

¹ Abteilung Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Basel

² Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

³ Departement Anästhesie, Operative Intensivbehandlung, Universitätsspital Basel

Jacqueline S. Martin¹ (MNS), Irena Anna Frei¹ (PhD, RN), Franziska Suter-Hofmann¹ (MNS), Katharina Fierz^{1,2} (MNS), Maria Schubert^{2,3} (PhD, RN), Rebecca Spirig^{1,2} (PhD, RN)

Evaluation der Pflege- und Führungskompetenz – eine Ausgangslage für die weitere Praxisentwicklung

● Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?

Kompetente Pflege und effektives Leadership sowie eine unterstützende Arbeitsumgebung sind wichtige Voraussetzungen einer patienten-, evidenz- und ergebnisorientierten Patientenversorgung.

● Was ist neu?

Das durch die Studie generierte Methodenset ermöglicht ein Monitoring der Bedingungsfaktoren der pflegerischen Dienstleistungsqualität.

● Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?

Die Ergebnisse geben dem Management eine Grundlage zur Steuerung der Praxisentwicklung.

Kompetente Pflege und effektives Leadership sind wichtige Voraussetzungen für die Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen, evidenzbasierten, patienten- und ergebnisorientierten Patientenversorgung. Die Abteilung Klinische Pflegewissenschaft (KPW) am Universitätsspital Basel (USB) entwickelte und implementierte Programme zur gezielten Praxisentwicklung, welche die pflegerische Kompetenz sowie die des Leadership fördern. Zur Erfassung von Pflege- und Leadership-Kompetenz sowie der Arbeitsumgebungs- und Pflegequalität führte die KPW 2007 eine Evaluationsstudie mit einem Mixed-Method-Design durch. Am quantitativen Anteil der Studie nahmen 679 Pflegefachpersonen und 27 Stationsleitungen teil. Die deskriptiven Resultate zeigen, dass Pflegefachpersonen ihre durchschnittliche pflegerische Kompetenz über alle sieben Subkategorien der Nurse Com-

petence Scale mit einem Mittelwert von 75,1 (VAS 0–100) beurteilten. Die Leadership-Kompetenz von Stationsleitungen wurde im oberen Drittel der Skala des Leadership Practice Inventory mit mittleren Werten zwischen 40 bis 50 (Meanscore: 6–60) eingeschätzt. Als Qualitätssicherungsmaßnahme sind regelmäßige Nachfolgeerhebungen im Sinne eines Monitoring geplant. Solche Erhebungen werden in Zukunft von zentraler Bedeutung sein, da zu erwarten ist, dass sich mit der Einführung des DRG-Finanzierungsmodells im schweizerischen Gesundheitswesen der Kontext der pflegerischen Leistungen verändern wird.

Einleitung

Kompetente Pflege und effektives Leadership sind wichtige Voraussetzungen einer professionellen und qualitativ hochwertigen Pflege¹ (Alleyne &

Jumaa, 2007; Kramer, Schmalenberg, Maguire, 2004b; Manojlovich, 2005). Da Pflege eine angewandte Disziplin ist, baut pflegerische Kompetenz auf einem klinischen Wissen auf, das eine Kombination aus Theorie und praktischer Erfahrung darstellt (Benner, 1994) und drückt sich in Handlungen, Verhalten oder Resultaten aus, die eine Person demonstrieren kann (Manley & Garbett, 2000). Um Kompetenz in der Pflege zu fördern, bewähren sich Entwicklungsansätze, die Eigenverantwortung, kontinuierliches, praxisorientiertes Lernen sowie die Entstehung einer lernenden Kultur fördern (Flanagan, Baldwin, Clarke, 2000; Griscti & Jacono, 2006; McCormack & Slater, 2006; Wood, 1998). Dies ist insbesondere wichtig, da solche Entwicklungsansätze eine erweiterte, patientenorientierte und auf aktueller Forschung basierende Pflegepraxis ermöglichen (Wood, 1998), die einen hohen Standard gewährleisten kann (McCormack & Slater, 2006). Um kompetent pflegen zu können, benötigen Pflegende zusätzlich zu einer guten Ausbildung und kontinuierlichen Weiterbildung eine unterstützende Arbeitsumgebung (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, Silber, 2003). Dies meint eine Arbeitsumgebung, die eine autonome und professionelle Pflegepraxis voranbringt und sich durch eine unterstützende Infrastruktur (z. B. genügend Ressourcen, klinisch kompetente Peers), ein förderndes Pflegemanagement mit einer flachen Hierarchie und eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit auszeichnet (Kramer, Schmalenberg, Maguire, 2004a; Schmalenberg & Kramer, 2008; Upenieks, 2002). Studien zeigen, dass in Organisationen, die eine unterstützende Arbeitsumgebung und eine professionelle Pflegepraxis fördern, die Berufs- und Arbeitszufriedenheit der Pflegenden höher und die Komplikations- sowie

Mortalitätsraten von Patienten niedriger sind als in Organisationen ohne diese unterstützenden Faktoren (Aiken et al., 2003; Aiken, Clarke, Sloane, 2002a; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, Silber, 2002b; Stordeur & D'Hoore, 2007). Eine unterstützende Arbeitsumgebung wird unter anderem von einem partizipativen Führungsstil geprägt, welcher Pflegenden ein hohes Maß an Mitsprache und Autonomie bei Entscheidungen im eigenen Arbeitsfeld ermöglicht und zu verbesserten Patientenergebnissen führt (George, Burke, Rodgers, Duthie, Hoffmann, Koceja et al., 2002).

Es braucht demnach Führungspersonen, die die Notwendigkeit des Wandels vermitteln, die aktuelle Pflegepraxis hinterfragen, eine Vision für die Zukunft kreieren und neue Dienstleistungsmodelle gestalten (Dixon, 1999; Porter-O'Grady, 2003). Einer dieser Führungsstile ist die transformationale Führung, häufig auch Leadership genannt. Sie resultiert im Aufbau kohärenter, flexibler und dadurch erfolgreicher Arbeitsteams (Kotter, 1990; Sofarelli & Brown, 1998; Thyer, 2003). Studien zeigen, dass Führungspersonen mit einem transformationalen Führungsstil zufriedener Mitarbeiterinnen haben, die eine höhere Identifikation mit dem Arbeitsplatz aufweisen, ein größeres Engagement zeigen, eine höhere Arbeitseffektivität erreichen und den Arbeitsplatz weniger häufig wechseln (Avolio, Zhu, Koh, Bhatia, 2004; Force, 2005; Leach, 2005; Lowe, Kroeck, Sivasubramaniam, 1996).

Die Abteilung Klinische Pflegewissenschaft (KPW) wurde im 2001 geplant und startete im Dezember 2005 mit einem Extraordinariat des Instituts für Pflegewissenschaft (INS), um Pflegende und das Pflegemanagement am Universitätsspital Basel (USB) in der Weiterentwicklung zu einer qualitativ hochwertigen Pflege zu unterstützen. Die KPW ist eingebunden in eine Akademie-Praxis-Partnerschaft mit INS

und USB. Sie steuert die systematische Praxisentwicklung und die klinische Forschung in der Pflege am USB. Damit wird wissenschaftliches Arbeiten in die direkte Pflegepraxis gebracht. Die KPW implementierte drei Programme zur gezielten Praxisentwicklung, welche die pflegerische sowie die Leadership-Kompetenz fördern. Um Messwerte in diesem Entwicklungsprozess erheben zu können, erhielt die KPW von der Spitaldirektion im Sommer 2007 den Auftrag, eine Erhebung durchzuführen. Als Qualitätssicherungsmaßnahme sollen regelmäßige Nachfolgeerhebungen stattfinden. Solche Erhebungen werden in Zukunft von zentraler Bedeutung sein, da zu erwarten ist, dass mit der Einführung des DRG-Finanzierungsmodells im schweizerischen Gesundheitswesen der Kontext der Pflegedienstleistung verändert wird.

Ziele der Umfrage waren 1) die detaillierte Beschreibung von Pflege- und transformationaler Führungskompetenz, Arbeitsumgebungsqualität sowie der von den Pflegenden wahrgenommenen Pflegequalität im USB, 2) die Darstellung und Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Pflege- und Führungskompetenz, Arbeitsumgebungsqualität, Pflegequalität sowie Arbeits- und Berufszufriedenheit und 3) das Testen und Validieren der übersetzten Instrumenten im deutschsprachigen Raum, um weitere Untersuchungen in diesem Themenbereich unterstützen zu können.

