

• Swiss COhort of Healthcare Professionals and Informal Caregivers, Selbständiges Gesundheitsfachpersonal und Privatpraxen 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.

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).
- 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 Diplomierter 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 Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Tag? (einschliesslich Überstunden und alle Arbeitsstellen zusammengerechnet, wenn Sie mehrere Arbeitsstellen haben)

Stunden

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. Müssen Sie Überstunden machen?

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

Ihre Möglichkeiten zu beruflichen Weiterentwicklung

25. 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

26. 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

27. 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

28. 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

29. 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.

30. Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.

Ja, sicher

Ja, ab und zu

Ja, aber nur selten

Nein, gar nicht

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

Ja, sicher

Ja, ab und zu

Ja, aber nur selten

Nein, gar nicht

32. 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

33. Ist Ihre Arbeit von einer/einem Vorgesetzten abhängig?

Ja

Nein

Bitte geben Sie an, wie häufig sich Ihr/-e direkte/-r Vorgesetzte/-r wie folgt verhält: (Wenn 33 = Ja)

	Nie/fast nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft/immer
34. Sie/er vermittelt eine klare und positive Zukunftsvision.	<input type="radio"/>				
35. Sie/er behandelt die Mitarbeiter als vollwertige Individuen und unterstützt und fördert ihre Entwicklung.	<input type="radio"/>				
36. Sie/er ermutigt die Mitarbeiter und erkennt ihre Arbeit an.	<input type="radio"/>				
37. Sie/er fördert das Vertrauen und die Zusammenarbeit zwischen den Teammitgliedern sowie ihr Engagement.	<input type="radio"/>				
38. Sie/er regt dazu an, Probleme auf neue Art zu betrachten und hinterfragt Mutmassungen.	<input type="radio"/>				
39. Sie/er vertritt klare Werte und setzt das, was sie/er befürwortet, in die Praxis um.	<input type="radio"/>				
40. 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

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

Nie/fast nie Selten Manchmal Oft Sehr oft/immer

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

Nie/fast nie Selten Manchmal Oft Sehr oft/immer

43. Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die zu erledigen ist?

Nie/fast nie Selten Manchmal Oft Sehr oft/immer

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

Nie/fast nie Selten Manchmal Oft Sehr oft/immer

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

Nie/fast nie

Selten

Manchmal

Oft

Sehr oft/immer

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

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.

47. 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 47 > 0%)

	Gar nicht einverstanden	Eher nicht einverstanden	Weder noch	Eher einverstanden	Vollkommen Einverstanden
48. 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"/>
49. 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"/>
50. 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"/>
51. 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"/>
52. 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"/>
53. 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"/>
54. 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"/>
55. 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"/>
56. Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist geprägt von respektvollem Umgang miteinander.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. 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"/>
58. 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"/>
59. 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"/>
60. 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"/>
61. 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
62. Die Patienten/Kunden/Bewohner und/oder ihre Angehörigen danken mir für meine Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Die Patienten/Kunden/Bewohner und/oder ihre Angehörigen 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"/>
64. Meine Arbeit wird von den anderen Gesundheitsfachpersonen anerkannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Die Akteure des Gesundheitssystems lassen mir bei der Ausübung meines Beruf genügend Autonomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. Das derzeitige Gesundheitssystem stellt mir die nötigen Mittel zur Verfügung, um effektiv arbeiten zu können (Bezahlung, Fortbildungsangebot, qualifiziertes Personal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. Das derzeitige Gesundheitssystem erkennt die Bedeutung und den Wert meiner Arbeit an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vorbereitung auf die Realität des Arbeitsalltags

68. 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

69. 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

70. Ist Ihre Arbeit sinnvoll?

In sehr hohem Mass
In hohem Mass
Mehr oder weniger
In geringem Mass
In sehr geringem Mass

