

Schweizer Kohorte von Gesundheitsfachkräften und pflegenden Angehörigen

Baseline-Fragenbogen SCOHPICA 2024

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@unisanté.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/>

Arbeiten Sie derzeit im Gesundheitswesen in direktem Kontakt mit Patienten/Kunden/Bewohnern?

☐ Ja

☐ Nein

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:

Welche Ausbildung machen Sie?

In welchem Beruf?

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)

Welchen Beschäftigungsgrad haben Sie?

	100%	95%	90%	85%	80%	75%	70%	65%	60%	55%	50%	45%	40%	35%	30%	25%	20%	15%	10%	5%
Arbeitnehmer/-in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbständig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschäftsführer/-in (GmbH) oder im Vorstand (AG) (Sie sind bei Ihrem Unternehmen angestellt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche dieser beruflichen Stellungen betrachten Sie als Ihre hauptsächliche Stellung (entsprechend Ihres persönlichen Einsatzes)?

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

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zu Hause | <input type="checkbox"/> Medizinisches Gesundheitszentrum |
| <input type="checkbox"/> Einzel- oder Zweierpraxis | <input type="checkbox"/> Geburtshaus |
| <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis | <input type="checkbox"/> Gefängnisumgebung |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitationszentrum (Rehaklinik) | <input type="checkbox"/> Asylmilieu |
| <input type="checkbox"/> Sozialmedizinisches Zentrum/Hauspflege/Spitex | <input type="checkbox"/> Schulisches Umfeld |
| <input type="checkbox"/> Alters- und Pflegeheim (APH) | <input type="checkbox"/> NGO/Verein/Stiftung |
| <input type="checkbox"/> Unternehmen | <input type="checkbox"/> Apotheke (Offizin und/oder Spital) |
| <input type="checkbox"/> Öffentliches Krankenhaus (stationär und Poliklinik, inkl. Psychiatrie) | <input type="checkbox"/> Versicherung |
| <input type="checkbox"/> Privates Spital bzw. Privatklinik | <input type="checkbox"/> Pharmaunternehmen |
| <input type="checkbox"/> Notfalleinrichtung / Soforthilfe / Ambulanz | <input type="checkbox"/> Forschungseinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Höhere/berufliche Bildungseinrichtung | <input type="checkbox"/> Öffentliche Gesundheitsdienste (kommunal, regional, kantonal, eidgenössisch) |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung für Pflegebedürftige (kein APH) | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Medizinisches Labor | |

Bitte geben Sie an, in welchem anderen Rahmen:

Bitte ordnen Sie Ihre Antworten nach dem Grad Ihres persönlichen Engagements in diesen Kontexten:

Zu Hause
Einzel- oder Zweierpraxis
Gemeinschaftspraxis
Rehabilitationszentrum (Rehaklinik)
Sozialmedizinisches Zentrum/Hauspflege/Spitex
Alters- und Pflegeheim (APH)
Unternehmen
Öffentliches Krankenhaus (stationär und Poliklinik, inkl. Psychiatrie)
Privates Spital bzw. Privatklinik
Notfalleinrichtung / Soforthilfe / Ambulanz
Höhere/berufliche Bildungseinrichtung
Einrichtung für Pflegebedürftige (kein APH)
Medizinisches Labor
Medizinisches Gesundheitszentrum
Geburtshaus
Gefängnisumgebung
Asylmilieu
Schulisches Umfeld
NGO/Verein/Stiftung
Apotheke (Offizin und/oder Spital)
Versicherung
Pharmaunternehmen
Forschungseinrichtung
Öffentliche Gesundheitsdienste (kommunal, regional, kantonal, eidgenössisch)
Sonstige ([pro_context_Autre])

