

# Die Pflegeinitiative aus pflegewissenschaftlicher Perspektive

Wie pflegewissenschaftliche Erkenntnisse für die Umsetzung der Pflegeinitiative genutzt werden können

Heidrun Gattinger, Madeleine Bernet, Maya Zumstein-Shaha & Anna-Barbara Schlüer

Der Pflegeberuf steht angesichts des Bevölkerungswachstums und der Alterung der Gesellschaft, aber auch der gesellschaftlichen Veränderungen vor grossen Herausforderungen. Um die Qualität der Pflege erhalten zu können, müssen zwingend mehr Pflegefachkräfte ausgebildet und die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Beides waren Forderungen der Schweizer Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ (siehe: Artikel 117b Bundesverfassung<sup>1</sup>), die am 28. November 2021 mit einem historischen Abstimmungserfolg an der Urne angenommen wurde.

**D**ie Volksinitiative „Für eine starke Pflege“ folgte in einer langen Reihe von Bemühungen durch den Schweizer Berufsverband der Pflegefachpersonen (SBK-ASI). Gründe dafür waren u. a. die zunehmenden Herausforderungen im Gesundheitswesen, der Mangel an Anerkennung der Pflege sowie der dramatisch ansteigende Mangel an qualifizierten Pflegefachpersonen. Die Schweizer Bevölkerung hat dieser Volksinitiative mit 61 % zugestimmt, ein historisches Ereignis, auch weil Volksinitiativen mehrheitlich an der Urne scheitern. Nachfolgend werden für die Umsetzung der Pflegeinitiative relevante Aspekte aus pflegewissenschaftlicher Sicht erörtert.

## Hintergrund

Demografische Veränderungen gehen mit einer wachsenden Anzahl an Personen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen einher. Diese Personengruppen verursachen einen Grossteil der Gesundheitskosten, da sie neben der medizinischen Behandlung auch Unterstützung im Umgang mit ihren Krankheiten, der Umsetzung von gesundheitsförderlichen und präventiven Massnahmen sowie der Förderung des Selbstmanagements benötigen (Zhu et al., 2018). Dafür sind Gesundheitsfachpersonen gefragt, die



© gettyimages / Cecille\_Arcurs

über dementsprechendes Fachwissen und die nötigen Rahmenbedingungen verfügen.

Der nationale Versorgungsbericht zum Gesundheitspersonal in der Schweiz zeigt, dass im Jahr 2019 rund 185 600 Pflege- und Betreuungspersonen in den Schweizer Gesundheitsinstitutionen arbeiteten. Knapp die Hälfte des Pflege- und Betreuungspersonals war in Spitälern und Kliniken angestellt (45 %), etwas mehr als einem Drittel in Alters- und Pflegeheimen (39 %) und die restlichen 17 % in ambulanten Diensten wie der Spitex. Bis 2029 wird mit einem zusätzlichen Bedarf von 36 500 Fachpersonen gerechnet. Hinzu kommt der Ersatzbedarf für Pflegepersonal, das pensioniert wird oder vorzeitig aus dem Beruf aussteigt. Bereits 2019 konnten viele Betriebe offene Stellen erst nach einer gewissen Zeit und mit einem hohem Rekrutierungsaufwand besetzen. Alters- und Pflegeheime können vakante Positionen oftmals gar nicht mehr besetzen (Merçay et al., 2021). Diese Situation hat sich durch die Coronapandemie noch verschärft. Bezüglich der Personalerhaltung haben die Betriebe eine grosse Verantwortung. Politik und Behörden müssen jedoch für Rahmenbedingungen sorgen, die es den Betrieben und den weiteren Akteur\_innen erlauben, nicht nur genügend Gesundheitspersonal auszubilden, sondern das Personal

<sup>1</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative.html>

dank angemessener Arbeitsbedingungen auch im Beruf zu halten (Merçay et al., 2021; Peter et al., 2021).

Pflegepersonen treffen in ihrem Arbeitsalltag viele körperlich und mental anspruchsvolle Situationen an, u. a. auch durch die zunehmende Komplexität der Patientenversorgung. Personalmangel führt zu einer weiteren Arbeitsverdichtung. Dadurch wird die gegenwärtige Situation verschärft und es entsteht ein Teufelskreis: Je mehr Personal fehlt, umso mehr ist das verbleibende Personal belastet. Es kommt zu mehr personellen Krankheitsausfällen und „gesunde“ Personen müssen noch öfter einspringen. Entsprechend überlegen immer mehr Pflegefachpersonen, den Arbeitsplatz zu wechseln oder den Pflegeberuf ganz zu verlassen (Merçay et al., 2021).

