber ihre Wertschätzung (Grüße, Sympathie und freundliche Aufmerksamkeiten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79. Meine Vorgesetzten erkennen meinen Wert an, indem sie mir genügend Autonomie bei meiner Tätigkeit lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80. Mein Arbeitgeber bietet mir Aufstiegsmöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81. Mein Arbeitgeber stellt mir die nötigen Mittel zur Verfügung, um effektiv zu arbeiten (Budget, Ausrüstung, Personal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. Mein Arbeitgeber bietet mir eine finanzielle Anerkennung für die Qualität meiner Arbeit (Lohnerhöhungen, Prämien, finanzielle Vorteile oder Sachleistungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83. Mein Arbeitgeber bietet mir Fortbildungen an, die die Weiterentwicklung meiner Kompetenz sicherstellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Vorbereitung auf die Realität des Arbeitsalltags

**84. Sind Sie der Meinung, dass Ihre Ausbildung Sie insgesamt gut auf Ihre berufliche Tätigkeit vorbereitet hat?**

Gar nicht einverstanden

Eher nicht einverstanden

Weder noch

Eher einverstanden

Vollkommen einverstanden

**85. Bei meiner Arbeit nutze ich das ganze Spektrum dessen, was ich gelernt habe.**

Gar nicht  
einverstanden

Eher nicht  
einverstanden

Weder noch

Eher einverstanden

Vollkommen  
einverstanden

**Sinn der Arbeit**

**86. Ist Ihre Arbeit sinnvoll?**

In sehr hohem Mass

In hohem Mass

Mehr oder weniger

In geringem Mass

In sehr geringem  
Mass

**87. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?**

In sehr hohem Mass

In hohem Mass

Mehr oder weniger

In geringem Mass

In sehr geringem  
Mass

**Belastbarkeit**

**Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.**

	Nicht einverstanden	Eher nicht einverstanden	Eher einverstanden	Einverstanden
88. Ethisch schwierige Situationen in Bezug auf Patienten/Kunden/Bewohner vermitteln mir ein Gefühl der Ohnmacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89. Wenn ich es nicht schaffe, eine ethisch schwierige Situation zu lösen, habe ich das Gefühl, dass ich mich bei meiner Arbeit nicht engagiere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90. Wiederholt auftretende Konflikte überfordern mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91. Nach einer ethisch schwierigen Situation in Bezug auf Patienten/Kunden/Bewohner bleibt ein unbehagliches Gefühl bestehen und belastet mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92. Wenn ich vor einer ethischen Herausforderung stehe, mute ich mir mehr zu, als gut für mich ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93. Unabhängig von der Situation handle ich in Übereinstimmung mit meinen Werten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
94. Im Rahmen meiner Arbeit spiegeln meine Entscheidungen und mein Verhalten stets meine Werte wider	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
95. Es ist schwierig für mich, Entscheidungen von anderen umzusetzen, wenn sie gegen meine Werte gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
96. An meinem Arbeitsort gibt es die Möglichkeit, über ethisch schwierige Situationen, die Patienten/Kunden/Bewohner betreffen, zu sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Unsicherheiten bei der Arbeit

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Aussagen, die darstellen, wie Menschen auf Ungewissheit reagieren können. Bitte geben Sie an, in wie weit jede der folgenden Aussagen auf Sie zutrifft.

	Trifft gar nicht zu	Trifft ein wenig zu	Trifft recht gut zu	Trifft gut zu	Trifft voll und ganz zu
97. Unvorhergesehene Ereignisse stören mich sehr	<input type="radio"/>				
98. Es frustriert mich, wenn ich nicht alle erforderlichen Informationen bekomme	<input type="radio"/>				
99. Ein kleines, unvorhergesehenes Ereignis kann alles durcheinander bringen, selbst die beste Planung	<input type="radio"/>				
100. Ich möchte immer wissen, was die Zukunft für mich bereithält	<input type="radio"/>				
101. Ich hasse es, wenn ich unvorbereitet überrascht werde	<input type="radio"/>				
102. Ich sollte in der Lage sein, alles im Voraus zu organisieren	<input type="radio"/>				