Methoden

Forschungsdesign

Für diese Evaluationsstudie wurde ein Mixed-Method-Design ausgewählt, bei dem zuerst quantitative Daten (Umfrage mithilfe eines Fragebogens) und anschließend qualitative Daten (Fokusgruppeninterviews) gesammelt und analysiert werden (Creswell, 2003). Die

Daten des qualitativen Anteils der Studie werden für eine Vertiefung und Erklärung der quantitativen Ergebnisse herbeigezogen. In diesem Artikel sollen ausschließlich die quantitativen deskriptiven Resultate zur ersten Zielsetzung beschrieben werden.

Forschungsumgebung und -gruppe

Das Universitätsspital Basel ist ein universitäres Versorgungszentrum der deutschsprachigen Schweiz mit 680 Betten und etwa 4500 Angestellten, davon 1424 diplomierte Pflegefachpersonen (Stand: Ende 2007). In die quantitative Befragung wurden alle diplomierten Pflegefachpersonen und/oder Hebammen sämtlicher Fachbereiche des USB mit einem schweizerischen oder einem äquivalenten ausländischen Diplom sowie 27 Stationsleitungen Pflege eingeschlossen. Bedingungen für einen Einschluss waren, dass die Abteilung an einem der Praxisentwicklungsprogramme der KPW teilnimmt, genügend gute Deutschkenntnisse (insbesondere Lesefähigkeiten) der Einzelpersonen und eine Tätigkeit derselben in der direkten Pflege respektive Führung. Nicht berücksichtigt wurden diejenigen Pflegenden, die temporär in verschiedenen Abteilungen tätig waren, ihre Dienstleistung für das Gesamtspital erbrachten (z. B. Spitalhygiene, Diabetesberatung etc.), nicht mehr in der direkten Pflege tätig waren oder eine längere Arbeitszeitabsenz aufwiesen (z. B. unbezahlter Urlaub, Mutterschaftsurlaub etc.).

Datensammlung

Zur Erfassung der Variablen bei den Pflegefachpersonen² wurden insgesamt 959 Fragebogen in kodierten Ku-

² Im folgenden Text wird nur noch der Begriff Pflegefachpersonen oder Pflegenden verwendet, aber Hebammen sind immer mit gemeint, da einige der befragten Personen beide Berufsabschlüsse haben.

verts über die Stationsleitungen der involvierten Abteilungen verteilt. Die Codes erlaubten ausschließlich eine Identifikation der Abteilungen, wodurch die Anonymität der einzelnen Mitarbeiter gewährleistet blieb. Zur Erfassung der Führungskompetenz wurden weitere 297 Fragebogen zur Selbst- und Fremdeinschätzung eingesetzt. Die Stationsleitungen nahmen eine Selbsteinschätzung vor und verteilten jeweils zehn Fragebogen zur Fremdbeurteilung in ihrem Führungsumfeld, also bei den ihnen direkt unterstellten Mitarbeitern, den Vorgesetzten, den Mitarbeitern aus dem interdisziplinären Team oder sonstigen Arbeitskollegen.

Die Studie wurde durch die kantonale Ethikkommission, die jeweiligen Fachbereichsleitungen und die Spitaldirektion bewilligt.

Messvariablen

Die Zielvariablen, die im Rahmen der quantitativen Datensammlung erhoben wurden, messen die Resultate auf zwei Ebenen: Ergebnisse bei den Pflegefachpersonen (1) und Ergebnisse bei den Stationsleitungen des USB (2). In Tabelle 1 sind die einzelnen Variablen, Kurzdefinitionen und die jeweilige Messmethode aufgelistet. Zusätzlich wurden soziodemografische und berufsspezifische Variablen (Geschlecht, Altersgruppe, Aus- und Weiterbildungen, Berufs-, respektive Führungserfahrung sowie der Anstellungsgrad) erfasst. Da einige der Instrumente bisher ausschließlich in anderen Sprachräumen verwendet worden waren, wurden vorbereitend Übersetzungen, kulturelle Adaptationen und Vorstudien gemäß wissenschaftlichen Empfehlungen durchgeführt (Jones, Phillips, Zhang,

Jaceldo, 2001; Wild, Grove, Martin, Eremenco, McElroy, Verjee-Lorenz, Erikson, 2005).

Messinstrumente

Messung der Pflegekompetenz: Die *Nurse Competence Scale* (NCS) wurde in Finnland entwickelt und kann entweder als Selbsteinschätzungs-, oder Fremdeinschätzungsinstrument verwendet werden (Meretoja, Isoaho, Leino-Kilpi, 2004a). Die NCS enthält 73 Aufgabenbeschreibungen, die sich in sieben Kompetenzbereiche gruppieren: 1. «Unterstützung», 2. «Schulung/Anleitung», 3. «Beobachtung/Assessment», 4. «Situationsmanagement», 5. «Pflegekompetenz/Beherrschung der Pflegetätigkeiten», 6. «Qualitätssicherung» und 7. «Rollenverständnis». Jede Aufgabe wird mithilfe einer Visuellen Analogskala zwischen 0 und 100 be-

Tabelle 1: Übersicht über Messvariablen und Messinstrumente.

Zielvariablen + Kurzdefinitionen	Messmethode/Instrument	Autor	Population
Pflegekompetenz Pflegekompetenz ist die Fähigkeit, eine Aufgabe mit den gewünschten Resultaten in den verschiedensten realen Umständen zu erledigen (Benner, 1984).	Nurse Competence Scale (NCS) 7 Aufgabenbereiche, 73 Fragen	(Meretoja et al., 2004a)	Dipl. Pflegenden USB in der direkten Patientenpflege
Transformationale Führungskompetenz Leadership kann als der Prozess definiert werden, durch den eine Führungsperson Menschen rund um gemeinsame Werte einigt, zu einer Vision inspiriert und durch Veränderungen begleitet (Patrick & White, 2005).	Leadership Practice Inventory (LPI) 5 Leadership Praktiken, 30 Fragen	(Kouzes & Posner, 2003b)	Stationsleitungen (Selbst) Pflegenden + andere Berufsgruppen USB (Fremd)
Arbeitsumgebungsqualität Eine professionelle Arbeitsumgebung der Pflege ist ein System, das die Lenkung und Einflussnahme durch das Pflegepersonal unterstützt und somit eine effektive Dienstleistung und ein optimales Umfeld der Pflege sicherstellt. (Hoffart & Woods, 1996).	Revidierter Nursing Work Index (NWI-R) 51 Fragen	(Aiken & Patrician, 2000)	Dipl. Pflegenden USB in der direkten Patientenpflege
Arbeits- Berufszufriedenheit Arbeits-, Berufszufriedenheit ist der Ausdruck der globalen Gefühle und Erwartungen, die bezüglich der Arbeitsstelle respektive des Berufes vorhanden sind (Lu, While, Barriball, 2005).	3 Fragen der International Hospital Outcomes Study (IHOS)	(Aiken et al., 2002a)	Dipl. Pflegenden USB in der direkten Patientenpflege
Pflegequalität Pflegequalität ist die Qualität der Pflege in einer Abteilung, wie sie vom Pflegepersonal dieser Abteilung wahrgenommen und eingeschätzt wird (Rafferty, Clarke, Coles, Ball, James, McKee et al., 2007).	2 Fragen der International Hospital Outcomes Study (IHOS)	(Aiken et al., 2002a)	Dipl. Pflegenden USB in der direkten Patientenpflege

wertet, wobei 0 für ein sehr niedriges und 100 für ein sehr hohes Kompetenzniveau steht. Zusätzlich wird auf einer 4-Punkte-Likertskala angegeben, wie häufig jede Aufgabe in der Pflegepraxis vorkommt (0 = nie, 1 = selten, 2 = gelegentlich, 3 = oft). Die Validität der Originalfassung der NCS wurde mittels Expertengruppen und auch empirisch überprüft, unter anderem im Vergleich mit einem international anerkannten Instrument, der 6D-Skala, und zeigte gute Korrelationen zwischen den Instrumenten (Meretoja et al., 2004a). Die NCS weist mit einem Cronbach's Alpha von 0,79 bis 0,91 eine gute Reliabilität auf. Zur gezielten Weiterentwicklung sollte das Instrument in verschiedenen Settings angewendet und getestet werden.

