



International Council of Nurses
The global voice of nursing

ICNMM

International Centre on Nurse Migration
AN INFORMATION RESOURCE FOR POLICY MAKERS, PLANNERS, AND PRACTITIONERS



Policy Brief: Nurse Retention

Údæ* ã] æ ã!K

T ãæà^ æ! àã á~ } * Á Æ^! ÁÚ~* ^

July 2018

Authors: Professor James Buchan, PhD, DPM, MA(hons)

Franklin A. Shaffer, EdD, RN, FAAN, FFMRCIS

Howard Catton, MA, BSc, RN

3600 Market Street, Suite 400

Philadelphia, PA 19104 USA

www.intlnursemigration.org

Ö~ •&@Á à!•c ~ } ÁV^ã DÑ [æ } æS } >]]^|Ö^ •&@!Á!~ •ç!àã áÁ>!ÁÚ~* ^à!~ ^ÁÖÓSD

Inhalt

Einführung	3
Teil eins: Warum Mitarbeiterbindung in der Pflege wichtig ist	4
- Auswirkungen auf Kosten und Produktivität	
- Auswirkungen auf Versorgungsqualität	
- Auswirkungen auf die Pflegenden (Arbeitslast und Arbeitsbedingungen)	
Teil zwei: Mitarbeiterbindung: Was die Evidenz sagt	8
- Kernpunkte aus den Reviews	
Teil drei: Halten von Pflegepersonal: Entwickeln und Nutzen eines Strategie-Rahmens	12
Section Four: Summary of key points	17
Annex 1: Indicators of nurse retention	20
Annex 2 Nurse Retention: Tools	23
References	24

Einführung

Es wird zunehmend anerkannt, dass das Erreichen von Gesundheitssystemzielen einschließlich der Aufrechterhaltung einer nachhaltigen effektiven allgemeinen Gesundheitsversorgung ein adäquates und effektives Pflegefachkraft-Potenzial erfordert. Dies beinhaltet die Dimensionen der Effektivität im Zusammenhang mit dem Zugang zu Qualitätsdienstleistungen, die wiederum eine effektive Bindung und geografische Verteilung der knappen Pflegekapazitäten erfordern – innerhalb einer tragfähigen Belegschaft.

Dieses Strategiepapier fasst die Kernpunkte dessen zusammen, was man weiß über effektive Strategien zur Fachkräftebindung in der Pflege. Ziel ist, nationale Berufsverbände und Politiker zu informieren.

Als Ausgangspunkt ist wichtig: Es gibt keinen Mangel an Publikationen und Meinungen in Bezug auf Mitarbeiterbindung. Die Online-Suche mit den Suchbegriffen „nurse retention“ generiert buchstäblich Millionen von Treffern. Das gibt einen Eindruck davon, wie breit gefächert das Interesse an dem Thema ist. Allerdings sind viele der Materialien örtlich begrenzt und entweder deskriptiv oder meinungsbasiert; relativ wenig gibt es, das sich Berichten über evaluierte Auswirkungen einer gut gestalteten Strategie widmet.

Das bedeutet aber nicht, dass große Teile des verfügbaren Materials wertlos sind; um aber eine allgemeingültige Orientierung zu geben, basiert dieses Papier nur auf Veröffentlichungen mit Evidenz. Das Ziel ist eine weltweite Relevanz, Politiker und nationale Berufsverbände sollen mit einer Synthese von Schlüsselerkenntnissen und Hinweisen zur Politikgestaltung ausgerüstet werden.

Vorausgesetzt dass jede Organisation, Gesundheitssystem und Land ihre spezifischen Prioritäten und Herausforderungen bei der Bindung von Pflegefachpersonen haben, will das Papier keineswegs versuchen, Universallösungen „von der Stange“ zu verordnen. Politiker und Berufsverbände müssen ein Bewusstsein für die Situation und Prioritäten im eigenen Land entwickeln und so den besten Strategie-Mix identifizieren, um die eigenen Herausforderungen zur Fachkräftebindung in der Pflege zu adressieren.

Dieses Papier legt den Fokus auf die Praxis. Es zeigt Schlüsselaspekte auf wissenschaftlicher Basis, um dann den Rahmen einer Strategieanalyse aufzubauen. Instrumente und Indikatoren, die genutzt werden können, um die Auswirkungen politischer Interventionen zu besserer Pflegefachkräftebindung zu messen, werden herausgestellt. Das Papier enthält vier Abschnitte:

Teil eins berichtet, warum ein politischer Fokus auf Mitarbeiterbindung in der Pflege so wichtig ist.

Teil zwei legt die Grundlagen in Bezug auf Faktoren der Pflegefachkräftebindung.

Teil drei steckt einen Rahmen ab zur Identifizierung und Implementierung von strategischen Interventionen zur Mitarbeiterbindung.

Teil vier fasst die springenden Punkte zusammen.

Innerhalb des Reports werden anschauliche Beispiele zur Schlüsselevidenz und strategische Hinweise in Textkästen hervorgehoben.

Teil eins: Warum Mitarbeiterbindung in der Pflege wichtig ist

Immer dann, wenn eine Pflegefachperson ein Gesundheitsunternehmen verlässt (oft auch „Fluktuation“ genannt), hat das Auswirkungen für diese Mitarbeiterin, für die Einrichtung und auch für die Klienten dieses Unternehmens. Nicht immer verlassen die Pflegenden ihre Arbeitsplätze, weil sie im Unternehmen schlechte Erfahrungen gemacht haben, und nicht jede Folge einer Mitarbeiterfluktuation ist notwendigerweise negativ. Nicht jedes Ausscheiden ist freiwillig, denn manche Pflegefachpersonen verlassen ihre Arbeitgeber aus Gründen, die nicht geplant waren. Und schließlich lässt man mit dem Arbeitsplatz nicht auch automatisch seinen Beruf hinter sich – viele professionell Pflegenden wechseln nur den Arbeitsplatz oder die Einrichtung. Es ist wichtig, dass jede Untersuchung oder Analyse von Abgängen und Fluktuation eine konstante Definition beibehält. Ungeachtet der Messmethoden und des Ziels von Abgängern sind jedoch organisatorische Kosten und mögliche negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung wahrscheinlich.

Auswirkungen auf Kosten und Produktivität

Wenn eine Pflegefachperson ausscheidet, muss das Unternehmen auf die dadurch entstehende Kompetenzlücke antworten. In der Regel wird es Übergangslösungen geben, um die Zeit, die nötig ist, um Ersatz zu finden, zu überbrücken. Bis der/die Nachfolger/in dasselbe Niveau an Leistung erreicht, kann es dauern (andere Mitarbeiter könnten Aufgaben mit übernehmen, Arbeit könnte aufgeschoben werden, Ausgleich durch Leiharbeit...). Die durch das Ausscheiden „verlorene“ Leistung manifestiert sich häufig in einem Rückgang an Versorgungskontinuität, Brüchen in der Leistungserbringung und dem Absinken der allgemeinen Produktivität. Wenn die Einrichtung die Mitarbeiterin halten kann, treten alle diese Kosten nicht auf.

Sollte zwischen dem Ausscheiden der Pflegenden und der Wiederbesetzung der Stelle längere Zeit vergehen – vielleicht wegen Bewerbermangels oder Finanzierungsproblemen – nehmen die negativen Folgen zu. Wenn die Zahl der ausscheidenden Pflegefachpersonen, bezogen auf die gesamte Belegschaft, groß und wo die Fluktuationsrate hoch ist (wird gelegentlich mit einer Rührtrommel verglichen), können die negativen Folgen noch zerstörerischer für die Patientenversorgung und die Finanzlage des Unternehmens werden.

Wie oben erwähnt muss Klarheit herrschen darüber, welche Messgröße von Fluktuation zugrunde gelegt werden soll – alle Pflegenden, die das Unternehmen verlassen, oder nur solche, die auch den Beruf aufgeben. Eine Befragung von 23.000 Pflegefachpersonen, die auf internistischen und chirurgischen Krankenhausstationen in 10 Ländern arbeiten (Belgien, Finnland, Deutschland, Irland, Niederlande, Norwegen, Polen, Spanien, Schweiz und UK) ergab, dass 33% beabsichtigen, in den nächsten Jahren ihren Arbeitsplatz zu wechseln, demgegenüber 9% der Pflegefachpersonen ihren Beruf aufgeben wollen. Die die Fluktuationsrate derer, die den Beruf verlassen wollen, variierte von 5 bis 17% in den 10 Ländern.

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen, die eine Schätzung der Kosten von Fachkräftefluktuation in der Pflege fokussieren. Diese Studien untersuchen die verschiedenen Auswirkungen die entstehen, wenn Pflegefachpersonen ein Unternehmen verlassen, beispielsweise Kosten für temporären Ersatz, Kosten für Anwerbung der Nachfolge sowie Verlust an Produktivität. Jedem Element wurde ein Geldwert zugeordnet. In der Summe zeigt sich, dass die Kosten durch Fluktuation für eine Gesundheitseinrichtung signifikant sein können.

Eine US-Studie schätzte, dass die vollständigen Kosten von Fluktuation für ein Krankenhaussystem, das 5000 Beschäftigte hat, zwischen 17 und 29 Millionen US-Dollar pro Jahr betragen. Eine andere US-

Studie ergab, dass die Kosten der Fluktuation jeder Pflegefachperson zwischen einem Drittel und dem Doppelten eines Jahresgehalts liegen. Eine Übersicht innerhalb der Europäischen Union betont die Notwendigkeit, das Halten von Mitarbeitern im Gesundheitsdienst zum Unternehmensanliegen zu machen mit dem Argument, dass bessere Mitarbeiterbindung besseren Zugang zu Gesundheitsleistungen bedeutet. Das wiederum führt zu besseren Gesundheits-Outcomes und geringeren Kosten adäquater Leistungserbringung. Es gibt noch weitere aktuelle Studien aus einer Reihe von einkommensstarken Ländern, die ähnliche Ergebnisse berichten.