## Wohlbefinden und allgemeiner Gesundheitszustand

**103. Wie zufrieden waren Sie in den letzten Tagen mit Ihrem Leben im Allgemeinen?**

Gar nicht zufrieden

Völlig zufrieden

**104. Wie glücklich oder unglücklich fühlen Sie sich insgesamt?**

Gar nicht lohnenswert

Völlig lohnenswert

**105. Wie schätzen Sie Ihre körperliche Gesundheit insgesamt ein?**

Schlecht

Hervorragend

**106. Wie schätzen Sie Ihre psychische Gesundheit insgesamt ein?**

Schlecht

Hervorragend

**107. Wie lohnenswert sind die Dinge, die Sie in Ihrem Leben tun, Ihrer Einschätzung nach im Allgemeinen?**

Gar nicht lohnenswert

Völlig lohnenswert

**108. Mir ist bewusst, welchen Sinn mein Leben hat**

Gar nicht einverstanden

Vollkommen einverstanden

**109. Ich handle stets so, dass ich unter allen Umständen das Gute fördere, selbst in schwierigen Situationen**

Trifft auf mich nicht zu

Trifft auf mich voll zu

**110. Ich bin immer in der Lage, im Moment auf ein kleines Glück zu verzichten, um später ein grösseres Glück zu erleben**

Trifft auf mich nicht zu

Trifft auf mich voll zu

**111. Ich bin mit meinen Freundschaften und meinen Beziehungen zufrieden**

Gar nicht einverstanden

Vollkommen einverstanden

**112. Meine Beziehungen sind so zufriedenstellend, wie ich mir das wünsche**

Gar nicht einverstanden

Vollkommen einverstanden

**113. Was denken Sie insgesamt über Ihren Gesundheitszustand?**

Schlecht

Mittelmässig

Gut

Sehr gut

Hervorragend

## Erschöpfung

**114. Wie schätzen Sie den Grad Ihrer Erschöpfung insgesamt ein, basierend auf Ihrer Definition von Erschöpfung?**

- 1 = Ich mag meine Arbeit. Ich habe keine Erschöpfungssymptome.
- 2 = Ich bin manchmal gestresst und ich habe nicht immer so viel Energie wie früher, fühle mich jedoch nicht erschöpft.
- 3 = Ich bin auf dem Weg in eine echte Erschöpfung und ich habe eines oder mehrere Erschöpfungssymptome wie körperliche oder emotionale Erschöpfung.
- 4 = Die von mir erlebten beruflichen Erschöpfungssymptome verschwinden nicht. Ich denke oft an die Frustrationen, die ich bei der Arbeit erlebe.
- 5 = Ich fühle mich völlig erschöpft und ich frage mich oft, ob ich es schaffen werde, weiterzumachen. Ich bin an einem Punkt angelangt, wo ich vielleicht Veränderungen oder Hilfe jeglicher Art brauche.

## Absicht, am Arbeitsplatz zu bleiben

**115. Wenn Ihre Arbeitsbedingungen/Ihr Arbeitsumfeld in den nächsten Monaten gleich blieben, würden Sie Ihre derzeitige Stelle dann behalten wollen?**

- |  |                                     |  |                                  |   |
|--|-------------------------------------|--|----------------------------------|---|
| Nein, gar nicht<br><input type="radio"/> | Eher nicht<br><input type="radio"/> | Das kommt darauf an<br><input type="radio"/> | Eher ja<br><input type="radio"/> | Ja, auf jeden Fall<br><input type="radio"/> |
|--|-------------------------------------|--|----------------------------------|---|

**116. Wenn Ihre Arbeitsbedingungen/Ihr Arbeitsumfeld in den nächsten Monaten gleich blieben, würden Sie Ihren derzeitigen Beruf dann weiter ausüben wollen?**

- |  |                                     |  |                                  |   |
|--|-------------------------------------|--|----------------------------------|---|
| Nein, gar nicht<br><input type="radio"/> | Eher nicht<br><input type="radio"/> | Das kommt darauf an<br><input type="radio"/> | Eher ja<br><input type="radio"/> | Ja, auf jeden Fall<br><input type="radio"/> |
|--|-------------------------------------|--|----------------------------------|---|

**117. Wenn Ihre Arbeitsbedingungen/Ihr Arbeitsumfeld in den nächsten Monaten unverändert bleiben würden, würden Sie dann im Gesundheitsbereich bleiben?**