Messung der Leadership-Kompetenz: Der *Leadership Practices Inventory* (LPI) von Kouzes und Posner (2003a) wurde mittels Studien mit qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden entwickelt. Anhand von Interviews und Fallstudien zu herausragenden Führungserfahrungen wurden fünf Verhaltensweisen vorbildlicher Führung erarbeitet: 1. «Werte leben», 2. «eine gemeinsame Vision entwickeln», 3. «Herausforderungen suchen», 4. «Anderen Handlungsspielraum geben» und 5. «Ermuntern und Ermutigen». Jede dieser Verhaltensweisen beinhaltet sechs Fragen, die mit einer 10-Punkte-Likertskala eingeschätzt werden (Reichweite: «fast nie» bis «fast immer»). Der Fragebogen wurde an über 350000 Führungspersonen in den verschiedensten Organisationen und Fachrichtungen getestet und bestätigte die Reliabilität und Validität des LPI (Kouzes & Posner, 2003a; McNeese-Smith, 1993). Die Reliabilität des LPI ist stabil und liegt bei über 0,75, sowohl für die Selbsteinschätzung als auch für die Fremdeinschätzungen und für jede Beobachtungskategorie. Die innere Validität des LPI wurde in diversen Studien in

verschiedenen Ländern und Kulturen überprüft und zeigte konsistente Resultate (Kouzes & Posner, 2002). Die zugrunde liegende Faktorenstruktur mit den fünf Subskalen wurde anhand einer Faktorenanalyse bestätigt (Kouzes & Posner, 2000).

Messung der Arbeitsumgebungsqualität: Zur Messung der Arbeitsumgebungsqualität wurde der *Nursing Work-Index revised* (NWI-R) verwendet, der in verschiedenen Ländern vielfach angewendet, validiert und revidiert worden ist. In dieser Studie wurde die revidierte Version des NWI-R mit 51 Fragen benutzt, die in der Internationalen Spitalergebnisstudie (IHOS) und auch in der an diese anknüpfende Studie «Rationing of Nursing Care in Switzerland» (RICH-Nursing-Studie) gebraucht wurde (Aiken et al., 2002b; Aiken & Patrician, 2000; Schubert, Glass, Clarke, Aiken, Schaffert-Witvliet, Sloane et al., 2008). Anhand einer 4-Punkte-Likertskala (Reichweite: «stimme zu» bis «stimme nicht zu») werden die befragten Pflegefachpersonen gebeten einzuschätzen, inwieweit die aufgeführten organisatorischen Merkmale auf ihren Arbeitsort zutreffen. Die deutsche Fassung des NWI-R wurde im Rahmen der RICH-Nursing-Studie validiert. Die durchgeführte Faktorenanalyse ergab drei Subskalen: 1) «Führungsstil und -Fähigkeiten im Bereich des Pflegemanagements, Weiterbildungsmöglichkeiten» (16 Fragen), 2) «Stellenbesetzung, Ressourcen und Autonomie» (10 Fragen) und 3) «Zusammenarbeit und Fachkompetenz von Pflegepersonen und Ärzte, Pflegeteam» (8 Fragen). Aufgrund von Kommunalitäten niedriger als 0,30 wurden 17 Fragen aus der Faktorenanalyse ausgeschlossen. Das Cronbach's Alpha der drei Subskalen war 0,90, 0,84, und 0,73 (Schubert et al., 2008; Schubert, Glass, Clarke, Schaffert-Witvliet, De Geest, 2007).

Datenanalyse

Die Daten wurden mithilfe von deskriptiven statistischen Methoden zusammengefasst. Für intervallskalierte und normalverteilte Daten wurden Mittelwerte und Standardabweichungen verwendet; für intervallskalierte, nicht normalverteilte und ordinalskalierte Daten Median und Interquartil-Range. Nominale Daten wurden mittels Häufigkeiten dargestellt. Die Datenanalyse wurde mit SPSS (Windows Version 15) und Excel (Windows XP) durchgeführt.

Ergebnisse

Bei den insgesamt 959 eingeschlossenen Pflegefachpersonen war die Rücklaufquote 70,8% (n = 679). Der Rücklauf zur Führungskompetenz (LPI) betrug 91%. In der Auswertung der einzelnen Instrumente wurden die Fragebogen, die weniger als 50% ausgefüllt waren, nicht berücksichtigt.

Soziodemografische und berufsspezifische Resultate

Der Anteil der Frauen bei den diplomierten Pflegefachpersonen betrug rund 81% und war damit höher als bei den Stationsleitungen mit 67%. Die Mehrheit der Pflegenden am USB (70%) arbeitete in einem Anstellungsverhältnis von 80 bis 100%. Das Durchschnittsalter des Pflegepersonals war hoch: bei den diplomierten Pflegenden waren 57% über 40 Jahre alt und bei den Stationsleitungen alle außer einer Person. Die Stationsleitungen hatten eine durchschnittliche Berufserfahrung von 27 Jahren (Minimum: 17/Maximum: 39 Jahre; SD: 5,072) und eine Führungserfahrung von 15 Jahren (Minimum: 1/Maximum: 24 Jahre; SD: 7,124). Über 50% (n = 367) der diplomierten Pflegenden hatten keine weiterführenden Aus- und Weiterbildungen nach dem Berufsabschluss

Tabelle 2: Soziodemografische und berufsspezifische Resultate im USB 07.

Soziodemografische und berufsspezifische Resultate im Universitätsspital Basel 2007 Diplomierte Pflegefachpersonen		Häufigkeiten	Prozente
Geschlecht	weiblich	525	80,9%
	männlich	124	19,1%
Anstellungsgrad	20%–40%	51	8,2%
	50%–70%	138	22,1%
	80%–100%	438	69,8%
Altersgruppen	20–30 Jahre	133	20,6%
	31–40 Jahre	144	22,3%
	41–50 Jahre	243	37,7%
	51–60 Jahre	122	18,9%
	61–65 Jahre	3	0,5%
Aus-, und Weiterbildungen (zum Teil Mehrfachantworten)	keine Aus- und Weiterbildungen angegeben	367	54,1%
	Weiterbildung Fach Stufe 1 + 2	131	
	Weiterbildung Management Stufe 1 + 2	46	
	Weiterbildung Pädagogik, Stufe 1 + 2	56	
	Spezialisierung	153	
	Akademische Ausbildung (FH + UNI)	14	
Soziodemografische und berufsspezifische Resultate im Universitätsspital Basel 2007 Stationsleitungen		Häufigkeiten	Prozente
Geschlecht	weiblich	18	66,7%
	männlich	9	33,3%
Altersgruppen	36–45 Jahre	6	22,2%
	46–55 Jahre	16	59,2%
	56–60 Jahre	5	18,5%
Berufsjahre	15–20 Jahre	3	11,1%
	21–25 Jahre	6	22,2%
	26–30 Jahre	11	40,7%
	31–35 Jahre	6	22,2%
	36–40 Jahre	1	3,7%
Führungserfahrung	0–5 Jahre	8	29,6%
	6–10 Jahre	7	25,9%
	11–15 Jahre	4	14,8%
	16–20 Jahre	7	25,9%
	21–25 Jahre	1	3,7%
Aus- und Weiterbildungen (zum Teil Mehrfachantworten)	keine Aus- und Weiterbildungen angegeben	1	3,7%
	Weiterbildung Fach Stufe 1 + 2	17	
	Weiterbildung Management Stufe 1 + 2	29	
	Leadership-Programm RCN	6	
	Weiterbildung Pädagogik, Stufe 1 + 2	3	
	Spezialisierung	7	
	Akademische Ausbildung (FH + UNI)	3	

angegeben. Der größte Anteil dieser Gruppe lag bei den jüngeren Pflegenden; nämlich 88,2% in der Altersgruppe der 20- bis 25-jährigen und 62,6% bei den 26- bis 30-jährigen Befragten. Insgesamt 14 Pflegenden und 3 Stationsleitungen wiesen einen akademischen Abschluss auf der Ebene von Fachhochschule oder Universität auf (Tabelle 2).