Kasten 1. Schätzungen und Vergleich der Kosten von Pflegepersonalfuktuation

Eine aktuelle Studie verglich Fluktuationsraten und –kosten bei Pflegepersonal in vier Ländern (Australien, Kanada, Neuseeland und USA) mit jeweils derselben Methode. Die Studie zeigte Schwierigkeiten auf, die Kosten und Fluktuationsraten zu messen und zu vergleichen, denn es gab Unterschiede in Definitionen und Methodik. Die Ergebnisse wurden in US-Dollar standardisiert. Die Studie zeigte auf, dass Australien signifikant höhere Fluktuationskosten (\$48,790) berichtete, bedingt durch höhere Kosten im Zusammenhang mit Kündigung und temporären Ersatz. Beinahe um 50% niedrigere Kosten gab es in den USA (\$20,561), Kanada (\$26,652) und Neuseeland (\$23,711). Auch Fluktuationsraten variierten signifikant zwischen den Ländern – von der höchsten Rate in Neuseeland (44,3%) über die USA (26,8%), Kanada (19,9%) und Australien (15,1%). Die Studie folgerte daraus, dass ein signifikant hoher Anteil an Fluktuationskosten dem temporären Ersatz zuzuordnen ist – was die Bedeutung von Mitarbeiterbindung noch einmal betont.

Während jede dieser Studien ihr eigenes Protokoll verwendet hat, legen alle Ergebnisse nahe, dass die negativen Auswirkungen auf die Einrichtung, wenn eine Pflegefachperson ausscheidet, mindestens dem Äquivalent mehrerer Monatsgehälter entspricht – und vermutlich noch mehr, wenn es sich um eine Pflegeexpertin mit besonderer Spezialisierung handelt. Eine Checkliste für die Fluktuationskosten zu nutzen ist eine Methode, die Folgen niedriger Mitarbeiterbindung zu identifizieren und einzuschätzen. (Anhang 2 liefert Details dieses Ansatzes).

Auswirkungen auf Versorgungsqualität

Ebenso wie die voraussichtlichen negativen Effekte für Kosten und Produktivität der Einrichtung kann geringe Mitarbeiterbindung – wie sie in hohen Fluktuationsraten zum Ausdruck kommt – zu negativen Folgen für die Versorgungsqualität beitragen. Es gibt relativ wenig Forschung zu diesem komplexen Zusammenhang, der Daten zu Fluktuationsmustern, Personalbemessungslevels, Personalkosten und pflegesensible Qualitäts- und Versorgungs-Outcomes erfordert. Aber einige Studien sind publiziert worden, die bemerkenswertesten zeigen die überzeugende und wachsende Evidenz bezogen auf Magnetkrankenhäuser auf.

Kasten 2. Magnetkrankenhäuser: Die Verbindung zwischen effektiver Pflegepersonalbemessung und Versorgungs-Outcomes

Der Ursprung der Forschung zu Magnetkrankenhäusern war eine Studie aus 1983, die die organisatorischen Charakteristiken der Krankenhäuser identifizierte, die „als Magnete für professionell Pflegende dienen: d.h. sie konnten gut qualifizierte Pflegefachpersonen anziehen und halten und dadurch dauerhaft gute Versorgungsqualität erbringen.“ Die Schlüssel-Charakteristiken von Magnetkrankenhäusern beinhalten einen partizipativen und unterstützenden Führungsstil, angemessene Personalausstattung, flexible Arbeitszeiten, Karrierechancen, professionelle Autonomie und Verantwortlichkeiten sowie ein hoher Stellenwert von innerbetrieblicher kontinuierlicher Fortbildung. Jüngere Forschung zu Magnetkrankenhäusern hat Untersuchungen eingeschlossen, die über signifikant niedrigere Fluktuations- und Vakanzraten der Pflege in den Magnethäusern berichten. Sie zeigen darüber hinaus, dass die Arbeitszufriedenheit größer als in Vergleichskliniken ist und die Mortalitätsraten niedriger sind als in der Kontrollgruppe. Magnetkrankenhäuser werden nun akkreditiert durch das American Nurses Credentialing Center (ANCC). Es gibt mehr als 400 akkreditierte

Magneteinrichtungen, die meisten in den USA, einige in anderen Ländern: Australien, Belgien, Kanada, Libanon und Saudi Arabien.

Eine andere Studie untersuchte Zusammenhänge zwischen Pflegefachpersonenfluktuation, Mitarbeiterbindung und Klinik-Wiedereinweisungen von Pflegeheimbewohnern und berichtet, dass Heime mit höherer Mitarbeiterbindung eine um 0,2% niedrigere Wiedereinweisungsrate hatten (das entspricht 2 Krankenhausaufenthalten pro Jahr und pro Heim). Eine andere Studie widmete sich den Effekten von Pflegefachkraftfluktuation auf bei einem Klinikaufenthalt aufgetretene Druckgeschwüre in mehr als 400 Krankenhäusern. Ergebnis: Für jeden Anstieg der Fluktuation um jeweils 10% pro Quartal steigt das Risiko von Patienten, einen Dekubitus zu entwickeln, um 4% im folgenden Quartal. Höhere Fluktuationsraten des Pflegepersonals in einem Quartal sind in der Regel verbunden mit niedrigerer Personalausstattung im nächsten und den folgenden Quartalen.

Dieser Teufelskreis aus hohen Ausscheidensquoten beim Pflegepersonal mit negativen Folgen für die Versorgungsqualität, steigenden organisatorischen Kosten und hoher Arbeitsbelastung für die übrigen Pflegefachpersonen lässt sich in etlichen Gesundheitseinrichtungen in allen Ländern ablesen. Die Herausforderung für Strategieentwickler und nationale Pflegeberufsverbände ist zu entscheiden, wie man am besten vorgehen sollte, um die Mitarbeiterbindung in der Pflege (Stabilität der Belegschaft) zu verbessern – durch Reduzieren von vermeidbarer Pflegepersonalfuktuation – und so die Versorgungsergebnisse und Unternehmenskosten positiv beeinflusst. Das übergreifende Ziel ist es, die sogenannte „Mitarbeiterbindung-Versorgungsqualität-Patientenzufriedenheit-Kette“ sicherzustellen. Kurz gesagt: Bessere Mitarbeiterbindung ermöglicht und fördert bessere Versorgung.

Auswirkungen auf die Pflegenden (Arbeitslast und Arbeitsbedingungen)

Das Altersprofil der Pflege-Belegschaften zusammen mit der Tatsache, dass die übergroße Mehrheit der Pflegefachpersonen in den meisten Einrichtungen Frauen sind, werden auch Faktoren sein, die berücksichtigt werden müssen, wenn man Fluktuationsmuster und geeignete strategische Antworten betrachtet.

Das Arbeitsumfeld kann ein wichtiger Faktor für Mitarbeiterbindung sein, aber wenn das Arbeitsvolumen zu groß ist und die Arbeitsumgebung problematisch, kann sich das negativ auf Mitarbeiterbindung auswirken und auch die Pflegequalität beeinflussen. Charakteristiken von Arbeit nehmen Einfluss auf die individuelle Arbeitszufriedenheit der Pflegenden, die Balance zwischen Arbeit und Privatleben – das oft die Verantwortung für die Versorgung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen einschließt, innerbetriebliches Lernen und Personalentwicklung sowie die Unternehmenskultur.

Schlechte Arbeitsumgebungen und untragbar hohe Arbeitsbelastung können zu Behandlungsfehlern führen und hängen zusammen mit Stress und Burnout, Ausfallquoten und hohen Fluktuationsraten der beruflich Pflegenden. Das wiederum gefährdet die Versorgungsqualität. Im Gegensatz dazu tragen bessere Arbeitsumgebungen zur Stressreduzierung und höherer Leistungsfähigkeit für gute Pflegequalität bei und können Pflegefachpersonen motivieren, „am Bett zu bleiben“.

Kasten 3. Einstufen der Arbeitsumgebung in der Pflege und Fluktuation

Die Practice-Environment-Skala des Nursing Work Index (PES-NWI) ist ein evidenzbasiertes Instrument, das die Beschaffenheit von Arbeitsumfeldern in der Pflege beurteilen kann. Der PES-NWI mit 31 Items basiert auf Literatur zur Arbeitszufriedenheit von Pflegenden, Studien über die Magnetkrankenhäuser sowie Theorien zur Soziologie von Unternehmen, Beschäftigung und Arbeit. Der PES-NWI besteht aus fünf Subskalen: Nurse Participation in Hospital Affairs; Nursing Foundations for Quality of Care; Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses; Staffing and Resource Adequacy; and Collegial Nurse-Physician Relations. Etliche US-Organisationen haben den PES-NWI als Messlatte für die Qualität der Arbeitsumgebung in der Pflege empfohlen, einschließlich National Quality Forum (NQF) und die

Joint Commission. Der PES-NWI wurde in fünf Ländern für zehn Praxis-Settings adaptiert und in drei Sprachen übersetzt.

Eine jüngere Studie in neun europäischen Ländern deutet darauf hin, dass evidenzbasierte Investitionen zur Förderung des Wohlbefindens der Pflege-Belegschaft verbunden werden können mit geringerer Krankenhaus-Mortalität. Eine andere Publikation derselben Studiengruppe in 12 europäischen Ländern berichtete, dass mehr als 20% der Pflegefachpersonen (11 bis 56% in unterschiedlichen Ländern) in den meisten der Länder mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden waren; die Unzufriedenheit bestand in Hinsicht auf Gehälter, Fortbildungsmöglichkeiten und Karrierechancen. Nennenswerte Anteile (19 bis 49%) der Pflegenden wollen ihren Arbeitsplatz verlassen. Weitverbreitet wurde Besorgnis bezüglich Management und Führung sowie adäquate Personalbemessung in der Pflege berichtet. Professionell Pflegenden berichteten, dass essentielle pflegerische Aufgaben aus Mangel an Zeit oft unterbleiben mussten und dass unerwünschte Ereignisse/Komplikationen nichts Ungewöhnliches mehr sind.