- |  |                                     |  |                                  |   |
|--|-------------------------------------|--|----------------------------------|---|
| Nein, gar nicht<br><input type="radio"/> | Eher nicht<br><input type="radio"/> | Das kommt darauf an<br><input type="radio"/> | Eher ja<br><input type="radio"/> | Ja, auf jeden Fall<br><input type="radio"/> |
|--|-------------------------------------|--|----------------------------------|---|

## Absicht, den Arbeitsplatz zu verlassen/Änderung der Wahrscheinlichkeit

**Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie im Lauf der nächsten fünf Jahre ...**

	0 - Sehr unwahrscheinlich	1	2	3	4 - Sehr wahr- scheinlich
118. ... Ihre Stelle/Tätigkeit aufgeben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119. ... Ihren Beruf aufgeben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120. ... Nicht mehr im Gesundheitsbereich tätig sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121. ... Ihren Beschäftigungsgrad reduzieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122. ... Ihren Beschäftigungsgrad erhöhen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Zufriedenheit insgesamt

123. Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?

Sehr unzufrieden

Unzufrieden

Zufrieden

Sehr zufrieden

## Ihr professioneller Werdegang

124. Wie oft haben Sie seit Beginn Ihrer beruflichen Tätigkeit im Gesundheitsbereich den Arbeitgeber gewechselt?

Mal

125. Wie oft haben Sie seit Beginn Ihrer beruflichen Tätigkeit im Gesundheitsbereich das Arbeitsumfeld gewechselt (z. B. Spital, Institution, Praxis usw.)?

Mal

126. Wie oft haben Sie seit Beginn Ihrer beruflichen Tätigkeit im Gesundheitsbereich den Kanton oder das Land, in dem Sie arbeiten, gewechselt?

Mal

Haben Sie/sind Sie seit Beginn Ihrer beruflichen Tätigkeit im Gesundheitsbereich:

	Ja, einmal	Ja, mehrmals	Nein, nie
127. Ihre berufliche Tätigkeit länger als ein Jahr unterbrochen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
128. Arbeitslos gewesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

128a. Wie lange haben Sie Ihre berufliche Tätigkeit insgesamt unterbrochen? (Wenn 126 = Ja, einmal oder Ja, mehmal)

Jahre

128b. Aus welche(n) Gründ(en)? (Wenn 126 = Ja, einmal oder Ja, mehmal)

**128c. Warum haben Sie Ihre Tätigkeit im Gesundheitsbereich nach dieser Unterbrechung/diesen Unterbrechungen wieder aufgenommen? (Wenn 126 = Ja, einmal oder Ja, mehrmal)**

**129. Mussten Sie Ihrer Arbeit im Lauf der letzten fünf Jahre aufgrund von Unfällen oder Krankheiten, die in Zusammenhang mit Ihrer Arbeit standen, fernbleiben?**

- Ja  Nein

**130. Wo haben Sie im Lauf Ihrer Karriere im Gesundheitswesen gearbeitet?**

- Nur im öffentlichen Sektor  
 Nur im Privatsektor  
 Nur im halböffentlichen Sektor (Stiftungen oder Vereinigungen mit öffentlichem Auftrag)  
 Hauptsächlich im öffentlichen Sektor  
 Hauptsächlich im Privatsektor  
 Hauptsächlich im halböffentlichen Sektor (Stiftungen oder Organisationen mit öffentlichem Auftrag)

**131. In welchem Sektor war (ist) Ihre erste Anstellung im Gesundheitswesen?**

- Im öffentlichen Sektor  
 Im Privatsektor  
 Im halböffentlichen Sektor (Stiftungen oder Organisationen mit öffentlichem Auftrag)

**132. In welchem Sektor ist Ihre aktuelle Anstellung im Gesundheitswesen (oder letzte Anstellung, wenn nicht mehr beschäftigt)?**

- Im öffentlichen Sektor  
 Im Privatsektor  
 Im halböffentlichen Sektor (Stiftungen oder Organisationen mit öffentlichem Auftrag)

**133. Wie hoch ist Ihr durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen in Schweizer Franken (CHF)? Nettoeinkommen: was Sie am Monatsende nach Abzügen erhalten.**