Arbeits- und Berufszufriedenheit, Pflegequalität

Von den befragten Pflegenden war ein hoher Anteil (55%) eher zufrieden oder sogar sehr zufrieden (28,7%) mit ihrer gegenwärtigen Stelle. Dieser Anteil fiel bei der Berufszufriedenheit mit 44,8% sehr zufriedenen und 48,7% eher zufriedenen Personen noch deutlicher aus. Trotz dieser offensichtlich hohen

Zufriedenheit würden nur 10,6% der Pflegefachpersonen den Beruf ohne Vorbehalt weiterempfehlen.

Die Pflegequalität in der eigenen Abteilung schätzten 63,3% der Befragten als gut und 7,3% sogar als ausgezeichnet ein. Der Vergleich mit der Pflegequalität vor zwei Jahren fiel dagegen sehr unterschiedlich aus: 21,3% stufte die Qualität als schlechter, 22,2% als bes-

ser und 39,5% als gleich ein. Die restlichen 107 Pflegenden gaben an, noch keine zwei Jahre in ihrer Abteilung zu arbeiten.

Pflegekompetenz

Die Pflegekompetenz wurde mithilfe der NCS aus zwei Perspektiven eingeschätzt, einerseits wurde das Kompetenzniveau bezogen auf die sieben Kompetenzbereiche selber ermittelt und andererseits die Häufigkeit, mit der diese im klinischen Alltag vorkommen. Die drei am häufigsten in der Pflegepraxis vorkommenden Bereiche waren «unterstützende Aufgaben» mit 63,7%, «Situationsmanagement» mit 53,1% und «Beobachtungs- und Assessmentaufgaben» mit 52,6% in der Beurteilungskategorie «oft». Am seltensten wurden die Bereiche «Qualitätssicherung» sowie «Schulungs- und Leitungsaufgaben» eingestuft; 11% gaben bei der Qualitätssicherung sogar «nie» an. Die von den Pflegenden eingeschätzte eigene Kompetenz in den sieben Bereichen verlief analog der Häu-

figkeit der Tätigkeiten im Alltag. Bei der Visuellen Analogskala (0–100) war das höchste Kompetenzniveau mit einem Median von 88 (Mean: 78,78; Minimum: 53,3/Maximum: 86,7) ebenfalls bei den «unterstützenden Aufgaben» und das niedrigste Kompetenzniveau mit einem Median von 77 (Mean: 65,32; Minimum: 46,4/Maximum: 78,4) im Bereich «Qualitätssicherung» (Abbildung 1). Die einzelnen Aufgabenstellungen, in denen sich die Pflegenden am niedrigsten einschätzten, haben vorwiegend mit evidenzbasiertem Arbeiten zu tun. So wurden beispielsweise die Fragen 5 und 45, nämlich: «Ich beziehe aktiv Erkenntnisse der Pflegeforschung in meine Arbeit ein» und «Ich verwende Forschungsergebnisse in meiner pflegerischen Tätigkeit» sehr selbstkritisch eingestuft.

Arbeitsumgebungsqualität

In Bezug auf die Arbeitsumgebungsqualität wurden die Angemessenheit der Ressourcen und die vorhandene Autonomie (Subskala 2) am schlech-

testen und die interprofessionelle Zusammenarbeit und Fachkompetenz (Subskala 3) am besten bewertet (Abbildung 2). Nur 9% der Pflegefachpersonen vertraten die Ansicht, dass sie wirklich ausreichende Ressourcen zur Verfügung haben sowie genügend Autonomie besitzen; 56% der Pflegenden stimmten dem eher nicht, respektive nicht zu. Demgegenüber stimmten 52% der Befragten eher und 33% vollständig zu, dass eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit und Fachkompetenz vorliegt. Bei Führung und Weiterbildungsmöglichkeiten (Subskala 1) lag die Zustimmung der Pflegenden bei 28% (stimme zu) bzw. 47% (stimme eher zu) und lediglich 25% stimmten nicht, und eher nicht zu.

Führungskompetenz

Bei der Beurteilung der Leadership-Kompetenz der Stationsleitungen stimmten die Selbst- und Fremdeinschätzungen relativ gut überein und waren vom mittleren Messwert bei einer möglichen Range von je 6 bis 60

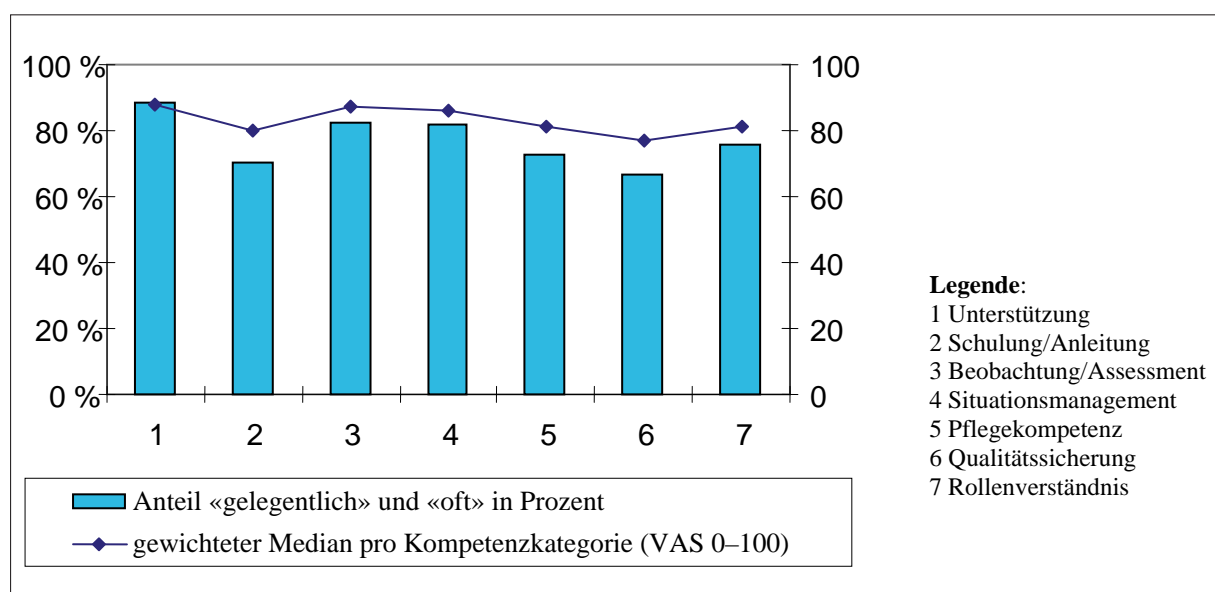


Abbildung 1: Einschätzung von Häufigkeiten und subjektive Pflegekompetenz der im Praxisalltag vorkommenden Kompetenzbereiche.

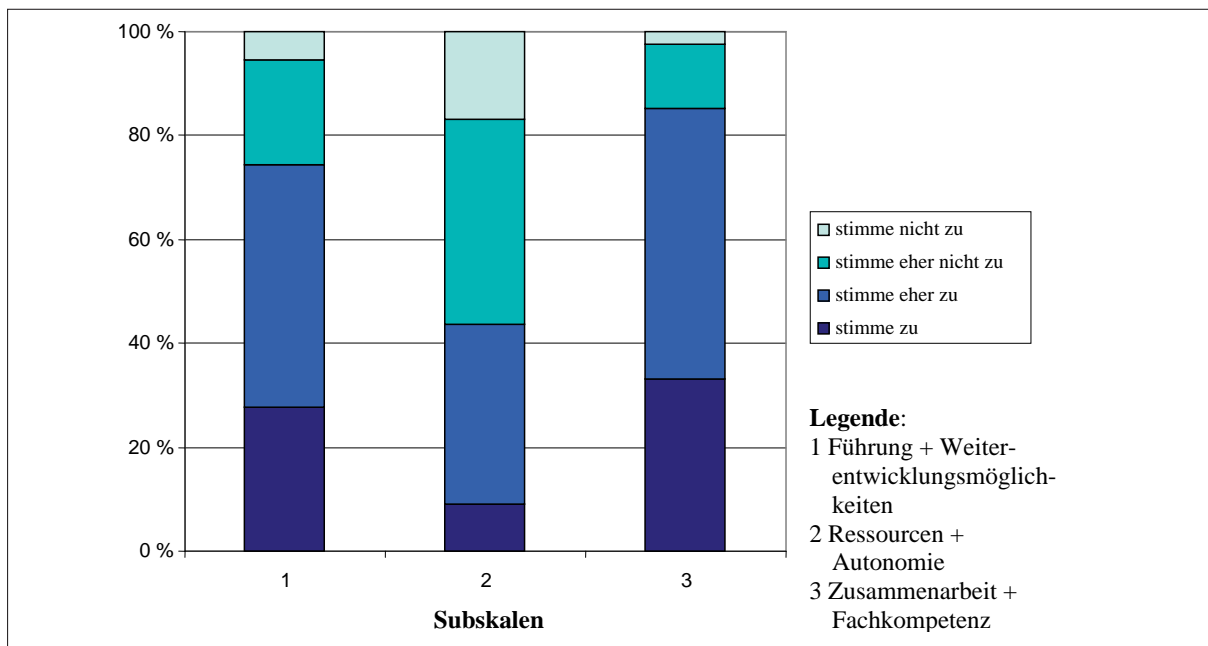


Abbildung 2: Einschätzung der Arbeitsumgebungsqualität im USB.