Eine dritte Publikation, basierend auf einer Befragung von 23.000 Pflegefachpersonen in Krankenhäusern in zehn europäischen Ländern, ergab, dass alles in allem 9% der Pflegefachpersonen ihren Beruf verlassen wollen, die Angaben variierten zwischen 5 und 17% zwischen den verschiedenen Ländern. Sieben Faktoren wurden mit der Absicht, den Beruf aufzugeben, assoziiert: die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Mediziner; Führung; Beteiligung an Angelegenheiten des Krankenhauses; höheres Lebensalter; Frau sein; Vollzeit-Arbeitsverhältnis und Burnout. Die jeweilige Relevanz dieser Faktoren fiel in den Ländern unterschiedlich aus.

Teil zwei: Mitarbeiterbindung: Was die Evidenz sagt

Wie schon in der Einführung bemerkt fehlt es nicht an Informationen und Meinungen über Mitarbeiterbindung in Pflegeberufen; tatsächlich kann die schiere Anzahl der verfügbaren Quellen irritieren, wenn man versucht, sich darauf zu fokussieren, was tatsächlich helfen kann, Mitarbeiterbindung in der Pflege zu verbessern – in einem spezifisch organisationalen oder systemischen Kontext. Dieser Abschnitt bietet einen kurzen Überblick über die veröffentlichte Evidenz. Er fokussiert primär auf international ausgerichteten, systematischen, englischsprachigen Reviews, die eine breitere und manchmal tiefere Einschätzung der verfügbaren Evidenz vermitteln. Einige systematische Reviews, die Aspekte von Mitarbeiterbindung in der Pflege beinhalten, sind in den letzten Jahren erst veröffentlicht worden. Einige konzentrieren sich auf eine spezifische Intervention, andere beleuchten entweder ein Segment innerhalb der Pflege-Belegschaft oder eine spezifische Art von Pflege-Setting. Alle zusammen bieten sie einen Überblick über die Lehren, die aus der verfügbaren publizierten Evidenz zu ziehen sind, als auch Hinweise zu großen bestehenden Forschungslücken. Eine Reihe dieser systematischen Reviews – veröffentlicht in den vergangenen zehn Jahren – ist im folgenden Kasten in chronologischer Reihenfolge aufgeführt.

Kasten 4. Übersicht Reviews

- Ein systematischer Review der Effektivität von Ansätzen, frisch examinierte Pflegefachpersonen zu halten, zeigt, dass die höchsten Bindungsraten assoziiert werden mit Halte-Strategien, die ein Mentoren-Modell verwenden.
- Ein systematischer Review, der untersuchte, welche Faktoren erfolgreich bei der Rekrutierung und Bindung von Pflegefachpersonen in der Altenpflege sind, identifizierte eine Reihe von Faktoren: sorgfältige Auswahl der Einsatzorte in der praktischen Ausbildung; kontinuierliche Supervision und Praxisbegleitung; Training von Fertigkeiten, Führung und Teamarbeit bei Berufseinsteigern wie auch Erfahrenen; höhere Personalausstattungsstandards; Lohngleichheit zwischen unterschiedlichen Gesundheitssettings sowie familienfreundliche Strategien.
- Ein systematischer Review, der Verknüpfungen zwischen Mitarbeiterbindung und Führungsstilen in der Pflege untersucht hat, sagt, dass Leitungen, die beziehungsbasierte Führung praktizieren (ein Verhaltens-Ansatz, bei dem die Führungskraft die Zufriedenheit, Motivation und das allgemeine Wohlbefinden der Teammitglieder in den Fokus stellt) und für gute Arbeitsumfelder sorgen, ihre Beschäftigten eher halten können.
- Ein realistischer Blick auf Faktoren, die helfen, Pflegefachpersonen und andere Angehörige von Gesundheitsberufen in ländlichen Regionen zurückzuhalten, spricht von drei wesentlichen Rückschlüssen: 1) Halten in ländlichen Standorten ist leichter, wenn die Ausbildung ein ländlich-fokussiertes Curriculum enthielt, wenn die Personen selbst einen ländlichen Hintergrund oder ein besonderes Interesse daran mitbringen; 2) berufliche und soziale Isolation, die ein Zurückhalten von Mitarbeitern im Gesundheitsdienst behindern kann, wird verringert durch Fortbildung, finanzielle Anreize und persönliche und professionelle Unterstützungsmaßnahmen; sowie 3) finanzielle Anreize werden nur dann zu einer besseren Mitarbeiterbindung beitragen, wenn sie die Einschränkungen gegenüber der Berufsausübung in urbanen Regionen aufwiegen, und wenn sie in Kombination mit nicht-geldlichen Anreizen geboten werden.
- In einem Review von Faktoren, die sich auf das Halten von Pflegeexperten für Notfallmedizin in Kanada beziehen, stellten sich Führung in der Pflege, Form der Berufsausübung, Zusammenarbeit mit Medizinern, Personalausstattung und Schichtarbeit als signifikante Einflussfaktoren für die

Bindung von Pflegefachpersonen heraus. Für Pflegeexperten in der Notfallmedizin und ihre Absicht zu gehen spielten diese Faktoren eine zentrale Rolle.

- Ein systematischer Review, der sich auf das Halten von Pflegepersonal in strukturschwachen Regionen konzentrierte, identifizierte zwei Studien die zeigten, dass finanzielle Anreizprogramme die Verteilung der Pflegenden verbessern konnten. Und drei andere Studien konnten aufzeigen, dass unterstützende Verknüpfungen in der Pflege, Unterstützung durch Informations- und Kommunikationstechnologie und Karrierepfade speziell für die ländliche Versorgung als wichtige Faktoren die Bindung von Pflegefachpersonen beeinflussen.
- Ein Review von „positiven Arbeitsumgebungen“ für beruflich Pflegenden kam zu dem Schluss, dass ihre Gestaltung zwar Mitarbeiterbindung verstärkt und gute Patientenversorgung ermöglicht, aber dass es einen Bedarf an vollständig evaluierten Arbeitsumgebungen mithilfe eines validierten Tools gibt, um Interventionen zu lenken und zu evaluieren.
- Ein systematischer Review untersuchte, welche Interventionen die Bindung berufserfahrener Pflegefachpersonen verbessert. Ergebnis: Teamarbeit und individuell geplante Strategien einschließlich Mentoring, Führungsinteresse und detaillierte Orientierung erhöhen die Arbeitszufriedenheit und führen zu besseren Ergebnissen der Mitarbeiterbindung.

Kernpunkte aus den Reviews

Was lässt sich aus der vorliegenden Evidenz über Mitarbeiterbindung in der Pflege schließen? Die Evidenzgrundlage zum Halten von Pflegepersonal ist in den letzten Jahren ständig gewachsen. Die Ergebnisse verschiedener Reviews decken sich, aber einige Kernaspekte ragen hervor.

Zunächst einmal identifizieren die veröffentlichten Studien eine große Bandbreite von Faktoren, die sich auf Mitarbeiterbindung beziehen, allerdings fokussieren die meisten auf Krankenhauspersonal in einkommensstarken Ländern, und vieles davon hat einen sehr spezifischen, aber auch engen Fokus. Das kann die Verallgemeinerung von Erkenntnissen und darauf zu beziehende Strategieempfehlungen limitieren.

Zweitens werden in diesen Reviews unterschiedliche Definitionen von „Halten/Bindung“ verwendet. Einige beziehen sich auf Fluktuation, andere auf Bindung, einige auf Stabilität, manche auf Mitarbeitermotivation, und einige andere auf weitere verwandte Kriterien wie z.B. Arbeitskräfteabgang, Einbettung im Job oder Kündigungsabsicht.

Drittens mögen die Faktoren, die zur Mitarbeiterbindung von Pflegenden beitragen – weil sie die Absicht im Unternehmen zu bleiben oder zu gehen triggern, komplex oder multidimensional sein, aber sie sind gewöhnlich beeinflusst sowohl durch unternehmensbedingte als auch individuelle/demografische Faktoren.

Viertens: Eine Reihe von organisationalen Faktoren werden oft mit negativen Folgen für die Arbeitszufriedenheit, Fluktuation oder Bindung von Pflegenden identifiziert. Das betrifft die Arbeitsumgebung, Arbeitsbeziehungen, Arbeitsbedingungen, Vergütung, andere geldliche oder nicht – finanzielle Anreize, Flexibilität und familienfreundliche Unternehmensstrategien, Karrieremöglichkeiten und Zugang zu Bildungsmaßnahmen, produktive Arbeitsbeziehungen mit anderen Berufsgruppen oder Teams, ansprechbares Management, wirksame Supervision und fokussiertes Mentoring, Arbeitsplatz-Mobilität und jeweilige Arbeitsmöglichkeiten in verschiedenen Einrichtungen, Sektoren, Regionen und Ländern.

Die Herausforderung für jeden Pflegeberufsverband oder Politiker, der zu verstehen versucht, was im eigenen Interessengebiet und Zuständigkeitsbereich in Bezug auf das Halten von Pflegepersonal zu tun ist, wird sein zu entscheiden, was man mit der Evidenzgrundlage macht. Viele der hier aufgezeigten Ergebnisse können mitschwingen, aber die meisten Aspekte werden aus einem anderen Kontext oder

Land abgeleitet und womöglich auch für einen anderen Zweck oder mit anderer Perspektive entwickelt worden sein. Wie können die relevanten Kontextpunkte identifiziert werden, und wie können die effektivsten Strategien implementiert werden, damit sie Mitarbeiterbindung erhöhen? Das soll im nächsten Teil betrachtet werden.