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Rettungssanitäter/-in | <input type="radio"/> Pflegeexpertin/-experte APN | <input type="radio"/> Podologin/Podologe |
| <input type="radio"/> Zahnmedizinische-r Assistent-in | <input type="radio"/> Diplomierte Pflegefachperson | <input type="radio"/> Psychologin/Psychologe |
| <input type="radio"/> Betriebsassistent-in in einer Apotheke | <input type="radio"/> Dipl. Expertin/Experte NDS | <input type="radio"/> Psychologische Psychotherapeutin/psychologischer Psychotherapeut |
| <input type="radio"/> Fachfrau/-mann Apotheke | <input type="radio"/> Logopädin/Logopäde | <input type="radio"/> Hebamme |
| <input type="radio"/> Medizinische-r Assistent-in/Sekretär-in | <input type="radio"/> Ärztin/Arzt | <input type="radio"/> Techniker-in für den Rettungsdienst |
| <input type="radio"/> Fachfrau/-mann Betreuung | <input type="radio"/> Orthoptist/-in | <input type="radio"/> Biomedizinische Analytikerin/biomedizinischer Analytiker |
| <input type="radio"/> Chiropraktorin/Chiropraktor | <input type="radio"/> Osteopath/-in | <input type="radio"/> Radiologiefachfrau/-mann |
| <input type="radio"/> Zahnärztin/Zahnarzt | <input type="radio"/> Pflegeassistent/-in (Assistent/-in Gesundheit und Soziales, Pflegehelfer/-in SRK, Pflegehelfer/-in) | <input type="radio"/> Fachfrau/-mann Operationstechnik |
| <input type="radio"/> Ernährungsberater/-in | <input type="radio"/> Pflegepersonal auf mittlerer Stufe (Fachfrau/-mann Gesundheit, Pflegefachfrau/-mann DN1, Krankenpfleger/-in FA SRK) | <input type="radio"/> Technologin/Technologie für medizinische Geräte/Produkte |
| <input type="radio"/> Ergotherapeut/-in | <input type="radio"/> Apotheker/-in | <input type="radio"/> Komplementärtherapeut-in |
| <input type="radio"/> Dentalhygieniker/-in | <input type="radio"/> Physiotherapeut/-in | <input type="radio"/> Sonstige |

Geben Sie bitte etwaige sonstige Berufe an

Welche Ausbildung als Pflegeexpertin/-experte haben Sie absolviert ?

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

Welche Ausbildung als Pflegepersonal auf mittlerer Stufe haben Sie absolviert?

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

Welche Ausbildung als Pflegeassistenz haben Sie absolviert?

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

Welches Fachgebiet haben Sie? (Geben Sie bei mehreren Fachgebieten das Fachgebiet an, in dem Sie hauptsächlich tätig sind.)

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

Welche Ausbildung als Dipl. Pflegefachfrau/-mann haben Sie absolviert ?

- ☐ 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

Welche Ausbildung zur Dipl. Expertin NDS/zum Dipl. Experte NDS haben Sie absolviert?

Welches Fachgebiet haben Sie? (Geben Sie bei mehreren Fachgebieten das Fachgebiet an, in dem Sie hauptsächlich tätig sind.)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Praktische Ärztin / praktischer Arzt | <input type="radio"/> Endokrinologie/Diabetologie | <input type="radio"/> Neurologie |
| <input type="radio"/> In Weiterbildung zum Facharzt/Fachärztin FMH | <input type="radio"/> Gastroenterologie | <input type="radio"/> Medizinische Onkologie |
| <input type="radio"/> Allergologie und klinische Immunologie | <input type="radio"/> Medizinische Genetik | <input type="radio"/> Ophthalmologie |
| <input type="radio"/> Anästhesiologie | <input type="radio"/> Gynäkologie und Geburtshilfe | <input type="radio"/> Oto-Rhino-Laryngologie |
| <input type="radio"/> Angiologie | <input type="radio"/> Hämatologie | <input type="radio"/> Pathologie |
| <input type="radio"/> Kardiologie | <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 |

Bitte geben Sie das Fachgebiet genauer an

Haben Sie nach Ihrer Ausbildung zur/zum [profession] eine Zertifikatslehrgang absolviert?

- ☐ Ja ☐ Nein

Bitte geben Sie die Zertifikatslehrgang genauer an

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als [profession]?

Jahr/en

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

- ☐ Gesundheitsversorgung in der Gemeinde (z. B. präklinische Notaufnahme, Apotheke, Schulumfeld)
- ☐ Somatische Pflege
- ☐ Psychische Gesundheit
- ☐ Langzeitpflege
- ☐ Betreuung und Pflege zu Hause
- ☐ Rehabilitation
- ☐ Sonstige

Bitte geben Sie Ihren Tätigkeitsbereich genauer an

Bitte ordnen Sie die Antworten nach dem Grad Ihres persönlichen Einsatzes:

Gesundheitsversorgung in der Gemeinde (z. B. präklinische Notaufnahme, Apotheke, Schulumfeld)

Somatische Pflege

Psychische Gesundheit

Langzeitpflege

Betreuung und Pflege zu Hause

Rehabilitation

Sonstige

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

Stunden

Minuten

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

Tage

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

- ☐ Nur Tagesarbeit
- ☐ Nur Nachtarbeit
- ☐ Tages- und Nachtarbeit

Welche Arbeitszeit(en) haben Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Durchgehende Arbeitszeit
- ☐ Arbeitszeit mit Unterbruch

Haben Sie eine leitende Funktion (ausser Betreuung von Praktikanten und Auszubildende)?