eher im oberen Drittel angesiedelt (Abbildung 3). Die höchste Einschätzung erhielt die Verhaltensweise «Anderen Handlungsspielraum geben» mit einem Mittelwert von 48,16 (Fremdeinschätzung) gegenüber 48,93 (Selbsteinschätzung) und die niedrigste Einschätzung wurde der Verhaltensweise «eine gemeinsame Vision entwickeln» zuge-

ordnet, mit einem Mittelwert von 40,99 (Fremdeinschätzung) gegenüber 36,74 (Selbsteinschätzung).

Diskussion

Diese Evaluationsstudie wurde mit der Zielsetzung durchgeführt, Ausgangs-

daten bezogen auf einige wichtige organisatorische, berufliche und persönliche Voraussetzungen zur Erbringung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Gesundheitsversorgung zu erfassen. Die Ergebnisse liefern wesentliche Hinweise für eine gezielte Qualitätsentwicklung in der Pflege und können im USB für ein zukünftiges, regelmäßiges Monitoring verwendet werden.

Einige Resultate der vorliegenden Studie werden nachfolgend mit den Ergebnissen aus der RICH-Nursing-Studie aus dem Jahr 2004 diskutiert, welche das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel durchführte (Schubert et al., 2008). Dieser Vergleich ist insofern sehr relevant, da die RICH-Nursing-Studie auch Abteilungen des USB integrierte und damit der Kontext der beiden Studien eine höhere Übereinstimmung hat als der Vergleich mit Resultaten aus andern Ländern. Insgesamt integrierte die RICH-Nursing-Studie Rückmeldungen von 1338 Pflegenden aus acht Akutspitälern der

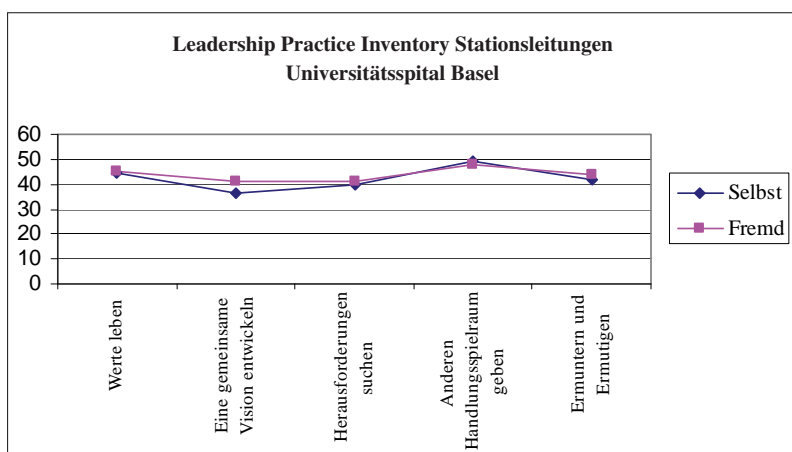


Abbildung 3: Selbst- und Fremdeinschätzung bezüglich der Leadership-Kompetenzen.

deutsch- und französischsprachigen Schweiz, davon auch 235 Pflegefachpersonen aus 14 Abteilungen der Chirurgie, der Medizin und der Frauenklinik des USB.

In unserer Befragung war der Frauenanteil bei den Pflegenden 10 % niedriger als in acht beteiligten Spitälern der RICH-Nursing-Studie. Dafür war das Durchschnittsalter mit einem Personenanteil von 57 %, die über 40 Jahre alt sind, deutlich höher als in der RICH-Nursing-Studie, in der nur 27 % der Befragten in diese Altersgruppe fielen. Eine mögliche Erklärung für diesen Unterschied ist die geringe Personalfluktuation in einigen Bereichen des USB, allerdings zeigen auch Studien aus England und den USA eine deutliche Zunahme des Durchschnittsalters innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden. In England geht man davon aus, dass eine von fünf Pflegenden 50 Jahre alt oder älter ist (Andrews, Manthorpe, Watson, 2005). In den USA geht man aufgrund von Prognosemodellen davon aus, dass bis ins Jahr 2010 mehr als 40 % der berufstätigen Pflegenden über 50 Jahre alt sein werden (Buerhaus, Staiger & Auerbach, 2000). Durch diese Entwicklung und der zunehmenden Rekrutierungsproblematik in der Grundausbildung wird sich mittelfristig der Personalengpass in den Pflegeberufen verschärfen. Auch in der Schweiz geht man auf gesundheitspolitischer Ebene davon aus, dass bis ins Jahr 2030 mindestens 20 %, möglicherweise sogar 45 %, des Betreuungsbedarfs im Gesundheitssystem in der Schweiz mit den vorhandenen Ressourcen nicht mehr abgedeckt werden können (Maillard, 2008).

In Bezug auf das Ausbildungsniveau konnte in dieser Studie festgestellt werden, dass bei der aktuellen Erhebung der Anteil der Personen mit einer akademischen Ausbildung mit 2,4 % höher ist als der schweizerische Durchschnitt (1 %) im 2004, obwohl in der

RICH-Nursing-Studie sogar noch die Pflegenden mit einer höheren Fachausbildung Stufe 2 (HÖ-FA2) zu dieser Kategorie gezählt wurden. Dieses Resultat könnte einerseits mit der Nähe des USB zum Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel und andererseits mit der KPW und den damit verbundenen organisatorischen Strukturen zur Einbindung akademisch ausgebildeter Pflegenden im USB, beispielsweise das Programm für Advanced Practice Nurses, erklärt werden. Außerdem haben innerhalb dieser drei Jahre weitere Pflegenden einen akademischen Abschluss absolviert. Mit den ergänzenden Angeboten von pflegewissenschaftlichen Studiengängen an Fachhochschulen sowie der Universität Lausanne werden sich diese Zahlen in den nächsten Jahren wahrscheinlich noch markant verändern.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Stelle und mit dem Pflegeberuf haben sich deutlich positiv entwickelt. Knapp ein Drittel der befragten Personen war im 2007 sehr zufrieden mit ihrer Arbeitsstelle. Verglichen mit den Resultaten aus der RICH-Nursing-Studie betrug dieser Anteil im 2004 lediglich 20,3 % (ganze Schweiz), respektive 14,5 % (im USB) (Schubert et al., 2007). Auch bei der Zufriedenheit mit dem Beruf hat sich der Anteil von 33 % (ganze Schweiz) bzw. 31,2 % (USB) auf 44,8 % im 2007 erhöht. Da sich im Vergleich zum Jahr 2004 die Arbeitsbedingungen im USB tendenziell erschwert haben, ist diese relativ hohe Zufriedenheit des Pflegepersonals ein sehr positives Ergebnis. Die strukturellen Veränderungen, die vor der Befragung im 2004 in der gesamten Organisation des USB durchgeführt wurden, können die größere Unzufriedenheit zu jenem Zeitpunkt nur teilweise erklären, da die Zahlen vom USB mit der gesamten Schweiz vergleichbar waren. Die Einschätzung der Pflegequalität in der eigenen Ab-

teilung fällt im USB im 2007 im Vergleich mit den Resultaten aus der RICH-Nursing-Studie leicht positiver aus. Der Anteil der Pflegenden, der die Pflege als gut einschätzte hat sich von 61,3 % auf 63,3 % und der Anteil der Pflegenden, der die Pflege als ausgezeichnet einschätzte von 4,7 % auf 7,3 % leicht erhöht.

