

# Qualität und steigende Belastung Zukunftsfragen der Gesundheitsberufe

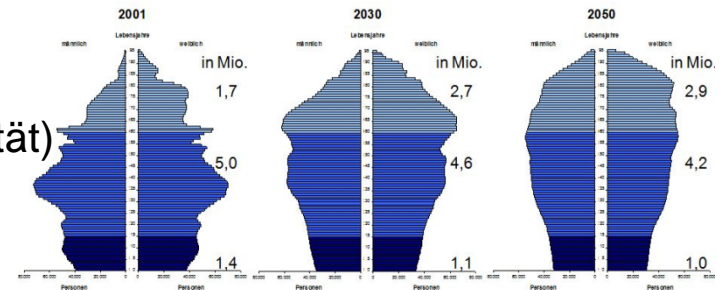
Karin Gutiérrez-Lobos



# Globale Herausforderungen der Zukunft

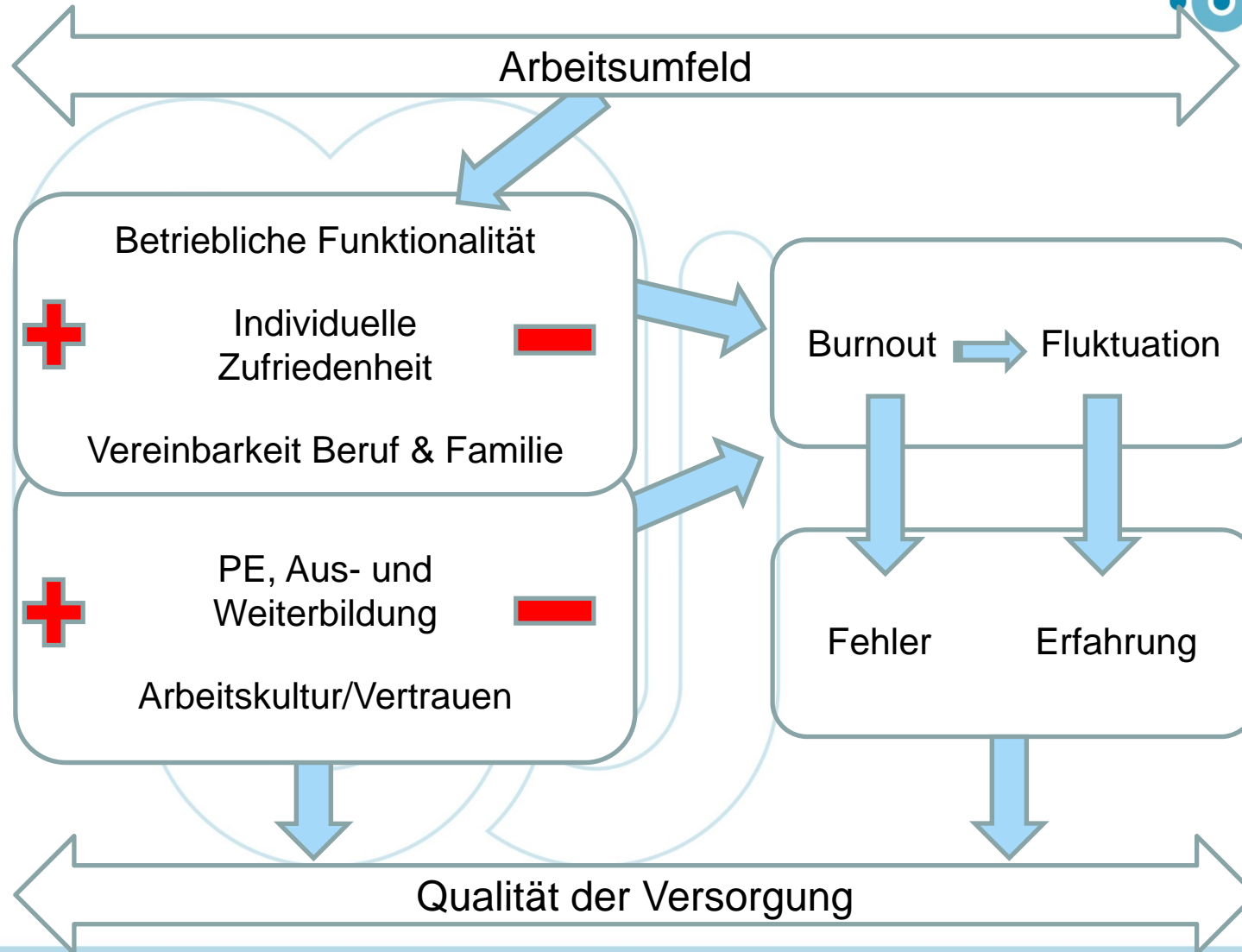
- Veränderte Demographie (Alter, Urbanisierung, Mobilität)
- Verändertes Krankheitsspektrum
- Veränderter Betreuungsbedarf
- Veränderte Ansprüche an Beruf
- Ökonomisierung, Qualität/Kosten Balance
- Migration
- Koproduktion von Gesundheit, Empowerment
- Personalisierte Medizin, Translationale Forschung, neue Technologien

Bevölkerungspyramiden für Österreich



- Sicherung von Fachkräften im Gesundheitswesen
- Attraktivität, Wettbewerb um Talente
- Gestaltung des Arbeitsumfeldes
- Interprofessionelle Bildungskompetenz

# Verbindungen zwischen Arbeitsumfeld und Versorgungsqualität



## Why are doctors so unhappy?

There are probably many causes, some of them deep

Richard Smith, editor

BMJ. 2001 322(7294): 1073–1074.