- ☐ Ja ☐ Nein

Für wie viele Personen sind Sie verantwortlich?

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

In welchem Land haben Sie Ihre Ausbildung zur/zum [profession] absolviert?

- ☐ Schweiz ☐ Österreich ☐ Kanada ☐ Frankreich ☐ Portugal
☐ Deutschland ☐ Belgien ☐ Spanien ☐ Italien ☐ Andere

Bitte geben Sie an, welche(s) andere(n) Land/Länder

Haben Sie in der Vergangenheit einen anderen Beruf ausgeübt?

- ☐ Ja
☐ Nein

War dies ein Beruf im Gesundheitsbereich?

- ☐ Ja
☐ Nein

Welcher Beruf war das?

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

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Ihren Beschäftigungsgrad erhöht oder gesenkt?

- ☐ Erhöht ☐ Gesenkt

Aus welchen Gründen?

- ☐ Von meinem Arbeitgeber gefordert oder für die Stelle erforderlich/notwendig
- ☐ Aufgrund der Arbeitsbelastung
- ☐ Aus familiären Gründen (einschliesslich Schwangerschaft, Geburt, Betreuung von Kleinkindern oder andere Hilfe für Angehörige)
- ☐ Aus finanziellen Gründen (Erhöhung des Gehalts, der Rente, Senkung der Steuerlast usw.).
- ☐ Für eine Ausbildung/ein berufliches Projekt
- ☐ Um mehr Zeit für sich zu haben/aus Lust
- ☐ Aus Gesundheitsgründen
- ☐ Sonstige

Bitte geben Sie den Grund an:

Ist Ihre berufliche Tätigkeit zeitlich begrenzt, d. h. ist in Ihrem Arbeitsvertrag ein Enddatum festgelegt?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wie lang ist die Gesamtdauer Ihres Arbeitsvertrags?

- ☐ 5 Monate oder weniger
- ☐ Zwischen 6 und 11 Monaten
- ☐ Zwischen 12 und 17 Monaten
- ☐ Zwischen 18 und 23 Monaten
- ☐ 24 Monate oder länger

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
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"/>
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"/>
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"/>
Wie oft ist sehr viel zu tun?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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

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

Nie/fast nie
☐

Selten
☐

Manchmal
☐

Oft
☐

Sehr oft/immer
☐

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

Nie/fast nie
☐

Selten
☐

Manchmal
☐

Oft
☐

Sehr oft/immer
☐

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
☐

Müssen Sie Überstunden machen?

Nie/fast nie
☐

Selten
☐

Manchmal
☐

Oft
☐

Sehr oft/immer
☐

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
Es ist ausreichend Personal vorhanden, um die Arbeit zu erledigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>
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"/>
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"/>
Ich arbeite mit kompetenten Fachkräften zusammen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ihre Möglichkeiten zu beruflichen Weiterentwicklung

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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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
☐

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.

Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.

Ja, sicher
☐

Ja, ab und zu
☐

Ja, aber nur selten
☐

Nein, gar nicht
☐

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

Ja, sicher
☐

Ja, ab und zu
☐

Ja, aber nur selten
☐

Nein, gar nicht
☐

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

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:

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

Ihre Einbindung in Entscheidungsfindungen

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

Nie/fast nie
☐

Selten
☐

Manchmal
☐

Oft
☐

Sehr oft/immer
☐

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

Nie/fast nie
☐

Selten
☐

Manchmal
☐

Oft
☐

Sehr oft/immer
☐

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

Nie/fast nie
☐

Selten
☐

Manchmal
☐

Oft
☐

Sehr oft/immer
☐

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

Nie/fast nie
☐

Selten
☐

Manchmal
☐

Oft
☐

Sehr oft/immer
☐

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

Nie/fast nie
☐

Selten
☐

Manchmal
☐

Oft
☐

Sehr oft/immer
☐

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

Nie/fast nie
☐

Selten
☐

Manchmal
☐

Oft
☐

Sehr oft/immer
☐

Haben Sie Einfluss darauf, wie Sie Ihre Arbeit erledigen?

Nie/fast nie
☐

Selten
☐

Manchmal
☐

Oft
☐

Sehr oft/immer
☐

Gefühl der Zugehörigkeit

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

Nie/fast nie
☐

Selten
☐

Manchmal
☐

Oft
☐

Sehr oft/immer
☐

Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen/-kolleginnen gut?