Pflegefachpersonen im USB beurteilen ihre durchschnittliche pflegerische Kompetenz über alle sieben Subkategorien der NCS mit einem Mittelwert auf der VAS von 75,1. Dieser Wert liegt im Vergleich mit zwei Studien aus Universitätsspitälern in Finnland deutlich höher, mit einer durchschnittlichen pflegerischen Kompetenz von 63,9 (Meretoja & Leino-Kilpi, 2003), respektive 63,7 (Meretoja, Leino-Kilpi, Kaira, 2004b). Die Pflegenden im USB schätzten sich ähnlich wie ihre finnischen Kolleginnen in denselben drei Subkategorien «unterstützende Aufgaben», «Situationsmanagement» sowie «Beobachtungs- und Assessmentaufgaben» am besten (Finnland-Means: 68 – 69; USB-Means: 79 – 81) und in der «Qualitätssicherung» am schlechtesten (Finnland-Mean: 56; USB-Mean: 65) ein. Meretoja und Kolleginnen (2004a) zeigten, dass mit der häufigeren Anwendung auch der Grad der eingeschätzten Kompetenz steigt. Dies deckt sich mit unseren Resultaten und ist durch die hiermit verbundene größere Übung in der klinischen Praxis erklärbar. Handlungskompetenz entwickelt sich aus Erfahrungswissen. Indem eine Tätigkeit ausgeführt wird, können neue Erkenntnisse gesammelt und es kann aus Fehlern gelernt werden (Stettler, 2008). Die in vielen Spitälern angebotenen Fort- und Weiterbildungen zum Kompetenzerwerb reichen häufig nicht aus, um den Pflegenden zu helfen, sich rasch an neue Arbeitssituationen anzupassen. Deswegen wird ein nicht unerheblicher Anteil «on the job» gelernt (Berings, Poell, Simons, van

Veldhoven, 2007). Wie in der Studie von Meretoja et al. (2004b) wurden auch in unserer Befragung einzelne Aufgaben bezüglich der Weiterentwicklung der Patientenversorgung und -schulung sowie der Integration von Forschungsergebnissen in die eigene Praxis von den Pflegenden am niedrigsten eingeschätzt. Trotz der weit verbreiteten Ansicht, dass evidenzbasierte Praxis eine Notwendigkeit für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ist, zeigen diverse Forschungsarbeiten, dass sich Pflegende eher auf persönliche Erfahrungen, Austausch mit Kolleginnen, Traditionen und Intuition abstützen als auf formale Wissensquellen (Gerrish, Ashworth, Lacey, Bailey, 2008; Koehn & Lehman, 2008). Die am häufigsten zitierten Barrieren für die Integration von evidenzbasiertem Wissen sind: Zeitmangel, mangelndes Wissen/Können (Koehn & Lehman, 2008), mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte bei der Teilnahme in Praxisentwicklungs- und Forschungsprojekten sowie eine fehlende strategische Ausrichtung auf eine evidenzbasierte Praxis (Gifford, Davies, Edwards, Griffin, Lybanon, 2007; Kajermo, Uden, Gardulf, Eriksson, Orton, Arnetz et al., 2008). Da sich das USB an einer evidenzbasierten Praxis ausrichtet, werden wir im Rahmen des qualitativen Teils der Studie die Entwicklung in diesem Aufgabenbereich explorieren und in den Nachfolgemessungen vermehrte Aufmerksamkeit schenken. Innerhalb der Erfassung der Qualität der Arbeitsumgebung wurde in dieser Studie die Angemessenheit der Stellenbesetzung und Autonomie am niedrigsten und die interprofessionelle Zusammenarbeit und Fachkompetenz am höchsten eingestuft. Diese Tendenz war bereits in der RICH-Nursing-Studie im 2004 ersichtlich und zeigt auf, dass sich bezogen auf diese organisatorischen Faktoren die Arbeitsumgebungsqualität im USB nicht markant

verändert hat. Auch am USB haben, vergleichbar mit internationalen Tendenzen, Kosten sparende Maßnahmen in den letzten Jahren typischerweise zu einer Limitierung pflegerischer Ressourcen geführt (McCloskey & Diers, 2005; Norrish & Rundall, 2001); obwohl aufgrund der kürzeren Verweildauer und der restriktiveren Zugangsbedingungen zur Hospitalisation, die Krankheitszustände der Patientinnen in ihrer Komplexität und Dringlichkeit massiv zugenommen haben. Studien, unter anderem auch aus Spitälern mit Magnetstatus, zeigen konsistent den Zusammenhang zwischen besserer Arbeitsumgebung und besseren Ergebnissen bei Pflegenden und Patientinnen (Capuano, Bokovoy, Hitchings & Houser, 2005; Friese, Lake, Aiken, Silber, Sochalski, 2008; Lake & Friese, 2006). Deshalb sollten Führungspersonen in der Pflege einen Schwerpunkt auf die Optimierung der Arbeitsumgebung sowie in die Ausbildung und Stellenbesetzung der Pflegefachpersonen legen, um eine hochwertige Pflegequalität erreichen zu können (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, Cheney, 2008). Die Leadership-Kompetenz von Stationsleitungen wurde in unserer Befragung im oberen Drittel der Skala mit mittleren Werten zwischen 40 bis 50 eingeschätzt. Diese Werte sind vergleichbar mit Resultaten einer Forschungsarbeit bei Stationsleitungen aus Kanada (Tourangeau, Lemonde, Luba, Dakers, Alksnis, 2003). Allerdings waren in unserer Befragung die Fremd- und Selbsteinschätzung relativ übereinstimmend mit tendenziell eher niedrigeren Einschätzungen bei den Führungspersonen, während sich in anderen Studien die Führungspersonen eher besser einstuften, als ihre Umgebung dies machte (Chiok Foong Loke, 2001; Krugman & Smith, 2003; Tourangeau et al., 2003). In allen drei Studien war – analog zu unseren Resultaten – die Fremdeinschätzung in der

Handlungsweise «eine gemeinsame Vision entwickeln» am niedrigsten und «Anderen Handlungsspielraum geben» oder «Werte leben» am höchsten eingestuft. Obwohl visionäre Führungspersonen für Organisationen sehr wichtig sind, scheint diese Kompetenz schwieriger umsetzbar zu sein. Eine strategische Ausrichtung ist jedoch laut Forschungsergebnissen ein Schlüssel, um die zunehmend komplexen Organisationen sowie den Wandel wirkungsvoll gestalten zu können (Lukas, Holmes, Cohen, Restuccia, Cramer, Shwartz et al., 2007; Westley & Mintzberg, 1989). Es ist die ultimative Aufgabe eines effektiven Leadership, ein klares Bild der Zukunft und seiner potenziellen Möglichkeiten zu kreieren (Shaw, 2007) und andere für diese Ausrichtung gewinnen und engagieren zu können (Kouzes & Posner, 2007). Eine gemeinsame Vision hilft Menschen in einer Organisation, eine gewünschte Zukunft zu antizipieren und ihnen einen Sinn für ihr Tun und Handeln zu vermitteln (Hinterhuber & Krauthammer, 2005). Durch die Ausrichtung der Arbeitsleistung auf die übergeordneten Ziele der Organisation können Energien und Ressourcen fokussiert werden, was in Zeiten von Budget- und Personalknappheit ein großer Vorteil sein kann.

Limitationen

Diese Untersuchung wurde durchgeführt, um den Führungspersonen in der Pflege im USB eine Entscheidungsgrundlage für ihre weitere strategische Planung zur Verfügung zu stellen. In diesem Sinne handelt es sich um Evaluationsforschung, die eher aufgrund ihrer Nützlichkeit im Kontext und nicht aufgrund ihrer Generalisierbarkeit beurteilt werden sollte. Angewandte Forschung hat einige Limitationen und diese Studie bildet keine Ausnahme. Wir wollten dieses Forschungsprojekt bewusst in enger Zu-

sammenarbeit mit der Führung des USB durchführen und überliefern deshalb die Verteilung der Fragebogen den Stationsleitungen, nach einer vorgängigen detaillierten Information über Sinn und Nutzen der Studie und der korrekten Vorgehensweise. Dadurch konnten wir eine mögliche Manipulation in der Auswahl der Teilnehmenden sowie den sozialen Zwang, sich zu beteiligen, nicht kontrollieren. Eine zusätzliche Limitation bildet der Umstand, dass alle Messindikatoren entweder bei Führungspersonen oder bei Pflegenden erhoben wurden und z. B. die Pflegequalität nicht auch noch bei Patientinnen erfragt wurde. Aus zwei Gründen wurde darauf verzichtet; einerseits, da die Versorgungsqualität bei Patientinnen bereits regelmäßig durch das PICKER Institut am USB durchgeführt wird und andererseits, da noch keine systematische und flächendeckende Erfassung pflegespezifischer Qualitätsindikatoren eingerichtet worden ist.