Teil drei: Halten von Pflegepersonal: Entwickeln und Nutzen eines Strategie-Rahmens

Für die Entwicklung eines Rahmens für strategische Interventionen zur Mitarbeiterbindung in der Pflege ist zuallererst zu beachten, dass das Halten von Mitarbeiter/innen nicht isoliert von anderen Aspekten im Arbeitsleben von Pflegenden untersucht und adressiert werden sollte, denn es gibt wichtige Zusammenhänge. Ein ganz offensichtlicher ist, dass das ‚Zurückhalten‘ von Mitarbeitern oft verkoppelt wird mit ‚Anwerbung‘ – der Erkenntnis geschuldet, dass Anwerbung *und* Bindung relevante Aspekte der Personalstrategie sind. Von Bedeutung ist außerdem, dass Bindung oft im Kontext einer besseren geografischen oder sektoralen Verteilung von Gesundheitspersonal betrachtet wird, um der Bevölkerung einen besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung zu schaffen – essentieller Aspekt zum Erreichen einer allgemeinen Gesundheitsversorgung. Der Fokus Bindung/Verteilung liegt häufig darauf, wie das Halten in ländlichen und strukturarmen Regionen gelingen kann.

Eine zweite Dimension ist die, dass Pflegefachpersonen an unterschiedlichen Stationen ihrer Karriere mehr oder weniger Potenzial dafür haben, geografisch oder organisatorisch mobil zu sein. Pflegendе verschiedener Altersstufen und Generationen mögen unterschiedliche Berufs- und Lebensprioritäten haben, und Pflegendе in verschiedenen Organisationen und Systemen werden variierende Gelegenheiten haben, in Arbeitsplätze anderer Systeme und Länder überzuwechseln. Nicht jede Job-Mobilität ist nachteilig für die Pflegefachperson oder den Arbeitgeber, aber für jede Organisation und jedes System ist es wichtig einzuschätzen, wie die Muster und Trends der Stabilität bzw. der Fluktuation in der Berufsgruppe der Pflegenden sich darstellen.

Mitarbeiterbindung in der Pflege: Was ist das Problem?

Um Interventionen identifizieren zu können, die wirksam sein könnten zum Halten von Pflegepersonal, müssen Entscheidungsträger und nationale Berufsverbände Zugang zu Daten und Informationen haben, die helfen können,

- das Ausmaß des Problems zu erfassen,
- einzuschätzen, ob es sich unterschiedlich innerhalb der Organisation oder des Systems darstellt,
- und klar ausmachen, welches die ursächlichen Faktoren sind.

Jede Analyse sollte das Alters- und Geschlechterprofil der Pflege-Belegschaft genau untersuchen, ebenso ihre Arbeitsstunden und Arbeitszeitgestaltung. Monitoring und Analyse von Daten, die für das Binden von professionell Pflegenden Relevanz haben, kann dann das Identifizieren von Trends bei Mitarbeiterbindung ermöglichen und außerdem Variationen beim Level der Bindung in verschiedenen Bereichen des Unternehmens, Systems oder Landes zeigen (siehe Kasten 5).

Kasten 5. Einsatz einer Umfrage, um regionale Unterschiede aufzuzeigen

Eine Befragung von mehr als 2000 Pflegefachpersonen in Portugal in Bezug auf „Engagement“ stellt fest: „Trotz des im Durchschnitt hohen Niveaus an Engagement machen die zu beobachtenden Unterschiede zwischen Regionen, Krankenhäusern und Dienstleistern die Wichtigkeit organisationsbezogener Bedingungen deutlich und erklären dieses Phänomen.“

Das hilft dabei herauszufinden, wo und wie ausgeprägt Mitarbeiterbindung am problematischsten ist (siehe Kasten 6), und wo ein Fokus auf strategische Interventionen sich anbietet. Es gibt diverse Methoden, Fluktuation und Stabilität in Pflegeteams zu definieren und zu messen; jede hat Stärken und

Grenzen, aber es ist wichtig, dass ein konsequenter Ansatz für das Monitoring eingeführt ist (siehe Annex 1 für vollständige Details zu verschiedenen Bindungsindikatoren).

Kasten 6. Analysieren von Fluktuations-Daten und Prüfen der Verknüpfung mit anderen Faktoren

Eine nationale Studie zu Fluktuation und Bindung von Registered Nurses (RN), Licensed Practical Nurses und zertifizierten Nursing Assistants in US-amerikanischen Pflegeheimen untersuchte parallel die Zusammenhänge zwischen Amtsdauer im Management, Charakteristiken der Einrichtung, örtlicher Wirtschaftskraft, Fluktuation und Bindung. Die allgemeine jahresbezogene Fluktuationsrate bei RNs wurde mit 56% berichtet. Amtsdauer der Pflegeleitung, RN-Stunden pro Patiententag und Arbeitsstunden pro Patiententag der Assistant Nurses zeigen die wichtigsten Verknüpfungen mit geringerer Fluktuation und höherer Mitarbeiterbindung.

Ursächliche Faktoren mögen schwieriger systematisch einzuschätzen sein, jedoch gibt es Spielräume, um Daten zu nutzen, angefangen von der Zielrichtung abgehender Pflegefachpersonen bis hin zur Betrachtung von Abgangsmustern. Ein abzuklärender Aspekt ist die Frage, welcher Anteil der Fluktuation Wechsel des Arbeitsplatzes und wie hoch die Rate der Aussteiger aus dem Beruf ist. Darüber hinaus können die Meinungen und Erfahrungen von Pflegefachpersonen mithilfe von Interviews oder Befragung von Fokusgruppen in Erfahrung gebracht werden. All dies kann aufzeigen, welche Faktoren zur mangelnden Mitarbeiterbindung beitragen.

Mitarbeiterbindung (Probleme im Kontext)

Eine Analyse allein kann Pflegende nicht im Unternehmen halten; erforderlich sind Handeln und strategische Interventionen. Außerdem – wie zuvor erwähnt – sollte Mitarbeiterbindung in der Pflege nicht isoliert von anderen Aspekten der Personalstrategie und –planung der Profession adressiert werden. Es sollte einen allgemeinen strategischen Fokus für die Pflege-Belegschaft geben!

Jedes Unternehmen, Gesundheitssystem und Land sollte einen nachhaltigen, strategischen Ansatz für seine Pflegebelegschaft entwickelt und verabschiedet haben. Dieser muss eine sehr klar vorantreibende Vision beinhalten, abgeglichen sein mit übergeordneten Plänen und Prioritäten für das Gesundheitssystem, eine patienten-/verbraucherzentrierte Perspektive einnehmen, Pflegefachpersonen und Nationale Pflegeberufsverbände als Schlüssel-Stakeholder einbeziehen und auf Evidenz und Datenanalyse basieren, ohne rigide oder in Stein gemeißelt zu sein; die Strategie muss flexibel und anpassungsfähig sein.

Ein Beispiel dafür ist die ‚World Health Organization Global Strategy on Human Resources for Health: Health Workforce 2030‘. Sie nutzt einen Arbeitsmarktrahmen als Bezug, der die grundsätzliche Dynamik der Mobilität von Beschäftigten in Gesundheitsberufen hervorhebt. Darüber hinaus setzt sie den Aspekt Mitarbeiterbindung und strategische Lösungen für das Halten von Beschäftigten in einen breiteren nationalen politischen Kontext.

Der Rahmen kann von Entscheidungsträgern und Pflegeberufsverbänden zum Gebrauch angepasst werden; er zeigt insbesondere, dass – während viele politische Bemühungen auf die „Produktion“ neuer Fachkräfte fokussieren müssen – es daneben erforderlich ist, strategisch Gewicht auf Bindung und Verteilung zu legen. (siehe Grafik 1 im engl. Original Seite 12). Er unterstützt Entscheider und nationale Pflegeberufsverbände darin, mögliche „Eintrittspunkte“ für unterschiedliche strategische Maßnahmen und erfolgversprechende Verknüpfungen verschiedener Strategien im Rahmen der Implementierung zu identifizieren.

Der Arbeitsmarktrahmen verstärkt die Notwendigkeit, einen guten Überblick über die Dynamik des Pflege-Arbeitskräftemarktes zu entwickeln, denn nur so ist man imstande, wirksame Strategien für die „Ströme“ von Pflegefachpersonen zu entwickeln – inklusive Zurückhalten und bestmögliche Verteilung dieser Fachkräfte: Lenken neuer Auszubildender in die Pflegeausbildung, Einmündung von

Berufseinsteigern in Beschäftigungsverhältnisse, Wechsel zwischen verschiedenen Sektoren, Ländern und Beschäftigungsarten.

Als springender Punkt muss klar sein, dass Mitarbeiterbindung in Pflegeberufen zu adressieren nicht unternommen werden sollte, ohne damit verbundene Aspekte von Personalstrategie und –planung für die Pflegebelegschaft zu berücksichtigen. Entscheidungsträger und Pflegeberufsverbände müssen ein Bewusstsein für den Arbeitsmarkt-Kontext in der Pflege haben.

Rahmengestaltung für strategische Interventionen zu Mitarbeiterbindung in Pflegeberufen

Wenn Probleme der Bindung von Pflegepersonal klar herausgearbeitet sind und der Kontext der Pflegebelegschaft skizziert wurde – wie können die wirksamsten Strategien so implementiert werden, dass sie das Halten im Pflegeberuf verbessern? Ein Ansatz ist eine Struktur zu installieren, die auf der Evidenz zu Mitarbeiterbindung in der Pflege basiert, aber auf den Kontext und die Implementierung in die Praxis fokussiert.

Ein Ausgangspunkt für Entscheidungsträger und Berufsverbände ist, mögliche strategische Interventionen zum Halten von Mitarbeitern zu kategorisieren. Ziel muss sein, eine Struktur zu entwickeln, um systematisch die Interventionsoptionen zu identifizieren, die zu den gefundenen Bindungsproblemen passen, den Kontext berücksichtigen und deshalb für eine Einführung in Betracht kommen. Die untenstehende Tabelle fasst die Kategorisierung möglicher Strategien zusammen, die in aktuellen evidenzbasierten Reviews zu Mitarbeiterbindung in der Pflege verwendet wurden (einige fokussieren auch Anwerbung und/oder Verteilung). Alle Reviews haben einen Rahmen von 4 bis 6 Rubriken: Personalausstattung, Ausbildung, Infrastruktur usw.