Nie/fast nie
☐

Selten
☐

Manchmal
☐

Oft
☐

Sehr oft/immer
☐

Fühlen Sie sich an Ihrem Arbeitsort als Teil einer Gemeinschaft?

Nie/fast nie
☐

Selten
☐

Manchmal
☐

Oft
☐

Sehr oft/immer
☐

**Communauté signifie ici : ensemble ou groupe de personnes qui ont des intérêts, des habitudes, des opinions communes*

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.

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%

Die Gesundheitsfachkräfte, mit denen ich in Kontakt stehe/arbeite...

	Ganz und gar nicht einverstanden	Nicht einverstanden	Mässig einverstanden	Einverstanden	Völlig einverstanden
... berücksichtigen die Daten und Informationen, die von anderen Fachkräften über ihre-n Patienten-in/Klienten-in mitgeteilt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... funktionieren oder arbeiten problemlos zusammen, obwohl es bei der Aufteilung der Verantwortlichkeiten unklare Bereiche gibt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... arbeiten regelmässig zusammen, um eine gemeinsame Betreuungsstrategie zu entwickeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... tauschen untereinander relevante Informationen über ihre gemeinsamen Patienten-innen/Klienten-innen aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... arbeiten bei der Betreuung ihrer gemeinsamen Patienten-innen/Klienten-innen zusammen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In schwierigen oder komplexen Situationen und bei Bedarf holen sich die Fachkräfte Unterstützung (Meinungen, Ratschläge) von anderen Berufsgruppen.

Ganz und gar nicht einverstanden	Eher nicht einverstanden	Weder zustimmen noch ablehnen	Mässig einverstanden	Völlig einverstanden
<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
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
Mein Arbeitgeber bietet mir Aufstiegsmöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>
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"/>
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"/>

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.

	Ganz und gar nicht einverstanden	Eher nicht einverstanden	Weder zustimmen noch ablehnen	Mässig einverstanden	Völlig einverstanden
Patienten-innen/Klienten-innen/Bewohner-innen und/oder deren Angehörige danken mir für meine Arbeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Patienten-innen/Klienten*innen/Bewohner-innen und/oder ihre Angehörigen nehmen Rücksicht auf mich (Grüsse, Sympathie und angenehme Aufmerksamkeiten).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Arbeit wird von anderen Gesundheitsfachkräften anerkannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Akteure des Gesundheitssystems lassen mir genügend Autonomie, um meinen Beruf auszuüben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das derzeitige Gesundheitssystem bietet mir ausreichende Mittel, um effektiv zu arbeiten (Bezahlung, Ausbildungsangebot, qualifiziertes Personal).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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

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
☐

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

Ist Ihre Arbeit sinnvoll?

In sehr hohem
Mass
☐

In hohem Mass
☐

Mehr oder weniger
☐

In geringem Mass
☐

In sehr geringem
Mass
☐

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
☐

Versorgungsqualität

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Versorgungsqualität, die in Ihrem Arbeitskontext erbracht wird (sei es im Team, in einem Netzwerk oder im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit). Einige Fragen werden redundant zu Fragen sein, die Sie bereits beantwortet haben. Bitte beantworten Sie die Fragen trotzdem und denken Sie dabei diesmal an die Versorgungsqualität in Ihrem Arbeitsumfeld. Bitte geben Sie dazu an, inwieweit Sie den einzelnen Aussagen zustimmen.