Um dieser Entwicklung zu begegnen, muss in das bestehende Personal investiert werden. Es gilt, die Arbeitszufriedenheit sowie die Arbeitsqualität hochzuhalten. Verschiedene Faktoren tragen zu besserer Zufriedenheit am Arbeitsplatz bei. Dazu zählen neben der Personaldotation die vertrauensvolle Unterstützung und das Leadership durch Führungspersonen, die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, und somit frühzeitige und individuelle Dienstplanung, das Anbieten von flexiblen Arbeits- und Dienstmodellen, klar definierte und kompetenzbasierte Arbeitsbereiche, die Wahrung der Autonomie bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeiten und die Partizipation bei Entscheidungen, die den Arbeitsalltag von Pflegepersonen betreffen (Lee & Scott, 2018; Peter et al., 2021).

## Förderung der effektiven, sicheren und qualitativ guten Pflege

Das Arbeitspaket 2 der Pflegeinitiative beinhaltet das Thema „Berufsausstiege verhindern – Arbeitsbedingungen verbessern“ mit den Forderungen: Arbeitsbedingungen verbessern, verlässliche Zeit- und Dienstplanung, familienfreundliche Strukturen, berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und leistungsgerechte Entlohnung (SBK, 2021).

Der Bundesrat hat im Januar 2023 den Weg aufgezeigt, wie der Bundesverfassungsartikel 117b umgesetzt werden soll. Dazu gehören hauptsächlich Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Hinweise zur Stärkung der beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten (Bundesamt für Gesundheit, 2022).

Wo die Forschungsevidenz in Bezug auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege steht, wird im folgenden Abschnitt beschrieben. Wichtige Ergebnisse dafür liefert die Magnet-Krankenhaus Forschung. Das Konzept des Magnet-Krankenhauses entstand in den 1980er-Jahren in den USA als Antwort auf den dort herrschenden Pflegepersonalmangel und die hohen Fluktuationsraten in Krankenhäusern. Die American Academy of Nursing führte eine Studie durch zur Ermittlung der Arbeitsumgebungen, die gut qualifizierte Pflegefachpersonen anziehen und binden sowie eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung

fördern. Insgesamt 41 von 163 Institutionen wiesen Qualitäten auf, die es ihnen ermöglichten, Pflegekräfte anzuziehen und zu halten. Solche Institutionen wurden in der Folge als Magnet-Krankenhäuser bezeichnet. Deren Merkmale werden bis heute als die „Kräfte des Magnetismus“ bezeichnet. Das 2008 aktualisierte Programm umfasst 14 Kräfte des Magnetismus, die den Komponenten 1) transformationale Führung, 2) strukturelle Befähigung, 3) beispielhafte Berufspraxis, 4) neues Wissen, Innovation und Verbesserungen und 5) empirische Qualitätsergebnisse zugewiesen werden (American Nurses Credentialing Center, 2023).

Zusammengefasst wurde bis heute mehrfach untermauert, dass Magnet-Krankenhäuser höhere Patientenzufriedenheit und bessere klinische Ergebnisse (McHugh et al., 2013; Kelly et al., 2011) aufweisen sowie positive finanzielle Ergebnisse für die jeweilige Organisation (Jayawardhana et al., 2014). Sie verfügen über Mechanismen, die eine professionelle Pflege stärken und ausbauen, in Kombination mit weniger Rekrutierungsschwierigkeiten bei ausgebildetem Fachpersonal (Rodríguez-García et al., 2020). Weitere Attribute wie höhere Zufriedenheit der Mitarbeitenden, reduzierte emotionale Erschöpfung, verbesserte Arbeitsumgebung sowie eine vom Personal wahrgenommene bessere Versorgungsqualität sind ebenso wichtige Parameter. In Bezug auf eine unterstützende Arbeitsplatzumgebung lässt sich festgehalten, dass Magnet-Krankenhäuser über flache Hierarchien verfügen und das Prinzip der „Shared Governance“ ins Zentrum stellen. Dies bedeutet intra- wie interprofessionelle Zusammenarbeit zum Wohle der Patient\_innen, Verantwortung und Autonomie für eigenständige Arbeitsbereiche der Pflege, Praxisentwicklung und eine sich weiterentwickelnde Patientensicherheit (Choi & Kim, 2019). Das Modell des Magnet-Krankenhauses hat die Aufmerksamkeit anderer Gesundheitsdisziplinen auf sich gezogen. Der geografische Geltungsbereich hat die US-Grenzen überschritten. Magnet-Krankenhäuser sind heute auf der ganzen Welt verbreitet (Madebo, 2019). Vergleicht man die Erkenntnisse aktueller erfolgreicher Führungsstrukturmodelle oder Start-Up-/Scale-Up-Managementmodelle lassen sich Parallelen ziehen. So ist die partnerschaftliche Zusammenarbeit und ein Klima der stetigen Weiterentwicklung etablierter Praktiken im Alltag Grundvoraussetzungen, um auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen einer sich ökonomisch und digital veränderten Geschäftsstruktur agil reagieren zu können (Stadler et al., 2021; Ries, 2017).