- Mismatch between what doctor's were trained for and what they are required to do.

## Berufsmonitoring MedizinstudentInnen

Jacob & Heinz 2010

N=12.518

## Top 4 Gründe gegen Tätigkeit im Krankenhaus

- 63% hohe Arbeitsbelastung
- 61% schlechte Vereinbarkeit von Familie & Beruf
- 55% wenig Zeit für PatientInnenbehandlung
- 53% starre Hierarchie





12 europäische Länder, 34. 000 Pflegefachkräfte

Ca. 50% der Pflegekräfte bewerten Arbeitsumgebung als schlecht

Ca. 30% leiden unter „Burnout“

Gute Arbeitsumgebung korreliert mit niedriger Burnout Rate

Gute Arbeitsumgebung korreliert mit Patient\_innensicherheit

Zwischen 60-85% meinen, dass Anzahl der Pflegekräfte nicht ausreichend ist

Ratio Patient\_innen/Pflegekräfte bezüglich Qualität abhängig von Arbeitsumgebung

Aiken et al. (2011)

➤ Senkung der Arbeitsbelastung um einen Patient je Pflegekraft senkt Mortalitätsrisiko um:

9% in Krankenhäusern mit sehr guter Arbeitsumgebung

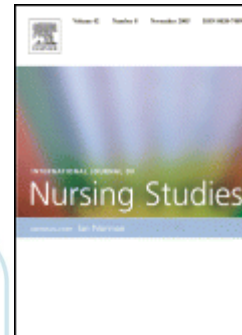
4% bei mittlerer Arbeitsumgebung

nicht bei schlecht bewerteter Arbeitsumgebung





Stordeur et al  
Journal of Advanced Nursing  
2007, 57 (1): 45–58,



Van den Heede et al  
Int J Nurs Stud.  
2013, 50(2): 185-94.

Statistisch signifikante Unterschiede in der Organisation von Krankenhäusern mit niedriger und hoher Fluktuation:

- Kommunikation
- Lob und Wertschätzung
- Unterstützung bei Mehrbelastung
- Strukturelles Empowerment
- Transformationaler, partizipativer Führungsstil
- Flache Hierarchie
- Berufliche Weiterentwicklung



**Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study**

Aiken et al 2014 The Lancet

Die Erhöhung der Arbeitsbelastung um einen Patienten erhöht die Wahrscheinlichkeit nach einem chirurgischen Eingriff innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme zu versterben um 7%.

Jede 10% Zunahme an Pflegekräften mit Bachelor Abschluss senkt diese Wahrscheinlichkeit um 7%.

Die Studie konnte keinen direkten Einfluss auf höhere Mortalitätsraten zeigen

# Monetäre Anreize



- Einzelne Interventionen haben auf Dauer begrenzten Erfolg
- Adäquates und faires Gehalt sowie monetäre Anreize und finanzielle Sicherheit sind eine wichtige, jedoch für sich alleine genommen nicht ausreichende Voraussetzung für Berufszufriedenheit und Motivation der Gesundheitsberufe.
- Hohe Gehälter haben zu Beginn positive Auswirkung auf Arbeitszufriedenheit.  
Nach 5 Jahren nimmt positiver Einfluss im Verhältnis zu anderen Faktoren (z.B. positive Arbeitsplatzgestaltung) ab.
- Monetäre Anreize wichtiger Faktor um Gesundheitspersonal z.B. für ländliche Gebiete zu gewinnen, aber weniger ausschlaggebend um sie dort zu halten.

*(Bärnighausen & Bloom 2009, Misfeldt et al 2013)*





## Nicht-monetäre Anreize



- **Arbeitsumgebung** (Arbeitsumfang, professionelle Autonomie, Verfügbarkeit von klinischer und sozialer Unterstützung, Work-life Balance, Verinbarkeit)
- **Lebensphasengerechte Arbeitsplatzgestaltung**
- **Karriereentwicklung, professionelle Entwicklung** (Weiterbildung Supervision, Mentoring, Karrieremöglichkeiten), Praktika und Ausbildung in ländlichen Gegenden erhöhen Attraktivität für Nachwuchs
- **Partizipation, Transparenz**
- **Strukturwandel, Personalmodelle**  
keine eindeutigen Ergebnisse

Keine „one size fits all“ Lösungen

# Are Women Overinvesting in Education? Evidence from the Medical Profession.

M. Keith Chen, Judith A. Chevalier.

Journal of Human Capital, 2012; 6 (2): 124

## The medical timebomb: too many women doctors?

Laurance J., Independent 2004

## In Österreich

Turnusausbildung: ca. 60% Frauen

Allgemeinmedizin: ca. 53% Frauen

Fachärzt\_innen: ca. 33% Frauen

The Lancet Commission  
**Women and Health:  
the key for sustainable development**