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

	Ganz und gar nicht einverstanden	Nicht einverstanden	Mässig einverstanden	Einverstanden	Völlig einverstanden
Ich verfüge über die Unterstützungsdienste, die es mir ermöglichen, Zeit mit meinen Patienten-innen zu verbringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Gesundheitsfachkräfte haben gute Arbeitsbeziehungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Gesundheitsfachkräfte organisieren ihre Aktivität selber.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verfüge über genügend Zeit und Gelegenheit, um Probleme bei der Betreuung der Patienten*innen mit anderen Gesundheitsfachkräften (oder Kollegen-innen) zu besprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt genügend qualifizierte Gesundheitsfachkräfte im Team, um den Patienten*innen eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die Freiheit, wichtige Entscheidungen über die Patientenversorgung und meine Arbeit zu treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin nicht mit Situationen konfrontiert, in denen ich Dinge tun muss, die meinem professionellen Urteilsvermögen widersprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt viel Teamarbeit (Koordination) zwischen den verschiedenen Berufsgruppen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Art und Weise, wie die Betreuung organisiert ist, fördert deren Kontinuität.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Schlecht	Eher schlecht	Mittelmässig	Gut	Ausgezeichnet
Wie würden Sie die Qualität der Patientenversorgung in Ihrer Einrichtung/Praxis/Gesundheitshaus im Allgemeinen beschreiben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Niemals	Einmal	Mehrmals im Jahr	Jeden Monat	Jede Woche
Aufgrund des Arbeitsvolumens habe ich Patienten*innen schneller entlassen und/oder ihre Betreuung vernachlässigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe nicht alle Behandlungsmöglichkeiten vollständig erklärt oder nicht alle Fragen der Patienten*innen beantwortet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Fehler bei der Betreuung oder Verschreibung von Tests/Medikamenten gemacht, die nicht mit mangelndem Wissen oder mangelnder Erfahrung meinerseits in Zusammenhang standen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den sozialen oder persönlichen Folgen, welche die Krankheit für die Patienten*innen haben könnte, habe ich wenig Aufmerksamkeit geschenkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wohlbefinden und allgemeiner Gesundheitszustand

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

Gar nicht zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Völlig zufrieden
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------

Wie glücklich oder unglücklich fühlen Sie sich insgesamt?

Gar nicht lohnenswert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Völlig lohnenswert
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------

Wie schätzen Sie Ihre körperliche Gesundheit insgesamt ein?

Schlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hervorragend
----------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------------

Wie schätzen Sie Ihre psychische Gesundheit insgesamt ein?

Schlecht

Hervorragend

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

Gar nicht
lohnenswert

Völlig
lohnenswert

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Mir ist bewusst, welchen Sinn mein Leben hat

Gar nicht
einverstanden

Vollkommen
einverstanden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich bin mit meinen Freundschaften und meinen Beziehungen zufrieden

Gar nicht
einverstanden

Vollkommen
einverstanden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Meine Beziehungen sind so zufriedenstellend, wie ich mir das wünsche

Gar nicht
einverstanden

Vollkommen
einverstanden

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Was denken Sie insgesamt über Ihren Gesundheitszustand?

Schlecht
☐

Mittelmässig
☐

Gut
☐

Sehr gut
☐

Hervorragend
☐

Erschöpfung und Stress

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.

Stress bezeichnet eine Situation, in der sich eine Person angespannt, unruhig, nervös oder ängstlich fühlt oder nachts nicht schlafen kann, weil ihr Geist ständig unruhig ist. Fühlen Sie diese Art von Stress in diesen Tagen?

Überhaupt nicht
☐

Ein wenig
☐

Mittelmässig
☐

Stark
☐

Extrem
☐

Absicht, am Arbeitsplatz zu bleiben

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
☐

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
☐

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

Haben Sie in den letzten vier Wochen nach einer neuen oder zusätzlichen Arbeitsstelle gesucht?

Niemals
☐

Einige Male
☐

Einige Male pro
Monat
☐

Einige Male pro
Woche
☐

Täglich
☐

Wie oft haben Sie im vergangenen Jahr daran gedacht, Ihren Beruf aufzugeben?

Niemals
☐

Einige Male
☐

Einige Male pro
Monat
☐

Einige Male pro
Woche
☐

Täglich
☐

Wie oft haben Sie im vergangenen Jahr erwogen, den Gesundheitsbereich zu verlassen?

Niemals
☐

Einige Male
☐

Einige Male pro
Monat
☐

Einige Male pro
Woche
☐

Täglich
☐

Zufriedenheit insgesamt

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

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

Mal

Aus welchem Hauptgrund haben Sie Ihre letzte Arbeitsstelle verlassen?

- ☐ Krankheit/Unfall/Gesundheitsgründe
- ☐ Entlassung
- ☐ Ende des Vertrags/des Praktikums
- ☐ Kündigung / freiwilliger Grund
- ☐ Militär-/Zivildienst
- ☐ Anderer unbeabsichtigter Grund

Aus welchem Hauptgrund haben Sie freiwillig gekündigt/Ihre Stelle verlassen?

- ☐ Nicht zufriedenstellende Arbeitsbedingungen
- ☐ Wunsch nach Veränderung/Beförderung
- ☐ Ausbildung / Weiterbildung
- ☐ Familiäre/persönliche Verpflichtungen
- ☐ Anderer freiwilliger Grund

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

Mal

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

Wie lange haben Sie Ihre berufliche Tätigkeit insgesamt unterbrochen?