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Ausbildungs- und Erfahrungsniveau der Pflegenden und Führungspersonen hoch ist und sie sich im Durchschnitt sehr kompetent für die Ausübung ihrer Tätigkeiten fühlen – auch bei Kompetenzen, die sie nicht so häufig anwenden. Deutlich wird, dass systematisches Arbeiten aufgrund aktueller Erkenntnisse und mithilfe von Qualitätssicherungsmaßnahmen noch zu wenig etabliert ist und die Entwicklung einer Vision bei den Führungskompetenzen am kritischsten beurteilt wird. Über 50% der Pflegenden haben nach dem Diplomabschluss keine Aus- oder Weiterbildung angegeben und das Durchschnittsalter der Pflegenden ist hoch. Erfreulicherweise hat sich im Vergleich zum Jahr

2004, trotz zunehmend schwieriger Bedingungen im USB, die Stellen- und Berufszufriedenheit der Pflegenden verbessert und die Pflegequalität laut subjektiver Einschätzung nicht maßgeblich verschlechtert. Als Schlussfolgerungen für die Praxis können daraus diverse Empfehlungen abgeleitet werden. An dieser Stelle sollen nur einige wichtige genannt werden:

- 1) Aufbau von unterstützenden Strukturen zur Implementierung von evidenzbasierten Leitlinien und von interdisziplinär definierten Qualitätsindikatoren;
- 2) Förderung von Diskussionen über aktuelles Wissen in der konkreten klinischen Situation;
- 3) Gezielte Rekrutierung junger Menschen und individualisierte Förderung aller Mitarbeiter mittels Karriereberatung durch ihre Vorgesetzten;
- 4) Förderung der Arbeitsumgebungsqualität und der Arbeitsergonomie auf allen Ebenen der Organisation;
- 5) Förderung der Entwicklung von Visionen durch ein Mentoring.

Im nächsten Schritt des Studiendesigns wird eine qualitative Datenerhebung mithilfe von Fokusgruppeninterviews folgen, deren Ergebnisse eine Vertiefung und Erklärung der vorliegenden Ergebnisse ermöglichen sollen. Eine Wiederholung dieser Studie ist vor und nach Einführung der DRG vorgesehen. Die daraus resultierenden Ergebnisse geben der Spitalleitung und den Führungspersonen im USB eine Grundlage zur Steuerung von gezielten Interventionen.

Dank

Die Autorinnen danken allen Pflegefachpersonen und Führungsverantwortlichen der Pflege am Universitäts-

spital Basel für die Teilnahme an der Umfrage. Ein spezieller Dank geht an die Spitalleitung des Universitätsspitals Basel, die Leiterin des Ressorts Entwicklung Gesundheitsberufe Silvia Rosery sowie die Fachbereichsleiterinnen und -leiter Pflege Germaine Eze, Esther Sackmann Rageth, Michael Wehrli und Kurt Zogg für ihre große Unterstützung bei der Durchführung der Untersuchung.

Evaluation of Nursing and Leadership Competencies – a Baseline for Practice Development

Competent nursing and effective leadership are essential attributes for the provision of high-quality care which is patient-centred, evidence-based and outcome-oriented. The Department of Clinical Nursing science (DCN) of the University Hospital Basel (USB) initiated and implemented programmes of targeted practice development to promote competence in nursing and leadership. With the aim of generating data on nursing and leadership competencies, as well as on the quality of nursing care and the nursing work environment, an evaluation study with a mixed-method design was implemented in 2007. Within the quantitative portion of the study 679 nurses and 27 nurse managers participated. The descriptive results showed that nurses rated their overall level of competence on the Nurse Competence Scale high with a mean score of 75.1 (VAS 0–100). The rating of leadership competencies of nurse managers on the Leadership Practice Inventory was in the upper third of the 10-point Lik-

ert scale with mean scores of 40 to 50 (6–60). In order to permit ongoing monitoring of practice development, follow-up evaluations at regularly scheduled intervals are planned. With the introduction of a reimbursement system on the basis of Diagnosis Related Groups into Swiss health care, effective monitoring of nursing service contextual factors is crucial, now and in the future.

Literatur

- Aiken, L. H.; Clarke, S. P.; Cheung, R. B.; Sloane, D. M.; Silber, J. H.: Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *The Journal of the American Medical Association*, 2003, 290: 1617 – 1623.
- Aiken, L. H.; Clarke, S. P.; Sloane, D. M.: Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002a, 14: 5 – 13.
- Aiken, L. H.; Clarke, S. P.; Sloane, D. M.; Lake, E. T.; Cheney, T.: Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 2008, 38: 223 – 229.
- Aiken, L. H.; Clarke, S. P.; Sloane, D. M.; Sochalski, J.; Silber, J. H.: Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 2002b, 288: 1987 – 1993.
- Aiken, L. H.; Patrician, P. A.: Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 2000, 49: 146 – 153.
- Alleyne, J.; Jumaa, M. O.: Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: the role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. *Journal of Nursing Management*, 2007, 15: 230 – 243.
- Andrews, J.; Manthorpe, J.; Watson, R.: Employment transitions for older nurses: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 51: 298 – 306.
- Avolio, B. J.; Zhu, W.; Koh, W.; Bhatia, P.: Transformational leadership and organizational commitment: mediating role of psychological empowerment and moderating role of structural distance. *Journal of Organizational Behavior*, 2004, 25: 951 – 968.
- Benner, P.: From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, California, 1984.
- Benner, P.: Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Verlag Hans Huber, Bern, 1994.
- Berings, M. G.; Poell, R. F.; Simons, P. R.; van Veldhoven, M. J.: The development and validation of the On-the-job Learning Styles Questionnaire for the Nursing Profession. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 58: 480 – 492.
- Buerhaus, P.; Staiger, D. O.; Auerbach, D. I.: Implications of an Aging Registered Nurse Workforce. *The Journal of the American Medical Association*, 2000, 283: 2948 – 2954.
- Capuano, T.; Bokovoy, J.; Hitchings, K.; Houser, J.: Use of a validated model to evaluate the impact of the work environment on outcomes at a magnet hospital. *Health Care Management Review*, 2005, 30: 229 – 236.
- Chiok Foong Loke, J.: Leadership behaviours: effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *Journal of Nursing Management*, 2001, 9: 191 – 204.
- Creswell, J. W.: Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. Sage Publications, Thousand Oaks, 2003, 2. Aufl.
- Dixon, D. L.: Achieving results through transformational leadership. *Journal of Nursing Administration*, 1999, 29: 17 – 21.
- Flanagan, J.; Baldwin, S.; Clarke, D.: Work-Based Learning as a means of developing and assessing nursing competence. *Journal of Clinical Nursing*, 2000, 9: 360 – 368.
- Force, M. V.: The relationship between effective nurse managers and nursing retention. *Journal of Nursing Administration*, 2005, 35: 336 – 341.
- Friese, C. R.; Lake, E. T.; Aiken, L. H.; Silber, J. H.; Sochalski, J.: Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Services Research*, 2008, 43: 1145 – 1163.
- George, V.; Burke, L. J.; Rodgers, B.; Duthie, N.; Hoffmann, M. L.; Koceja, V.; Kramer, A.; Maro, J.; Minzlaff, P.; Pelczynski, S.; Schmidt, M.; Westen, B.; Zielke, J.; Brukwitzki, G.; Gehring, L. L.: Developing Staff Nurse Shared Leadership Behavior in Professional Nursing Practice. *Nursing Administration Quarterly*, 2002, 26: 44 – 59.
- Gerrish, K.; Ashworth, P.; Lacey, A.; Bailey, J.: Developing evidence-based practice: experiences of senior and junior clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2008, 62: 62 – 73.
- Gifford, W.; Davies, B.; Edwards, N.; Griffin, P.; Lybanon, V.: Managerial leadership for nurses' use of research evidence: an integrative review of the literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2007, 4: 126 – 145.
- Griscti, O.; Jacono, J.: Effectiveness of continuing education programmes in nursing: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 55: 449 – 456.