## When Most Doctors Are Women: What Lies Ahead?

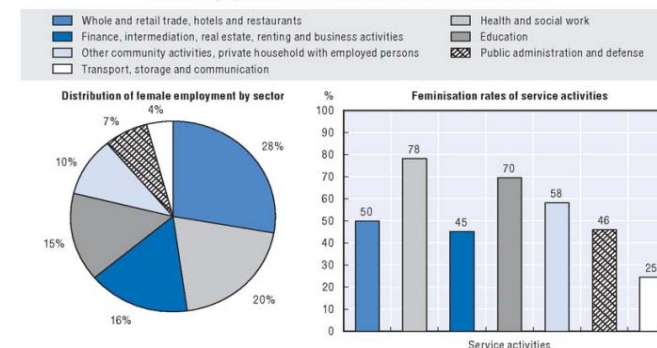
Wendy Levinson, MD, and Nicole Lurie, MD, MSPH

The profession of medicine is becoming feminized: The number of women enrolled in medical school and residency programs has increased dramatically over the past several decades. Some researchers have examined how women are faring in the profession, but few have considered how feminization of the profession will

care, the societal delivery of care, and the medical profession itself. We also consider the potential positive and negative consequences of a predominantly female physician workforce on these domains.

III.11. WHO IS IN PAID WORK?

Figure 11.3. Economic sectors with the highest feminisation rates are health and community services followed by education  
Female employment in service activities in OECD countries, 2010



Source: OECD Employment Database 2012, [www.oecd.org/employment/database](http://www.oecd.org/employment/database), excluding France, Luxembourg and the United States.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932675899>

Women continue to choose different occupations from men (Chapter 9). In the 1990s, the development of new technologies and the change in the organisation of work were believed to be factors that could contribute to widening women's occupational choices (OECD, 1994). But Figure 11.4 shows that female employment in Europe is concentrated in fewer occupations than male employment, with gender differences varying across countries and little change over the last decade. Bettio and Verashchagina (2009) for Europe and Hegewisch et al. (2010) for the United States corroborate that since the mid-1990s there has been little change in "horizontal segregation" – i.e. where a workforce is made up chiefly of one gender, race, or other ascribed characteristic. In 2009, the greatest spread of female workers across occupations amongst European countries was in the Czech Republic, where ten occupations accounted for half of total employment. The comparably high diversification of female occupations in the Czech Republic is related to their past as communist regimes, while the subsequent move to a market economy has brought the shift back to a more traditional model of economic segregation (Box 11.2).

In addition to horizontal segregation, women across the world also face a "glass ceiling" or "vertical segregation issues" – i.e. where opportunities for career advancement for a particular gender, race, or other ascribed characteristics, are narrowed. On average, in OECD countries for which information is available, less than one-third of managers are women, with small variations across countries (Figure 11.5). The proportion of female managers is highest in France, Poland and the United States (35%). The proportion of women with managerial responsibilities is lowest in Luxembourg (21%). Overall, women face many more obstacles to promotion and reaching the top echelons of the corporate world than men do (Chapter 15).

## Analyse der Lancet Commission 2010



- Fehlende Übereinstimmung des Erlernten mit dem gesellschaftlichen Bedarf
- Mangelnde Teamarbeit
- Hierarchisierung nach Beruf, Spezialisierung und Geschlecht
- Technisch-instrumentelle Herangehensweise ohne Verständnis für größere Zusammenhänge und Versorgungssystem
- Episodische Kontakte statt kontinuierliche Betreuung
- Spitallastigkeit der Ausbildung zulasten der Primärversorgung
- Quantitative und qualitative Ungleichgewichte bei Angebot und Nachfrage von Health Professionals
- Wenig ausgeprägte Führungsbereitschaft zur Verbesserung der Leistung und des Nutzens
- Lückenhafte, überholte und starre Lehrpläne entlassen unzulänglich vorbereitete Absolvent\_innen in das Gesundheitssystem



## **Health Professionals für das neue Jahrhundert: die Bildung verändern, um die Gesundheitssysteme in einer interdependenten Welt zu stärken**

### **Transformatives Lernen**

Kritische Analyse und Synthese von Informationen als Basis für Entscheidungen  
Kernkompetenz für wirksame Teamarbeit  
Kreative Anpassung von Bildungsmodellen

### **Wechselseitiger Austausch im Bildungsbereich**

Harmonisierte Bildungs- und Gesundheitssysteme  
Bildung in Netzwerken, Partnerschaften  
Globaler Austausch von Bildungsinhalten, Innovationen

But there is a paradox in health care.

Although change is a dominant theme promoted by multiple forces questioning current systems, the implementation of new policies often elicits strong resistance from competing interests and structural inertia.

Again this emphasizes human resources critical role in health care – the workforce is key to achieving the desired changes in the health system and therefore it must be fully engaged in the process of change.



*Carl-Ardy Dubois, Martin McKee and  
Ellen Nolte, 2006*