Jahre

Aus welche(n) Gründ(en)?

Warum haben Sie Ihre Tätigkeit im Gesundheitsbereich nach dieser Unterbrechung/diesen Unterbrechungen wieder aufgenommen?

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

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)

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

☐ Im öffentlichen Sektor

☐ Im Privatsektor

☐ Im halböffentlichen Sektor (Stiftungen oder Organisationen mit öffentlichem Auftrag)

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)

**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

Aus wie vielen Personen besteht Ihr Haushalt?

1

2

3

4

5

6 oder mehr

Gibt es in Ihrem Haushalt ausser dem Ihrigen noch andere Einkünfte?

☐ Ja

☐ Nein

Wie hoch ist Ihrem Haushalt ungefähr das gesamte monatliche Nettoeinkommen in Schweizer Franken (CHF)? Nettoeinkommen: das Einkommen, das Sie am Ende des Monats nach Abzügen erhalten.

☐ Bis zu 3 000 CHF

☐ Zwischen 3 001 CHF und 6 000 CHF

☐ Zwischen 6 001 CHF und 9 000 CHF

☐ Zwischen 9 001 CHF und 12 000 CHF

☐ Zwischen 12 001 CHF und 15 000 CHF

☐ Mehr als 15 000 CHF

Über Sie selbst

Welche der folgenden Aussagen beschreibt Sie am besten?

☐ Eine Frau

☐ Ein Mann

☐ Sonstige

☐ Das möchte ich nicht
beantworten

Bitte angeben

In welchem Jahr wurden Sie geboren?

2010
2009
2008
2007
2006
2005
2004
2003
2002
2001
2000
1999
1998
1997
1996
1995
1994
1993
1992
1991
1990
1989
1988
1987
1986
1985
1984
1983
1982
1981
1980
1979
1978
1977
1976
1975
1974
1973
1972
1971
1970
1969
1968
1967

1966
1965
1964
1963
1962
1961
1960
1959
1958
1957
1956
1955
1954
1953
1952
1951
1950

Sind Sie ...

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

Welchen offiziellen Zivilstand haben Sie?

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

Haben Sie Kinder?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wie viele Kinder haben Sie in den folgenden Altersgruppen?

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)

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

Wo ist Ihr Wohnort?

PLZ:

Kanton (oder Land, wenn außerhalb der Schweiz):

AG
AI
AR
BE
BL
BS
FR
GE
GL
GR
JU
LU
NE
NW
OW
SG
SH
SO
SZ
TG
TI
UR
VD
VS
ZG
ZH
Deutschland
Österreich
Frankreich
Italien
Sonstige

Geben Sie bitte an, welches andere Land:

Wo ist Ihr Hauptarbeitsort?

PLZ:

Kanton :

AG
AI
AR
BE
BL
BS
FR
GE
GL
GR
JU
LU
NE
NW
OW
SG
SH
SO
SZ
TG
TI
UR
VD
VS
ZG
ZH

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

Stunden:

Minuten:

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

Wie haben Sie von SCOHPICA erfahren?

- ☐ Über das Internet (SCOHPICA-Website oder Websites von Berufsverbänden)
- ☐ Durch Informationen, die von Berufsverbänden oder Dachverbänden verschickt werden (E-Mails oder gedruckte Newsletter)
- ☐ Über soziale Netzwerke (LinkedIn, Instagram, etc.)
- ☐ Durch Mund-zu-Mund-Propaganda
- ☐ Durch die Medien oder die Presse
- ☐ Durch die Fachpresse (Zeitung oder Fachzeitschrift)
- ☐ Andere

Durch welche andere Quelle haben Sie von SCOHPICA erfahren?

Was sollten wir Ihrer Meinung nach tun, um mehr Berufstätige zur Teilnahme zu ermutigen?

Wie können wir Sie dazu bewegen, so lange wie möglich an der Kohorte teilzunehmen?

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:

Bitte wiederholen Sie Ihre E-Mail-Adresse zur Überprüfung:

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

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Falls ja, geben Sie hier bitte eine private Kontakt-E-Mail-Adresse an:

Bitte wiederholen Sie Ihre E-Mail-Adresse zur Überprüfung :

Falls ja, geben Sie hier bitte eine private Kontakt-E-Mail-Adresse an:

Bitte wiederholen Sie Ihre E-Mail-Adresse zur Überprüfung :

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme und Ihre Hilfe bei diesem Projekt.
Sie können Ihre Antworten unten auf der Seite speichern.**