- Hinterhuber, H. H.; Krauthammer, E.: Leadership – mehr als Management. Was Führungskräfte nicht delegieren dürfen. Gabler Verlag, Wiesbaden, 2005, 4. Aufl.
- Hoffart, N.; Woods, C. Q.: Elements of a nursing professional practice model. *Journal of Professional Nursing*, 1996, 12: 354 – 364.
- Jones, P. S.; Phillips, W.; Zhang, X. E.; Jaceldo, K.B.: An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nursing Research*, 2001, 50: 300 – 304.
- Kajermo, K. N.; Unden, M.; Gardulf, A.; Eriksson, L. E.; Orton, M. L.; Arnetz, B. B.; Nordstrom, G.: Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. *Journal of Nursing Management*, 2008, 16: 305 – 314.
- Koehn, M. L.; Lehman, K.: Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 2008, 62: 209 – 215.
- Kotter, J. P.: *A Force for Change: How Leadership differs from Management*. Free Press, New York, 1990.
- Kouzes, J. M.; Posner, B. Z.: *The Leadership Practice Inventory: Psychometric Properties*. Internetressource, 2000. Abgerufen am 06.2007 unter: http://media.wiley.com/assets/463/73/lc_jb_psychometric_properti.pdf.
- Kouzes, J. M.; Posner, B. Z.: *The Leadership Practices Inventory: Theory and Evidence behind the five Practices of Exemplary Leaders*. Internetressource, 2002. Abgerufen am 04.2007 unter: http://media.wiley.com/assets/463/74/lc_jb_appendix.pdf.
- Kouzes, J. M.; Posner, B. Z.: *The five Practices of exemplary Leadership*. Wiley & Sons, San Francisco, 2003a.
- Kouzes, J. M.; Posner, B. Z.: *Leadership Practices Inventory: Facilitator's Guide*. Pfeiffer, San Francisco, 2003b, 3. Aufl.
- Kouzes, J. M.; Posner, B. Z.: *The Leadership Challenge*. Jossey-Bass, San Francisco, 2007, 4. Aufl.
- Kramer, M.; Schmalenberg, C.; Maguire, P.: *Essentials of a Magnetic Work Environment*. Part 4. *Nursing*, 2004a, 34: 44 – 48.
- Kramer, M.; Schmalenberg, C.; Maguire, P.: *Essentials of a Magnetic Work Environment: part 3*. *Nursing*, 2004b, 34: 44 – 47.
- Krugman, M.; Smith, V.: Charge nurse leadership development and evaluation. *Journal of Nursing Administration*, 2003, 33: 284 – 292.
- Lake, E. T.; Friese, C. R.: Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*, 2006, 55: 1 – 9.
- Leach, L. S.: Nurse executive transformational leadership and organizational commitment. *Journal of Nursing Administration*, 2005, 35: 228 – 237.
- Lowe, K. B.; Kroeck, K. G.; Sivasubramaniam, N.: Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership: a meta-analytic review of the MLQ literature. *Leadership Quarterly*, 1996, 7: 385 – 425.
- Lu, H.; While, A. E.; Barriball, K. L.: Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 2005, 42: 211 – 227.
- Lukas, C. V.; Holmes, S. K.; Cohen, A. B.; Restuccia, J.; Cramer, I. E.; Shwartz, M.; Charns, M. P.: Transformational change in health care systems: an organizational model. *Health Care Management Review*, 2007, 32: 309 – 320.
- Maillard, P. Y.: Die Bedeutung der Berufsbildung aus Versorgersicht. 10. Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik Schweiz: Gesundheitsberufe: Welche Ausbildungen für welchen Bedarf?, 2008.
- Manley, K.; Garbett, R.: Paying Peter and Paul: reconciling concepts of expertise with competency for clinical career structure. *Journal of Clinical Nursing*, 2000, 9: 347 – 359.
- Manojlovich, M.: Promoting nurses' self-efficacy: a leadership strategy to improve practice. *Journal of Nursing Administration*, 2005, 35: 271 – 278.
- McCloskey, B. A.; Diers, D. K.: Effects of New Zealand's health reengineering on nursing and patient outcomes. *Medical Care*, 2005, 43: 1140 – 1146.
- McCormack, B.; Slater, P.: An evaluation of the role of the clinical education facilitator. *Journal of Clinical Nursing*, 2006, 15: 135 – 144.
- McNeese-Smith, D.: Leadership behavior and employee effectiveness. *Nurs Manage*, 1993, 24: 38 – 39.
- Meretoja, R.; Isoaho, H.; Leino-Kilpi, H.: Nurse competence scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 2004a, 47: 124 – 133.
- Meretoja, R.; Leino-Kilpi, H.: Comparison of competence assessments made by nurse managers and practising nurses. *Journal of Nursing Management*, 2003, 11: 404 – 409.
- Meretoja, R.; Leino-Kilpi, H.; Kaira, A. M.: Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management*, 2004b, 12: 329 – 336.
- Norrish, B. R.; Rundall, T. G.: Hospital restructuring and the work of registered nurses. *Milbank Quarterly*, 2001, 79: 55 – 79, IV.
- Patrick, A.; White, P.: Scope of Nursing Leadership. In: McGillis Hall (Hrsg.): *Quality Work Environments for Nurse and Patient Safety*. Vol. 1. Jones and Barlett Publishers, Sudbury, 2005: 181 – 212.
- Porter-O'Grady, T.: A different age for leadership, part 2: new rules, new roles. *Journal of Nursing Administration*, 2003, 33: 173 – 178.

- Rafferty, A. M.; Clarke, S. P.; Coles, J.; Ball, J.; James, P.; McKee, M.; Aiken, L. H.: Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*, 2007, 44: 175 – 182.
- Schmalenberg, C.; Kramer, M.: Essentials of a productive nurse work environment. *Nursing Research*, 2008, 57: 2 – 13.
- Schubert, M.; Glass, T. R.; Clarke, S. P.; Aiken, L. H.; Schaffert-Witvliet, B.; Sloane, D. M.; De Geest, S.: Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 2008, 20: 227 – 237.
- Schubert, M.; Glass, T. R.; Clarke, S. P.; Schaffert-Witvliet, B.; De Geest, S.: Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nursing Research*, 2007, 56: 416 – 424.
- Shaw, S.: *International Council of Nurses: Nursing Leadership*. Blackwell Publishing Ltd, Oxford, UK, 2007, 1. Aufl.
- Sofarelli, D.; Brown, D.: The need for nursing leadership in uncertain times. *Journal of Nursing Management*, 1998, 6: 201 – 207.
- Stettler, B.: *Erfahrungswissen und Handlungskompetenz: Neue Aufgaben für Management und Bildung*. Akademie für Erwachsenenbildung, hep Verlag, Bern 2008.
- Stordeur, S.; D'Hoore, W.: Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2007, 57: 45 – 58.
- Thyer, G. L.: Dare to be different: transformational leadership may hold the key to reducing the nursing shortage. *Journal of Nursing Management*, 2003, 11: 73 – 79.
- Tourangeau, A. E.; Lemonde, M.; Luba, M.; Dakers, D.; Alksnis, C.: Evaluation of a leadership development intervention. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 2003, 16: 91 – 104.
- Upenieks, V. V.: Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 2002, 32: 564 – 576.
- Westley, F.; Mintzberg, H.: Visionary Leadership and Strategic Management. *Strategic Management Journal*, 1989, 10: 17 – 32.
- Wild, D.; Grove, A.; Martin, M.; Eremenco, S.; McElroy, S.; Verjee-Lorenz, A.; Erikson, P.: Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 2005, 8: 94 – 104.
- Wood, I.: The effects of continuing professional education on the clinical practice of nurses: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 1998, 35: 125 – 131.

Korrespondenzadresse

Jacqueline S. Martin, MNS
 Programmleitung
 Leadership-Entwicklung
 Universitätsspital Basel
 Abteilung
 Klinische Pflegewissenschaft
 Hebelstrasse 10
 CH-4031 Basel