Ein wichtiges Element eines Magnetkrankenhauses zur Erreichung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung ist die Personenzentrierung. Die personenzentrierte Pflege gilt als wesentlich in Krisensituationen, in denen Patient\_innen vor wichtigen Entscheidungen stehen (Barry & Edgman-Levitan, 2012). In der Pflege befassen sich verschiedene Theorien mit der Personenzentrierung, darunter die von McCormack und McCance (2020) vorgeschlagene Theorie der Personenzentrierten Pflege. Diese Theorie wurde speziell entwickelt, um den Mangel an evidenzbasierter und personenzentrierter Pflege in der

Akutversorgung und anderen Gesundheitseinrichtungen des Vereinigten Königreichs (UK) zu beheben. In dieser Theorie steht die Patientin, der Patient im Mittelpunkt. Dafür müssen mehrere Bedingungen erfüllt sein. Seitens der Arbeitgebenden sind unterstützende Organisationssysteme notwendig, die eine klare Unterscheidung der Verantwortlichkeiten und somit der Macht zulassen. Das Innovations- und Risikopotenzial müssen vorhanden, bzw. bekannt sein. Es braucht ein angenehmes Arbeitsumfeld mit einem geeigneten Skill- und Grademix. Partizipative Entscheidungsfindungssysteme und eine hohe Führungskompetenz sind ebenso unabdingbar. Dazu gehören Fachkompetenz, interprofessionelle Kooperationsfähigkeit, Engagement für die Arbeit, Klarheit über die eigenen Werte sowie Selbstkenntnis der arbeitnehmenden Pflegefachpersonen. Letztere Punkte sind relevant, damit sich Pflegefachpersonen authentisch einbringen können. Von Pflegefachpersonen wird erwartet, dass sie Entscheidungsfindungsprozesse begleiten, mitfühlend präsent sind und somit ganzheitlich arbeiten. Denn erst dann können nach McCormack und McCance (2020) die Patient\_innen im Mittelpunkt stehen und ganzheitlich betreut werden.

Die personenzentrierte Pflege wird derzeit in verschiedenen Einrichtungen auf der ganzen Welt umgesetzt (Allerby et al., 2022; Aronoff-Spencer et al., 2020; Brownie & Nancarrow, 2013; Chenoweth et al., 2015; Fischer & Grønning, 2021; Grossmann et al., 2018; Hickey et al., 2021; Högländer et al., 2020; Huh & Shin, 2021; Jarrar et al., 2021; Kazawa et al., 2022; Kwame & Petrucka, 2021; Lynch & McCance, 2022; McCormack, 2004). Dies hat zur Folge, dass sich die Pflegequalität erhöht, die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert wird und sich die zielgerichtete Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen verbessert. Zudem werden die Bedürfnisse der Patient\_innen besser erfüllt und die Zufriedenheit der Fachpersonen gesteigert. Weiter wird die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Fachpersonen und Patient\_innen gefördert (Aronoff-Spencer et al., 2020; Barry & Edgman-Levitan, 2012; Brownie & Nancarrow, 2013; Charosaei et al., 2021; Zoffmann et al., 2008). Auch wenn die Studienlage darauf hinweist, dass personenzentrierte Pflege positive Outcomes generiert, sind weitere Studien mit hohen Evidenzleveln und grossen Stichproben wichtig (Lowe et al., 2021). Vorteilhaft ist, dass bereits validierte Instrumente bestehen, um relevante Outcomes messen zu können (Barry & Edgman-Levitan, 2012; Chenoweth et al., 2015).