- Bis zu CHF 2'000  
 Zwischen CHF 2'001 und CHF 4'000  
 Zwischen CHF 4'001 und CHF 6'000  
 Zwischen CHF 6'001 und CHF 8'000  
 Zwischen CHF 8'001 und CHF 10'000  
 Über CHF 10'000

## Über Sie selbst

**134. Welche der folgenden Aussagen beschreibt Sie am besten?**

- Eine Frau  Ein Mann  Sonstige  Das möchte ich nicht beantworten

134a. Bitte angeben (Wenn 134 = Sonstige)

135. In welchem Jahr wurden Sie geboren?

136. Sind Sie ...

- Schweizer/-in
- Binational oder trinational (Schweizer/-in und Ausländer/-in)
- Ausländer/-in

137. Welchen offiziellen Zivilstand haben Sie?

- Ledig
- Konkubinatspartner oder eingetragene Partnerschaft oder verheiratet
- Getrennt oder aufgelöste Partnerschaft oder geschieden
- Verwitwet

138. Haben Sie Kinder?

- Ja
- Nein

138a. Wie viele Kinder haben Sie in den folgenden Altersgruppen? (Wenn 138 = Ja)

Ich habe (Anzahl) Kind/-er im Vorschulalter (bis ca. 4 Jahre)	<input type="text"/>
Ich habe (Anzahl) Kind/-er im Grundschulalter (ab ca. 4 Jahren)	<input type="text"/>
Ich habe (Anzahl) Kind/-er im Sekundarschulalter (ab ca. 12 Jahren)	<input type="text"/>
Ich habe (Anzahl) Kind/-er in Ausbildung (nach der Pflichtschulzeit, ab ca. 15 Jahren)	<input type="text"/>
Ich habe (Anzahl) erwachsene/-s Kind/-er, die ihre Ausbildung abgeschlossen haben (nach der Pflichtschulzeit)	<input type="text"/>

139. **Betreuende Angehörige sind Personen aller Altersgruppen, die einen Menschen unterstützen, dem sie sich verbunden oder verpflichtet fühlen. Sie unterstützen eine Person bei alltäglichen Aufgaben, wenn diese aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, diese Aufgaben allein zu bewältigen. Gründe für die Unterstützungsbedürftigkeit schliessen physische und psychische Erkrankungen, Behinderung oder Gebrechlichkeit ein. Von betreuenden Angehörigen spricht man, wenn diese Unterstützung über längere Zeit und in wesentlichem Ausmass erbracht wird.**

Trifft diese Definition auf Sie zu?

- Ja, derzeit
- Ja, in der Vergangenheit
- Nein

**140. Bitte geben Sie Ihren Wohnort an.**

PLZ:	<input type="text"/>
Ort:	<input type="text"/>
Kanton (oder Land, falls ausserhalb der Schweiz):	<input type="text"/>

**141. Bitte geben Sie Ihren hauptsächlichen Arbeitsort an.**

PLZ:	<input type="text"/>
Ort:	<input type="text"/>
Kanton:	<input type="text"/>

**142. Wie viel Zeit brauchen Sie durchschnittlich für den Weg zwischen Ihrem Zuhause und Ihrem hauptsächlichen Arbeitsplatz?**

Stunden:	<input type="text"/>
Minuten:	<input type="text"/>

**143. Möchten Sie eine Bemerkung zu Ihrer beruflichen Situation machen und/oder einen wichtigen Aspekt hinzufügen, der im Fragebogen nicht behandelt wurde?**

**144. Geben Sie bitte hier ihre private E-Mail-Adresse an, damit wir Sie im nächsten Jahr im Rahmen der Kohorten-Kontrolle und der nächsten Befragung kontaktieren können:**

**145. Wären Sie damit einverstanden, in Zukunft kontaktiert zu werden, um an einem Einzel- oder Gruppengespräch über Ihren beruflichen Werdegang und Ihr beruflichen Erfahrungen teilzunehmen?**

- Ja  
 Nein

**145a. Falls ja, geben Sie hier bitte eine private Kontakt-E-Mail-Adresse an: (Wenn 145 = Ja)**

Vielen Dank für Ihre Teilnahme und Ihre Hilfe bei diesem Projekt.

Sie können Ihre Antworten unten auf der Seite speichern.