71. 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
72. 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"/>
73. 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"/>
74. Wiederholt auftretende Konflikte überfordern mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. 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"/>
76. 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"/>
77. Unabhängig von der Situation handle ich in Übereinstimmung mit meinen Werten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. 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"/>
79. 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"/>
80. An meinem Arbeitsplatz 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"/>

92. Mir ist bewusst, welchen Sinn mein Leben hat

Gar nicht
einverstanden

Vollkommen
einverstanden

93. 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

94. 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

95. Ich bin mit meinen Freundschaften und meinen Beziehungen zufrieden

Gar nicht
einverstanden

Vollkommen
einverstanden

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

Gar nicht
einverstanden

Vollkommen
einverstanden

97. Was denken Sie insgesamt über Ihren Gesundheitszustand?

Schlecht

Mittelmässig

Gut

Sehr gut

Hervorragend

Erschöpfung

98. 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

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

- Nein, gar nicht
Eher nicht
Das kommt darauf an
Eher ja
Ja, auf jeden Fall

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

- Nein, gar nicht
Eher nicht
Das kommt darauf an
Eher ja
Ja, auf jeden Fall

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

- Nein, gar nicht
Eher nicht
Das kommt darauf an
Eher ja
Ja, auf jeden Fall

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 wahrscheinlich
102. ... Ihre Stelle/Tätigkeit aufgeben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
103. ... Ihren Beruf aufgeben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
104. ... Nicht mehr im Gesundheitsbereich tätig sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105. ... Ihren Beschäftigungsgrad reduzieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106. ... Ihren Beschäftigungsgrad erhöhen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zufriedenheit insgesamt

107. 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

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

Mal

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

Mal

110. 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
111. Ihre berufliche Tätigkeit länger als ein Jahr unterbrochen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
112. Arbeitslos gewesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

111a. Wie lange haben Sie Ihre berufliche Tätigkeit insgesamt unterbrochen? (Wenn 111 = Ja, einmal oder Ja, mehmal)

Jahre

111b. Aus welche(n) Gründ(en)? (Wenn 111 = Ja, einmal oder Ja, mehmal)

111c. Warum haben Sie Ihre Tätigkeit im Gesundheitsbereich nach dieser Unterbrechung/diesen Unterbrechungen wieder aufgenommen? (Wenn 111 = Ja, einmal oder Ja, mehmal)

113. 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

114. 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)

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

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

116. 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)

117. 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

118. Welche der folgenden Aussagen beschreibt Sie am besten?

- Eine Frau Ein Mann Sonstige Das möchte ich nicht beantworten

118a. Bitte angeben (Wenn 117 = Sonstige)

119. In welchem Jahr wurden Sie geboren?

120. Sind Sie ...

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

121. Welchen offiziellen Zivilstand haben Sie?

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

122. Haben Sie Kinder?

- Ja
- Nein

122a. Wie viele Kinder haben Sie in den folgenden Altersgruppen? (Wenn 122 = Ja)

Ich habe (Anzahl) Kind/-er im Vorschulalter (bis ca. 4 Jahre)

Ich habe (Anzahl) Kind/-er im Grundschulalter (ab ca. 4 Jahren)

Ich habe (Anzahl) Kind/-er im Sekundarschulalter (ab ca. 12 Jahren)

Ich habe (Anzahl) Kind/-er in Ausbildung (nach der Pflichtschulzeit, ab ca. 15 Jahren)

Ich habe (Anzahl) erwachsene/-s Kind/-er, die ihre Ausbildung abgeschlossen haben (nach der Pflichtschulzeit)

123. 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

124. Bitte geben Sie Ihren Wohnort an.

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

125. Bitte geben Sie Ihren hauptsächlichen Arbeitsort an.

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

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

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

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

128. 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:

129. 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

129a. Falls ja, geben Sie hier bitte eine private Kontakt-E-Mail-Adresse an: (Wenn 129 = Ja)

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

Sie können Ihre Antworten unten auf der Seite speichern.