Die Qualität der Gesundheitsversorgung beruht auf guten Beziehungen zwischen Gesundheitsdienstleistenden, Patient\_innen und deren Angehörigen. Daher müssen die Gesundheitssysteme entsprechende Rahmenbedingungen setzen, damit diese Beziehungen gelebt werden können. Entsprechend muss auch die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert werden. Interprofessionalität bedeutet, dass Fachleute aus unterschiedlichen Disziplinen und Professionen koordiniert und eng aufeinander abgestimmt zusammenarbeiten (Bundesamt für Gesund-

heit, 2021). Gemäss „Canadian Interprofessional Health Collaborative Framework“ wird interprofessionelle Zusammenarbeit definiert als: „Der Prozess der Entwicklung und Aufrechterhaltung effektiver interprofessioneller Arbeitsbeziehungen mit Lernenden, Praktiker\_innen, Patient\_innen/Klient\_innen/Familien und Gemeinschaften, um optimale Gesundheitsergebnisse zu ermöglichen.“ (Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), 2010, S. 8). Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass gelungene Interprofessionalität die Qualität der Versorgung erhöht und die kosteneffiziente Nutzung der Ressourcen fördert. Sie steigert zudem die Zufriedenheit des Fachpersonals und vermeidet frühzeitige Berufsaufgänge (Bundesamt für Gesundheit, 2021). Eine Möglichkeit, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und dadurch auch eine personenzentrierte Pflege zu gewährleisten, besteht darin, angemessene theoretische Grundlagen in die klinische Praxis zu übernehmen und zu integrieren (Carroll, 2022; Turkel et al., 2021).

## Fazit

Wie beschrieben zeigt sich, dass Magnet-Krankenhäuser eine höhere Patientenzufriedenheit ausweisen und rascher auf Veränderungen reagieren können. Die professionelle Pflege wird gestärkt und es kommt zu weniger Rekrutierungsschwierigkeiten bei ausgebildetem Fachpersonal. Dies führt zu einer höheren Zufriedenheit der Mitarbeitenden, reduzierter emotionaler Erschöpfung und zu einer verbesserten Arbeitsumgebung. In Bezug auf eine unterstützende Arbeitsplatzumgebung zeigt sich, dass Magnet-Krankenhäuser dadurch gekennzeichnet sind, dass sie eine flache Hierarchie haben und das Prinzip der „Shared Governance“ ins Zentrum stellen. Dieser Ansatz bietet auch für die Herausforderungen im schweizerischen Gesundheitswesen eine elementare Grundvoraussetzung der aktuellen Situation zu begegnen. Weiter wird in diesem Ansatz die personenzentrierte Pflege ins Zentrum gerückt.

Die personenzentrierte Pflege wird in der Pflegewissenschaft als wesentlich für die Sicherung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung angesehen. In Anbetracht des aktuellen Fachkräftemangels und der damit einhergehenden unbefriedigenden pflegerischen Arbeitssituation, welche häufig mit einem inneren Konflikt einhergeht, die Menschen aufgrund mangelnder Zeit nicht so versorgen zu können, wie es aus fachlicher Sicht nötig wäre, führt die personenzentrierte Herangehensweise dazu, dass die Bedürfnisse der Patient\_innen vermehrt und besser berücksichtigt werden. Dadurch wird das Arbeitsumfeld für Pflegefachpersonen wieder attraktiver. Die personenzentrierte Pflege ist daher im Rahmen des Arbeitspaket 2 „Berufsausstiege verhindern – Arbeitsbedingungen verbessern“ für die Umsetzung des Bundesverfassungsartikels 117b wesentlich. Denn wenn Pflege wieder so ausgeübt und gelebt werden kann, wie sie eigentlich gedacht ist, wird die Arbeitszufriedenheit gesteigert und Berufsausstiege werden reduziert.

Die Autorinnen sind Mitglieder der Gesundheitspolitischen Kommission des VFP/APS und haben sich in dieser Rolle mit der Pflegeinitiative beschäftigt (<https://www.vfp-apsi.ch/afgs/health-policy-commission/>)