Während es einige Unterschiede in den Bezeichnungen und Kategorisierung gibt, beinhaltet in allen Fällen die für diesen Zweck entwickelte Typologie in der Regel Ausbildung, Regulierung, Anreize (finanziell und nicht-monetär) sowie professionelle /persönliche Unterstützung. Eine dieser Rahmenwerke zu nutzen gibt Entscheidungsträgern und Pflegeberufsverbänden eine Struktur, mithilfe derer spezifische Interventionsmöglichkeiten identifiziert werden können.

Tabelle 1: Überblick über Typologien, verwendet in Reviews zu Gesundheitspersonal

BUCYX et al 2010 (57) (RETENTION)	WHO 2010 (REC und RETENTION) (auch ARAUJO und MAEDA 2013 (58) BARIBELL et al 2015 (59)	DIELEMAN et al 2011 (RETENTION) (60)	MBEMBA et al 2013 (RETENTION) (61)
Staffing	Education	Education	Education und Continuous Professional Development
Infrastructure	Regulation	Compulsory Service	Regulation
Remuneration	Financial Incentives	Financial Incentives	Financial Incentives
Workplace Organization	Professional and Peer Support	Personal and Professional Support	Personal and Professional Support
Professional Environment			
Social, Family and Community Support			

Wie oben aufgezeigt – ein bemerkenswert einflussreiches und relevantes Rahmenwerk ist das, was die WHO entwickelt hat; es führt evidenzbasierte Empfehlungen zur Verbesserung des Zugangs zu Versorgung in strukturschwachen und ländlichen Regionen auf – mithilfe höherer Mitarbeiterbindung in den Gesundheitsberufen (2. Spalte der Tabelle). Die WHO-Empfehlungen basieren auf einem weltweiten Review der Evidenz, aufgebaut auf früheren Studien.

Welcher Rahmen?

Der WHO-Report listet 16 spezifische evidenzbasierte Interventionen zur Berücksichtigung auf und betont, dass keine einzige davon für sich allein nachhaltigen Einfluss erzielen konnte. Diese 16 Empfehlungen wurden in die vier Bereiche von Intervention gruppiert: Bildung, Regulierung, finanzielle Anreize und professionelle und persönliche Unterstützung (siehe Abb. 2).

Jedes der 16 Interventionsbeispiele, A1 bis D6, stellt eine mögliche Option dar. Der WHO-Report betont die relative Stärke der Evidenz bei allen und liefert außerdem weitere Entscheidungshilfe für Entscheider.

Abb. 2: Rahmen für evidenzbasierte WHO-Empfehlungen zu Anwerbung und Bindung (Quelle: WHO)

Kategorie der Intervention	Beispiele
A. Bildung	A 1 Auszubildende mit ländlichem Background
	A 2 Ausbildungsstätten außerhalb großer Städte
	A 3 Rotation zur praktischen Ausbildung in ländlichen Regionen
	A 4 Curricula, die ländliche Gesundheitsprobleme reflektieren
	A 5 Kontinuierliche professionelle Bildung für Gesundheitsberufler in ländlichen Regionen
B. Regulierung	B 1 Erweitertes Aufgabenfeld
	B 2 Verschiedene Arten von Gesundheitsberufen
	B 3 Dienstverpflichtung
	B 4 Subventionierte Bildungsmaßnahmen für die Rückkehr in den Beruf
C. Finanzielle Anreize	C 1 Angemessene Finanzielle Anreize
D. Professionelle und Persönliche Unterstützung	D 1 Bessere Lebensbedingungen
	D 2 Sicheres und unterstützendes Arbeitsumfeld
	D 3 Reichweitenunterstützung
	D 4 Programme zur Karriereentwicklung
	D 5 Berufliche Netzwerke
	D 6 <i>(im Original leider abgeschnitten und nicht lesbar)</i>

Das 16 Punkte umfassende WHO-Rahmenwerk zu Bindung wurde in diversen Ländern und Kontexten angewendet. Ein multinationales Review seiner Umsetzung verdeutlicht beides – sein Potenzial und die Notwendigkeit, Implementierung und Evaluation zu durchdenken (siehe Kasten 7)

Kasten 7. Lektionen aus einer multinationalen Studie unter Verwendung des WHO-Rahmenwerks

Eine multinationale Studie ergab einen gemeinsamen Lernansatz dabei, das Feld für die Anwendung der 16 WHO-Empfehlungen zur Bindung von Gesundheitspersonal in 5 asiatischen Ländern einzuschätzen: China, Laos, Sri Lanka, Thailand und Vietnam. Ein Strategie-Analyse-Instrument wurde verwendet, um bestehende und potenzielle Bindestrategien – von der Erarbeitung bis zur Implementierung – auszuarbeiten und ihre Ergebnisse einzuschätzen und vorauszusagen. Ziel war, die erfolgreichen Strategien zu priorisieren und die anderen entweder herunterzustufen oder die Barrieren zu minimieren, die ihre wirksame Implementierung verhindern. Ein Review dieser Arbeit zeigte, dass Entscheider Aspekte der Vernetzung und Ablaufplanung bei Bindungsstrategien beachten müssen und

dass ein Multi-Stakeholder-Ansatz in der Gestaltung, Implementierung und Ergebnisevaluation der Interventionen erforderlich ist.

Strategiebündel

Eine Kernbotschaft für Entscheidungsträger aus dem Evidenz-Review in Teil 2 war, dass es Spielräume gibt, um die Mitarbeiterbindung in allen Gesundheitssystemen zu verbessern, aber dass viele strategischen Optionen lediglich mögliche Auswirkungen haben. Der analytische Rahmen im vorigen Absatz illustrierte einige dieser Optionen und betonte die Notwendigkeit, aufeinander abgestimmte oder koordinierte Strategieinterventionen zu betrachten.

Gerade letzterer Punkt muss betont werden: nachhaltiger Erfolg bei der Verbesserung der Bindung von Pflegepersonal ist ganz offenbar verknüpft mit geplanten – und womöglich aufeinanderfolgenden, multi-strategischen Interventionen; sogenannten Bündeln miteinander verknüpfter Maßnahmen, eher als Einzelinterventionen. Eine aktuelle Übersicht, fokussiert auf Bindung von Gesundheitspersonal, bemerkte: „Während einzelne Anwerbe- und Bindungsmaßnahmen für sich alleine wenig Effekte haben, sind Maßnahmenbündel wirksamer. Interventionen, die durch eine politische und behördliche Verpflichtung gestützt werden, profitieren von einer starken Rückhalt-Basis und der Beteiligung relevanter Stakeholder (das kann auch Patienten beinhalten: siehe Kasten 8).

Kasten 8. Patienten einbeziehen zur Verbesserung der Pflegepersonalbindung

Ein Krankenhaus in England arbeitet mit Patientenvertretungen zusammen um festzustellen, wie die Bindungsrate des Pflegepersonals in diesem Krankenhaus verbessert werden kann. Der Fokus liegt auf Zusammenarbeit bei der Entwicklung und Implementierung eines evidenzbasierten Modells zur Mitarbeiterbindung, bekannt als TRACS („supporting Transition at key career junctures, building Resilience, facilitating Authentic nurse leadership throughout the organisation, securing Commitment to support changing work practices and providing on-going Support for staff“). Der evidenzbasierte Ansatz fokussiert auf Schlüsselfaktoren, von denen bekannt ist, dass sie positiv einwirken auf das Bleiben von Pflegepersonal, und nutzt den Berichten nach einen kollaborativen Bottom-up-Ansatz, um Handlungsfähigkeit der Beschäftigten zu erzeugen.

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen sind andere Reviews gekommen – dass Pflegepersonalbindung in vielen Gesundheitssystemen verbessert werden kann, dazu aber gebündelte, miteinander verknüpfte Maßnahmen nötig sind. Die realistische Untersuchung von Faktoren, die dazu beitragen konnten, Pflegende und anderes Gesundheitspersonal in ländlichen Regionen zu halten, kam zu dem Schluss, dass „gebündelte Ansätze erfolgreicher sind als Einzelmaßnahmen“. Die systematische Untersuchung, die geprüft hatte, welche Maßnahmen sich positiv auf das Binden von RNs auswirkte, berichtet von „höchster Bindung, wenn multiple Maßnahmen eingesetzt wurden“.

Die wirksamste Ausbalancierung von Strategien zu besserer Pflegepersonalbindung zu identifizieren ist in Teilen eine Frage des Verstehens des Arbeitskräfteprofils und des Aufbaus einer Wissensgrundlage über Erfahrungen im Arbeitsalltag und die Motivation von professionell Pflegenden. Dies lässt sich durch Befragungen erreichen, Gespräche mit Ausscheidenden, Feedback durch Fokusgruppen und konsistentes Analysieren von Arbeitsmarktindikatoren, damit auf dieser Grundlage Interventionen besser priorisiert werden können (siehe Kasten 9).

Kasten 9. Leichtere Priorisierung von Strategien durch Befragung von Pflegenden

Eine Umfrage in Südafrika berichtet, dass Strategien mit dem Ziel, Arbeitszufriedenheit zu verbessern und Pflegende in der Primärversorgung im ländlichen Südafrika zu halten, sich nicht nur auf finanzielle Anreize und verbesserte Arbeitsbedingungen verlassen sollten, sondern auch auf angemessene Personaleinsatzplanung. Eine andere anonymisierte Befragung ermittelte die Präferenzen von Pflegefachpersonen in Bezug auf verschiedene Personalstrategien in drei Ländern und ergab, dass es signifikante Unterschiede zwischen den drei Ländern gab. Die Autoren schlossen daraus, dass in Kenia

und Südafrika bessere Bildungsmöglichkeiten oder Zuteilungen von Land am wirksamsten wären, um die Aufnahme von Arbeit in ländlichen Außenstellen zu steigern. Währenddessen würde in Thailand eine bessere Abdeckung von Gesundheitskosten den größten Effekt haben.