## Literatur

- Allerby, K., Goulding, A., Ali, L. & Waern, M. (2022). Increasing person-centeredness in psychosis inpatient care: staff experiences from the Person-Centered Psychosis Care (PCPC) project. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08008-z>
- Aronoff-Spencer, E., Asgari, P., Finlayson, T. L., Gavin, J., Forstey, M., Norman, G. J., Pierce, I., Ochoa, C., Downey, P., Becerra, K. & Agha, Z. (2020). A comprehensive assessment for community-based, person-centered care for older adults. *BMC Geriatrics*, 20(1).
- American Nurses Credentialing Center. (2023). *Magnet Recognition Program*. <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/>
- Barry, M. J. & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making – The Pinnacle of z-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781. <https://doi.org/10.1056/nejmp1109283>
- Brownie, S. & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 1. <https://doi.org/10.2147/cia.s38589>
- Bundesamt für Gesundheit. (2022). *Faktenblatt Pflegeinitiative: 2. Etappe Umsetzung Art. 117b und 97 Ziff. 13 BV*. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-92653.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2021). *Forschungsberichte Interprofessionalität im Gesundheitswesen*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen.html#123962455>
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. [https://drive.google.com/file/d/1Des\\_mznc7Rr8stsEhHx18XMjgiYWzRln/view](https://drive.google.com/file/d/1Des_mznc7Rr8stsEhHx18XMjgiYWzRln/view)
- Carroll, K. (2022). Power with Presence: Connecting Theory and Knowledge to Nursing Practice. *Nursing Science Quarterly*, 35(3), 302–303. <https://doi.org/10.1177/08943184221092436>
- Charosaei, F., Rostami, S., Esmaeili, M., Molavynejad, S. & Vanaki, Z. (2021). Effective strategies for implementing patient-centered care in cardiac care unit: An opportunity for change. *J Educ Health Promot*, 10, 380. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_1662\\_20](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1662_20)
- Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Lapkin, S. & Wang, Y. A. (2015). *Organisational interventions for promoting person-centred care for people with dementia*. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011963>
- Choi, S. & Kim, M. (2019). Effects of structural empowerment and professional governance on autonomy and job satisfaction of the Korean nurses. *Journal of nursing management*, 27(8), 1664–1672. <https://doi.org/10.1111/jonm.12855>
- Fischer, H. & Grønning, K. (2021). Are We Transitioning Toward Person-centered Practice on Self-management Support? An Explorative Case Study Among Rheumatology Outpatient Clinic Nurses in Norway. *SAGE Open Nursing*, 7, 237796082110374. <https://doi.org/10.1177/23779608211037494>
- Grossmann, F. F., Barandun Schäfer, U., Van Lieshout, F. & Frei, I. A. (2018). Personenzentriert pflegen am Universitätsspital Basel. *PADUA*, 13(1), 7–12. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000409>
- Hickey, M. D., Ayieko, J., Owaraganise, A., Sim, N., Balzer, L. B., Kabami, J., Atukunda, M., Opel, F. J., Wafula, E., Nyabuti, M., Brown, L., Chamie, G., Jain, V., Peng, J., Kwarisiima, D., Camlin, C. S., Charlebois, E. D., Cohen, C. R., Bukusi, E. A., . . . Havlir, D. V. (2021). Effect of a patient-centered hypertension delivery strategy on all-cause mortality: Secondary analysis of SEARCH, a community-randomized trial in rural Kenya and Uganda. *PLoS Med*, 18(9), e1003803. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003803>
- Höglander, J., Eklund, J. H., Spreeuwenberg, P., Eide, H., Sundler, A. J., Roter, D. & Holmström, I. K. (2020). Exploring patient-centered aspects of home care communication: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00483-1>
- Huh, A. & Shin, J. H. (2021). Person-Centered Care Practice, Patient Safety Competence, and Patient Safety Nursing Activities of Nurses Working in Geriatric Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5169. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105169>
- Jarrar, M. T., Al-Bsheish, M., Aldhadi, B. K., Albaker, W., Meri, A., Dauwed, M. & Minai, M. S. (2021). Effect of Practice Environment on Nurse Reported Quality and Patient Safety: The Mediation Role of Person-Centeredness. *Healthcare*, 9(11), 1578. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111578>
- Jayawardhana, J., Welton, J. M. & Lindrooth, R. C. (2014). Is There a Business Case for Magnet Hospitals? Estimates of the Cost and Revenue Implications of Becoming a Magnet. *Medical Care*, 52(5), 400–406. <http://www.jstor.org/stable/24465990>
- Kazawa, K., Kodama, A., Sugawara, K., Hayashi, M., Ota, H., Son, D. & Ishii, S. (2022). Person-centered dementia care during COVID-19: a qualitative case study of impact on and collaborations between caregivers. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02794-1>
- Kelly, L. A., McHugh, M. D. & Aiken, L. H. (2011). Nurse outcomes in Magnet and non-Magnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 41(10), 428–433. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000420394.18284.4f>
- Kwame, A. & Petručka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Lachman, P., Batalden, P. & Vanhaecht, K. (2021). A multidimensional quality model: an opportunity for patients, their kin, healthcare providers and professionals to coproduce health. *F1000Res*, 9. <https://doi.org/10.12688/f1000research.26368.3>
- Lee, S. E. & Scott, L. D. (2018). Hospital Nurses' Work Environment Characteristics and Patient Safety Outcomes: A Literature Review. *Western Journal of Nursing Research*, 40(1), 121–145. <https://doi.org/10.1177/0193945916666071>
- Lowe, D., Ryan, R., Schonfeld, L., Merner, B., Walsh, L., Graham-Wisener, L. & Hill, S. (2021). Effects of consumers and health providers working in partnership on health services planning, delivery and evaluation. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD013373. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013373.pub2>
- Lynch, B. & McCance, T. V. (2022). Coproducing and Implementing Person-Centered Key Performance Indicators in Ambulatory Cancer Nursing. *Cancer Nurs*. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001094>
- Madebo, W. (2019). *Determinants of Health Care Workers Turnover in Private Health Facilities: The case of Addis Ababa, Ethiopia*. (Doctoral dissertation, ST. MARY'S UNIVERSITY).
- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *J Clin Nurs*, 13(3a), 31–38. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x>
- McCormack, B. & McCance, T. (2020). *Fundamentals of person-centred practice: a guide for healthcare students*. Wiley Blackwell.
- McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. & Aiken, L. H. (2013). Lower mortality in Magnet hospitals. *Medical Care*, 51(5), 382–388. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182726cc5>
- Merçay, C., Grünig, A. & Dolder, P. (2021). *Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021: Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung (Obsan Bericht 03/2021)*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Peter, K. A. et al. (2021). *Arbeitsbedingter Stress bei Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz – Abschlussbericht STRAIN für: alle Organisationen*. Berner Fachhochschule Gesundheit.