Ein anderer, simpler Ansatz, das Bündeln von Maßnahmen zur Pflegepersonalbindung voranzubringen, ist, gut verständliche Handbücher oder Berichte, die auf guten Praxisbeispielen basieren, zusammen zu stellen. Dieser Ansatz durch Fallstudien kann eine geradlinige Methode sein, um positive Erfahrungen zu verbreiten, wie zum Beispiel beim Einsatz von sogenannten „familienfreundlichen“ flexiblen Strategien innerhalb eines Systems oder eines Landes (siehe Kasten 10).

Kasten 10. Handbücher für die Praxis entwickeln – Wie verbessert man Pflegepersonalbindung?

Der National Health Service (NHS) in England hat kürzlich einen nationalen Leitfaden zur Mitarbeiterbindung im Gesundheitswesen entwickelt. Basierend auf der Zusammenarbeit von 92 NHS-Organisationen und unter Verwendung des PDSA-Zyklus (plan, do, study, act), fasst der Leitfaden verschiedene Schlüsselkomponenten zusammen; integriert ist eine vertiefte Datenbetrachtung, das Entwickeln von Unternehmens-Werten und –Kultur, Unterstützung flexiblen Arbeitens sowie Entwicklung und Planung von Karrieren. Ein anderer Leitfaden, basiert auf Arbeit in UK, wurde von Pflegedirektoren in Lehrkrankenhäusern entwickelt und beinhaltet mehrere Fallstudien, die Best-Practice-Strategien dieser Krankenhäuser zur Verbesserung der Pflegepersonalbindung beschreiben. Die Maßnahmen reichen von Einstellungsförderung über Aufbau einer Anerkennungskultur bis zu Belohnungen.

Die Evaluation der Auswirkungen von Maßnahmen für eine bessere Pflegepersonalbindung sollte integraler Bestandteil jedes Strategierahmenwerks sein, ist aber oft nur eine relativ schwache oder nicht existierende Komponente. Die standardisierten Datenelemente, die in diesem Abschnitt weiter oben diskutiert wurden und detaillierter in Annex 1 dargestellt sind, können die Basis schaffen, um Veränderungen als Ergebnis der Einführung von Bindungsstrategien einzuschätzen. Andere Ansätze zur Evaluation können Kostenschätzungen oder „vor/nach“-Befragungen einschließen. Das Evaluieren kann Entscheidungsträgern Feedback liefern, so dass künftige Interventionen besser ausgerichtet und wirksamer werden (siehe Kasten 11).

Kasten 11. Lernen aus der Evaluation von multiplen Programmen zur Pflegepersonalbindung

Eine Evaluierung von sieben Mitarbeiterbindungs- und Anwerbeprogrammen für Pflegefachpersonen in Alberta, Canada berichtet, dass die Programme zu spürbar besserer Arbeitszufriedenheit, größerem Einfluss auf die Arbeitsumgebung, niedrigeren Stress-Levels, mehr Energie und Moral und erkennbar höherer Versorgungsqualität geführt hatten. Allerdings hatte es keinen formalen Implementierungsplan gegeben, um die Arbeitgeber bei der Anwendung der Programme zu unterstützen. Die Autoren betonten die Notwendigkeit einer wirksameren Kommunikation und Evaluation von Initiativen und empfahlen, dass „Schlüsselindikatoren für die Umsetzung, Ausgangsdaten, Mechanismen zum Monitoring und ein Evaluationsplan in jedem Fall vor der Implementierung entwickelt werden müssen.“

Section Four: Summary of key points

This policy brief summarises the key points about what is known about effective policies on nurse workforce retention, with the aim of informing National Nursing Associations (NNAs) and policy makers by presenting a synthesis of key findings and policy pointers. The brief presents a policy analysis framework for nurse retention, and highlights tools and indicators that can be used to help monitor the impact of policy interventions aimed at improving nurse retention.

Why nurse retention is important. The brief highlights that every time a nurse leaves a health care organisation there is an impact on the nurse, on the health care organisation, and on the client population of the organisation. Organisational costs will be incurred, and there is the potential for a negative impact on patient care. The brief summarises three types of impact: Impact on costs and productivity; Impact on care quality; and the impact on the nurse, related to workload and working conditions. It highlights the compelling evidence on magnet hospitals, and provides links to a costing nurse turnover checklist.

Nurse retention: What the evidence tells us. The brief then provides an overview of the published evidence, focusing primarily on internationally oriented systematic (English language) reviews. It reports on the findings of systematic re-views published over the last ten years and concludes that there has been a steady growth in the evidence base on nurse retention. It also notes that there limited scope for generalisability of findings, that various definition of “retention” are used, and that a range of organisational factors are often identified as impacting on nurse satisfaction, turnover or retention. The challenge for any NNA or policy maker who is trying to understand what to do about nurse retention is to decide what to make of the evidence base, and how to identify the relevant contextual issues

Nurse Retention: Developing and using a frame for policy interventions. The brief then focuses in more detail on developing a framework approach for policy interventions on nurse retention. It stresses that retention should not be examined or addressed in isolation from other features of the working lives of nurses, as there are important interconnections. It sets out a sequence of four aspects of policy analysis and implementation:

Nurse retention: What’s the problem?

In order to identify which interventions may be effective at addressing nurse retention issues, policy makers and NNA’s must have access to data and information which helps diagnose the extent of the problem, if it is variable across the organisation or system, what are the casual factors, and which policy interventions may be most appropriate. There are various methods of defining and measuring nurse turnover and stability which can be used, and these are detailed in Annex 1.

Retention (Problems) in Context

It is clear that analysis alone cannot improve nurse retention. There is a need for an analytical underpinning, but if a retention problem has been identified there also needs to be policy intervention. Every organisation, health system and country should have developed and agreed a sustainable, strategic approach to the nursing workforce. One example is the WHO Global Strategy on Human Resources for Health: Health Workforce 2030 which uses a labour market analytical approach which can be adapted for use by policy makers and NNAs.

Framing Policy Interventions

Policy makers and NNAs can apply a framework which draws from the evidence base but focuses on the practical implementation. The aim is to provide a structure to systematically identify the options for intervention that appear to meet the identified nurse retention problems, are appropriate to context, and can therefore be considered for implementation. The brief summarises the categorisation of potential policy interventions that have been used in recent evidence-based reviews of health workforce retention. Using one of these frames gives policy makers and NNAs a structure to identify specific policy interventions.

Policy “Bundles”

There is scope to improve nurse retention in all health systems, but many policy options. Sustained success in improving nurse retention is likely to be related to planned, sequenced, multi-policy intervention- so called “bundles” of linked policies, rather than single interventions. Identifying the most effective balance of policies to improve retention of nurses is in part about developing the evidence base on the work experiences and motivations of the nurses, through surveys, exit interviews, focus group feedback, and consistent analysis of labour market indicators in order to help prioritise and link interventions. Evaluation of the impact of interventions aimed at improving retention should also be an integral part of any policy framework.

These key steps are summarised in the Box 12 below.

Box 12: How to achieve sustained impact on nurse retention

NURSE RETENTION: WHAT'S THE PROBLEM?	DIAGNOSE AND ANALYSE:
<p>Policy makers and NNAs must have access to data and information which helps diagnose the extent of the problem, assess if it is variable across the organisation or system, identify what are the causal factors, and decide which policy interventions may be most appropriate.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Use standard definitions of retention or turnover [See Annex 1] to assess trends and benchmark variation <input type="checkbox"/> Use staff surveys, focus groups, exit interviews to identify causal factors and highlight variations <input type="checkbox"/> Identify impact on nurses of work environment e.g. the practice environment scale of the nursing work index <input type="checkbox"/> Analyse patient satisfaction, quality and outcome data, and turnover cost data [See Annex 2] to highlight organisational and patient care impact
RETENTION (PROBLEMS) IN CONTEXT	UNDERSTAND THE LABOUR MARKET AND STRATEGIC CONTEXT
<p>Develop a sustainable strategic approach to the nursing workforce.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ensure that there is accurate and complete data on the nursing workforce, ideally using a computerized information system and "minimum data set" [See Annex 1] <input type="checkbox"/> The WHO Global Strategy on Human Resources for Health: Health Workforce 2030 uses a labour market analytical approach which can be adapted for use
FRAMING POLICY INTERVENTIONS	DEVELOP A POLICY FRAME FOR INTERVENTIONS
<p>Develop and apply a framework which draws from the evidence base but focuses on the practical implementation of policies aimed at addressing nurse retention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Develop a framework which categorises potential policy interventions and gives a structure to identify specific policy interventions <input type="checkbox"/> The WHO 2010 Framework⁸⁴ is one to consider, others are highlighted in Section Three
POLICY "BUNDLES"	ALIGN POLICY IMPLEMENTATION INTERVENTIONS
<p>There are many possible policy options. Their interventions need to be aligned or coordinated for maximum impact.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sustained success in improving nurse retention is related to planned, sequenced, multi-policy intervention- so called "bundles" of linked policies <input type="checkbox"/> The most effective balance of policies to improve retention of nurses will be driven by a clear understanding of the work experiences and motivations of nurses <input type="checkbox"/> Evaluation of the impact of interventions should also be an integral part of the approach

Annex 1: Indicators of nurse retention

Several workforce indicators can be used to make some assessment of nurse retention, ideally collected on a regular basis in some type of human resource information systems (HRIS). (See the WHO Handbook⁸⁵ and recent review of health workforce attrition^{86 87} for more details on analytical approaches and their limitations).

Strengths and limitations of different indicators

The table below sets out the commonly used indicators that can relate to nurse retention, how these indicators are calculated, and the main strengths and limitations of each indicator as applied to an assessment of nurse retention.

INDICATOR	COMMON FORM OF CALCULATION	STRENGTHS/ LIMITATIONS
TURNOVER	<p>Turnover, and the alternate terms of "attrition"⁸⁷ or "wastage"⁸⁸, is usually expressed in terms of the % of nurse staff of a particular workplace or system who have left the organisation (or have moved jobs) within the last 12 months. This is sometimes called the "crude" annual turnover rate:</p> <p>THE NUMBER OF 'LEAVERS' DIVIDED BY THE AVERAGE NUMBER OF STAFF IN POST IN THE YEAR.</p> <p>Other measures include: survival probabilities⁸⁹; median survival (years), survival analysis, attrition in first years after graduation.</p>	<p>The nurse turnover rater, however measured, is the most common measure of "retention" (or lack of it). Voluntary and involuntary turnover must be differentiated; internal and external destinations of voluntary "leavers" should be differentiated.</p>
STABILITY	<p>Examining nurse workforce stability focuses on the same underlying issue of retention of nurses but takes the perspective of focusing on those who stay rather than those who leave. High levels of staff stability, or retention, are the opposite of high turnover, and may be positively associated with the level and quality of healthcare available⁹⁰.</p> <p>STABILITY INDEX 1 – THE PERCENTAGE OF STAFF WHO WERE IN SUBSTANTIVE POSTS AT THE BEGINNING OF YEAR 1 AND WHO WERE STILL IN SUBSTANTIVE POSTS IN THAT ORGANISATION A YEAR LATER.</p>	<p>The choice to stay, when there is an option to leave, may indicate that the work environment is meeting nurse workforce needs. Stability may be a helpful indicator of positive retention but assumes that there is a "choice" being made by the nurse to stay or leave.</p>

<p>ABSENCE</p>	<p>Nurse workforce absenteeism has been reported as a barrier to improvement of health outcomes in low and middle-income countries^{91 92}. Reasons for absence from work can include remoteness and difficult access to health centres, poor infrastructure and transport, poor or unsafe working conditions. In some cases absence from the main place of work can be related to the need to generate income from other sources to achieve a living wage, participate in "dual practice"^{93 94}.</p> <p>"CRUDE" ABSENCE RATE: TIME LOST DUE TO, OR ASCRIBED TO, ABSENCE AS A PERCENTAGE OF CONTRACTED WORKING TIME IN A DEFINED PERIOD.</p> <p>Other measures in use include the average duration per spell of absence, and the average duration of absence per person.</p>	<p>Absence rates can be simple to calculate; analysing absence rates by different staff groups, department or function can help to identify particular problem areas. A main limitation is that the comparison of absence rates in different units can give rise to false conclusions if basic measures such as number of absences and duration of absences, are not also provided.</p>
<p>APPLICANTS</p>	<p>NUMBER OF "SUITABLY QUALIFIED" APPLICANTS FOR DESIGNATED NURSE JOBS/POSTS</p>	<p>This indicator of "attractiveness" of posts can be used to assess "fill rate" - the % of posts that are filled by suitably qualified nurse personnel. The % rate may be compared with other parts of the health system to assess the relative "problem" of recruitment in specific areas e.g., rural/remote areas.</p>
<p>VACANCIES</p>	<p>If funded nursing jobs/posts are left unfilled, this may reflect that the post is not attractive to workers, because of working conditions, geographical location, or if the recruiting organisation has a poor reputation. The rate of vacant posts may be an indicator of relative attractiveness and unattractiveness of different jobs, locations and organisations, and such the vacancy rate has scope to be used as an indicator.</p> <p>THE NUMBER OF FUNDED POSTS THAT ARE UNFILLED EXPRESSED AS A PERCENTAGE OF TOTAL POSTS- E.G. A % VACANCY RATE.</p>	<p>Some organisations deliberately leave nurse jobs/posts vacant to save on recruitment costs which undermines the use of vacancy rates as a shortage indicator; If vacant posts cannot be filled they may be removed, "hiding" the problem of the shortage.</p>

References: (see ^{96 97 98} for more detail)

These commonly used indicators of nurse retention are, at best, of partial utility in assessing nursing workforce retention, and have to be used and interpreted with caution. All require some frequency of use if they are to be used to track trends, which are much more useful than single “point in time measures”. Many have optional methods of calculation which can constrain comparison if different measures are used in different sites or at different times.

These methodological limitations can also be compounded by constraints in interpreting the data as clear-cut indicators of nurse workforce behaviour. For example, low nurse turnover may just reflect an absence of alternative employment for nurses rather than high job satisfaction; high nurse absence may reflect travel access problems rather than a lack of motivation; maintaining a high level of nurse job vacancies may be a deliberate cost cutting exercise.

Minimum Data Sets (MDS) and National Health Workforce Accounts (NHWA)

Policy makers, analysis and planners must consider how best to support analysis by the establishment of regular HRH data collection, ideally using a system wide standard HRIS which is based on an agreed national minimum HR data set. There are current WHO recommendations for a national health workforce account (NHWA)⁹⁹ and minimum data set (MDS) for health workforce registry¹⁰⁰ which would contain various elements that are relevant to this area of policy support action.

Annex 2 Nurse Retention: Tools

A turnover costs checklist

The evidence review reported in this brief highlighted that there had been several studies examining and assessing the costs of nurse turnover. These studies used variants of a turnover costing checklist approach to estimate the overall cost of replacing a nurse. Research on nurse turnover costs usually identifies four components of the process: separation of the nurse leaver, temporary replacement, recruitment and selection of a replacement nurse, and induction of the new nurse. The objective in applying the checklist is to identify direct costs and apportion indirect costs related to the leaving and joining process.

Four Elements of a Nurse Turnover Checklist

1. SEPARATION: The first stage of the nurse turnover process encompasses estimating any costs incurred by the worker leaving the organisation. These costs could include time spent in processing paper work, conducting exit interviews and preparing references.

2. TEMPORARY REPLACEMENT is the second stage in the process and reflects the cost implications of the methods used by the organisation in "covering" the nursing post vacancy until it is filled. This could include temporary staff and overtime costs.

3. RECRUITMENT AND SELECTION is the third stage. It could include advertising the vacant post, time spent checking applications and references, interview time, relocation costs related to moving the new nurse recruit to the work location.

4. INDUCTION AND TRAINING. This covers the costs incurred as the replacement nurse enters the organisation until she or he reaches the same level of expertise and productivity as the leaver. An attempt is made to estimate the cost of the productivity "lost" until the replacement is working as effectively. This is a complex issue relating partly to clinical expertise but also to physical orientation in the new work environment and to integration with a new work group.

Nurse turnover costs will also vary depending upon the replacement strategy being adopted (e.g. replacing an experienced nurse with a less experienced nurse is likely to lead to lower productivity, in the short term at least) and are likely to vary according to the clinical setting. 'High tech' areas, and other specialities demanding a high level of post basic nursing skills and expertise, are likely to incur greater turnover costs than other specialities where replacement staff of a similar calibre to leavers may be easier to recruit. For a more accurate estimate, an organisation would have to apply the nurse turnover checklist methodology to its own employment situation, and use this self-generated data to inform its own decisions.

There are a number of ways that the overall impact of worker turnover costs at organisation level can be illustrated, such as: percentage of paybill; cost per patient day; cost saving of reduction in turnover.

iHRIS Retain

CapacityPlus and the World Health Organization developed iHRIS Retain, an open source tool to cost various health worker interventions and develop retention strategies to be implemented at the district, regional, or national level¹⁰¹. It has reportedly been applied in several countries to support management, policy makers and other stakeholders in developing more effective approaches to health workforce retention¹⁰². It is intended to support the decision-making process about the most appropriate cost effective retention strategy to pursue in specific contexts. It was structured according to the 2010 WHO Global Policy Recommendations for Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas through Improved Retention.

REFERENCES

1. For a detailed review, see: Hayes L et al (2012) Nurse turnover: a literature review - an update. *International Journal of Nursing Studies*. 49(7):887-905.
2. Lopes, S. C., Guerra-Arias, M., Buchan, J., Pozo-Martin, F., & Nove, A. (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human Resources for Health*, 15(1), 21.
3. Heinen M et al (2013) Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013) 174–184
4. Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fatehi, F., & Jun, J. (2014). What does nurse turnover rate mean and what is the rate?. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 15(3-4), 64-71.
5. Duffield C., Roche M., O'Brien-Pallas L. & Catling-Paull C. (2009) Implications of staff 'churn' for nurse managers, staff, and patients. *Nursing Economic*, 27 (2), 103–110.
6. Heinen M et al (2013) Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013) 174–184
7. Waldman J, Kelly F, Arora S, Smith H (2004) The Shocking Cost of Turnover in Health Care. *HealthCare Management Review* Jan- Mar 2004: 29 (1), 2-7.
8. Bland Jones, C (2004) The Costs of Nurse Turnover. *Journal of Nursing Administration* 34 (12) 562- 566
9. Barriball L, Bremner J, Buchan J, Craveiro I, Dieleman M, Dix O, Dussault G, Jansen C, Kroezen M, Rafferty AM, Sermeus W (2015). Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. Directorate-General for Health and Food Safety http://www.efrs.eu/uploads/files/55a10c7a-e7b0-41df-88aa-119750ace4bd.2015_healthworkforce_recruitment_retention_frep_en.pdf
10. Jones C.B. & Gates M. (2007) The costs and benefits of nursing turnover: a business case for nurse retention. *Online Journal of Issues in Nursing* 12 (3),
11. Yin L, Jones C (2013) Literature Review of Nurse Turnover Costs. *Journal of Nursing Management*, Vol.21(3), pp.405-418
12. Roche, M. A., Duffield, C. M., Homer, C., Buchan, J., & Dimitrelis, S. (2014). The rate and cost of nurse turnover in Australia. *Collegian*.
13. North N et al (2013) Nurse turnover in New Zealand: costs and relationships with staffing practices and patient outcomes. *Journal of Nursing Management* vol:21 iss:3 pg:419 -428
14. Duffield C, et al (2014) A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of Advanced Nursing* .vol:70 iss:12 pg:2703 -2712
15. McClure M, Poulin M, Sovie M, Wandelt M. (1983) *Magnet Hospitals: Attraction Retention of Professional Nurses*. Kansas City, MO: American Academy of Nursing, USA.
16. Smith, S. A. (2014). Magnet hospitals: higher rates of patient satisfaction. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 15(1-2), 30-41.
17. 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), 406.
18. Kutney-Lee, A., Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Quinn, L. W., & Aiken, L. H. (2015). Changes in Patient and Nurse Outcomes Associated With Magnet Hospital Recognition. *Medical care*, 53(6), 550-557.
19. Stalpers, D., de Brouwer, B. J., Kaljouw, M. J., & Schuurmans, M. J. (2015). Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. *International journal of nursing studies*, 52(4), 817-835.
20. Friese, C. R., Xia, R., Ghaferi, A., Birkmeyer, J. D., & Banerjee, M. (2015). Hospitals In 'Magnet' Program Show Better Patient Outcomes On Mortality Measures Compared To Non-'Magnet'Hospitals. *Health Affairs*, 34(6), 986-992.
21. Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Tishelman, C. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, 344, e1717.
22. <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/find-a-magnet-facility/>
23. Thomas K et al (2013). The relationships among licensed nurse turnover, retention, and rehospitalization of nursing home residents. *The Gerontologist*, 53, Issue 2, 211–221,
24. Park SH, Boyle DK, Bergquist-Beringer S, Staggs VS, Dunton NE. (2014) . Concurrent and lagged effects of registered nurse turnover and staffing on unit-acquired pressure ulcers. *Health Services Research*. 49(4):1,205–25.
25. Karin Newman, Uvanney Maylor, Bal Chansarkar, (2001) "The nurse retention, quality of care and patient satisfaction chain", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 14 Issue: pp.57-68,
26. Russo, M., & Buonocore, F. (2012). The relationship between work-family enrichment and nurse turnover. *Journal of Managerial Psychology*, 27(3), 216-236.
27. Takeuchi, T., & Yamazaki, Y. (2010). Relationship between work–family conflict and a sense of coherence among Japanese registered nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 7(2), 168
28. Wiskow C, Albrecht T, de Pietro C. (2010) How to create an attractive and supportive working environment for health professionals *World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. Policy Briefs* 15, WHO Regional Office for Europe.