- Rodríguez-García, M. C., Márquez-Hernández, V. V., Belmonte-García, T., Gutiérrez-Puertas, L. & Granados-Gámez, G. (2020). Original Research: How Magnet Hospital Status Affects Nurses, Patients, and Organizations: A Systematic Review. *The American Journal of Nursing*, 120(7), 28–38. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000681648.48249.16>
- Ries, E. (2017). *The startup way: how modern companies use entrepreneurial management to transform culture and drive long-term growth*. Currency.
- SBK. (2021). *Pflege 2030: Positionspapier des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK*. [https://sbk-asi.ch/assets/Shop/SBK\\_Pflege\\_2030-DE.pdf](https://sbk-asi.ch/assets/Shop/SBK_Pflege_2030-DE.pdf)
- Stadler, C., Hautz, J., Matzler, K. & von den Eichen, S. F. (2021). *Open strategy: Mastering disruption from outside the C-Suite*. MIT Press.
- Turkel, M., Smith, M. C., Tappen, R., Hansell, P., Fawcett, J., Alanbry, T. & Drenkard, K. (2021). Chief Nursing Officer Perspectives on Nursing Theory-Guided Practice. *J Nurs Adm*, 51(11), 546–553. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001062>
- Zhu, Z., Heng, B. H. & Teow, K. L. (2018, Dec). Lifetime trajectory simulation of chronic disease progression and comorbidity development. *J Biomed Inform*, 88, 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2018.11.002>
- Zoffmann, V., Harder, I. & Kirkevold, M. (2008). A person-centered communication and reflection model: sharing decision-making in chronic care. *Qual Health Res*, 18(5), 670–685. <https://doi.org/10.1177/1049732307311008>



**Prof. Dr. Heidrun Gattinger**, Pflege-wissenschaftlerin, Leitung Institut für Angewandte Pflegewissenschaft, OST – Ostschweizer Fachhochschule

[heidrun.gattinger@ost.ch](mailto:heidrun.gattinger@ost.ch)



**Madeleine Bernet**, MScN, Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Studienleiterin an der Berner Fachhochschule Gesundheit, Vorstandsmitglied SBK Bern

[madeleine.bernet@bfh.ch](mailto:madeleine.bernet@bfh.ch)



**Prof. Dr. Maya Zumstein-Shaha** stv. Studiengangleiterin, Professorin, MSc Pflege an der Berner Fachhochschule Gesundheit

[maya.zumsteinshaha@bfh.ch](mailto:maya.zumsteinshaha@bfh.ch)



**Anna-Barbara Schlüer**, PhD, MScN, eMBA, Institut für Pflege, Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur; Kinder-Spitex, Spitex Bern

[xslu@zhaw.ch](mailto:xslu@zhaw.ch)