29. Wiskow C, Albrecht T, de Pietro C. (2010) How to create an attractive and supportive working environment for health professionals World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. Policy Briefs 15, WHO Regional Office for Europe.
30. Sasso, L., Bagnasco, A., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Santullo, A., ... & Sermeus, W. (2017). The general results of the RN4CAST survey in Italy. *Journal of Advanced Nursing*, 73(9), 2028-2030.
31. Davey, M. M., Cummings, G., Newburn-Cook, C. V., & Lo, E. A. (2009). Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 312-330.
32. Letvak, S., & Buck, R. (2008). Factors influencing work productivity and intent to stay in nursing. *Nursing Economics*, 26(3), 159
33. Lake ET. (2002) Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*. 2002;25(3):176-188.; Lake ET, Friese CR. (2006) Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*. 55(1):1-9.;Lake ET. (2007) The nursing practice environment: Measurement and evidence. *Medical Care Research and Review*. 2007;64(2 Suppl): 104S-122S.
34. Warshawsky N, Sullivan Havens D, (2011) Global Use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nursing Research* Jan-Feb; 60(1): 17-31.
35. Aiken LH et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, Volume 383, Issue 9931, pages 1824-1830, 24 May 2014.
36. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143-153.
37. Heinen M et al (2013) Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013) 174-184
38. Salt, J., Cummings, G. G., & Profetto-McGrath, J. (2008). Increasing retention of new graduate nurses: a systematic review of interventions by healthcare organizations. *Journal of Nursing Administration*, 38(6), 287-296.
39. Chenoweth, L., Jeon, Y. H., Merlyn, T., & Brodaty, H. (2010). A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 156-167.
40. Cowden, T., Cummings, G., & Profetto-McGrath J (2011). Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 461-477.
41. Dieleman M et al. (2011). Realist review and synthesis of retention studies for health workers in rural and remote areas. Geneva, World Health Organization
42. Sawatzky J, Enns, C (2012). Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 696-707.
43. Mbemba, G., Gagnon, M.P., Pare, G. et al (2013) Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: an umbrella review. *Human Resources for Health* 11(1):44
44. Twigg D McCullough K (2014) Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International Journal of Nursing Studies* 51 , 85-92
45. Adams E, Kennedy A (2008) Positive Practice Environments Key Considerations for the Development of a Framework to Support the Integration of International Nurses. ICNM. http://www.intlnursemigration.org/wp-content/uploads/2014/10/ICNM_Pos_Practice_Env.pdf
46. Lartey S, Cummings G, Profetto-McGrath J. Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: a systematic review. *Journal of Nursing Management* 2014; 22(8):1027-1041
47. West M, Dawson J (2012) Employee engagement and NHS performance. Kings Fund, London <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/employee-engagement-nhs-performance-west-dawsonleadership-review2012-paper.pdf>
48. Lopes, S. C., Guerra-Arias, M., Buchan, J., Pozo-Martin, F., & Nove, A. (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human Resources for Health*, 15(1), 21.
49. Halfer, D. (2012). Job embeddedness factors and retention of nurses with 1 to 3 years of experience. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(10), 468-476.
50. Flinkman M et al (2010) Nurses' intention to leave the profession: integrative review *Journal of Advanced Nursing*;66(7):1422-34.
51. Pinto A, de Jesus H, Mendes, Fronteira I (2015) Estudo RN4CAST em Portugal: Work Engagement dos Enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 10 (2) 26-37
52. Donoghue, C. (2010). Nursing home staff turnover and retention: An analysis of national level data. *Journal of Applied Gerontology*, 29(1), 89-106.
53. Mazurenko O et al (2015) Analyzing U.S. nurse turnover: Are nurses leaving their jobs or the profession itself? *Journal of Hospital Administration* 2015, Vol. 4, No. 4
54. Ono, T., G. Lafortune and M. Schoenstein (2013), "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries", OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing. <http://doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>
55. Health workforce 2030: towards a global strategy on human resources for health. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/)
56. Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(11):892-4. doi:10.2471/BLT.13.118927
57. Buykx, P., Humphreys, J., Wakeman, J., & Pashen, D. (2010). Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy. *Australian Journal of Rural Health*, 18(3), 102-109.
58. Edson Araújo and Akiko Maeda (2013) How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries.
59. Barriball L, Bremner J, Buchan J, Craveiro I, Dieleman M, Dix O, Dussault G, Jansen C, Kroezen M, Rafferty AM, Sermeus W (2015). Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. Directorate-General for Health and Food Safety
60. Dieleman, M., Kane, S., Zwanikken, P., & Gerretsen, B. (2011). Realist review and synthesis of retention studies for health workers in rural and remote areas.

61. Mbemba, G., Gagnon, M. P., Paré, G., & Côté, J. (2013). Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: an umbrella review. *Human Resources for Health*, 11(1), 44.
62. WHO (2010) Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. WHO: Geneva <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/index.html> See also: Dolea C., L. Stormont, and J. M. Braichet. 2010. "Evaluated Strategies to Increase Attraction and Retention of Health Workers in Remote and Rural Areas." *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 88:
63. Willis-Shattuck M., P. Bidwell P, S. Thomas, L. Wyness, D. Blaauw, and P. Ditlopo. 2008. Motivation and Retention of Health Workers in Developing Countries: A Systematic Review. *BMC Health Services Research*, Vol. 8: 247.
64. Bärnighausen, T., & Bloom, D. E. (2009). Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 9:86.
65. Buchan, J., Couper, I. D., Tangcharoensathien, V., Thepannya, K., Jaskiewicz, W., Perfilieva, G., & Dolea, C.(2013). Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(11), 834-840
66. Buchan, J(2004). What Difference Does ('good') HRM Make? *Human Resources for Health* 2: 6.
67. WHO (2010) Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. WHO: Geneva <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/index.html> See also: Dolea C., L. Stormont, and J. M. Braichet. 2010. "Evaluated Strategies to Increase Attraction and Retention of Health Workers in Remote and Rural Areas." *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 88:
68. Barriball L, Bremner J, Buchan J, Craveiro I, Dieleman M, Dix O, Dussault G, Jansen C, Kroezen M, Rafferty AM, Sermeus W (2015). Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. Directorate- General for Health and Food Safety http://www.efrs.eu/uploads/files/55a10c7a-e7b0-41df-88aa-119750ace4bd.2015_healthworkforce_recruitment_retention_frep_en.pdf
69. Barriball L, Bremner J, Buchan J, Craveiro I, Dieleman M, Dix O, Dussault G, Jansen C, Kroezen M, Rafferty AM, Sermeus W (2015). Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. Directorate- General for Health and Food Safety http://www.efrs.eu/uploads/files/55a10c7a-e7b0-41df-88aa-119750ace4bd.2015_healthworkforce_recruitment_retention_frep_en.pdf
70. The Patients Association (accessed online April 10 2018) Making TRACS to improve nurse retention <https://www.patients-association.org.uk/blog/making-tracs-to-improve-nurse-retention>
71. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*. 2008;8(19):Mbemba G, Gagnon M, Pare G, Cote J. Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: An umbrella review. *Human Resources for Health*. 2013;11(1):44.
72. Lartey S, Cummings G, Profetto-McGrath J. (2013) Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: A systematic review. *Journal of Nursing Management*.
73. Buchan, J., Twigg, D., Dussault, G., Duffield, C. and Stone, P.W. (2015), Policies to sustain the nursing work-force: an international perspective. *International Nursing Review*, 62: 162– doi: 10.1111/inr.12169
74. Schmiedeknecht K et al (2015) , Predictors of Workforce Retention Among Malawian Nurse Graduates of a Scholarship Program: A Mixed-Methods Study . *Global Health Science and Practice* March 1, 2015 vol. 3 no. 1 p. 85-96
75. Dieleman M et al. (2011). Realist review and synthesis of retention studies for health workers in rural and remote areas. Geneva, World Health Organization
76. Lartey S, Cummings G, Profetto-McGrath J. Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: a systematic review. *Journal of Nursing Management* 2014; 22(8):1027-1041
77. Delobelle, P., Rawlinson, J. L., Ntuli, S., Malatsi, I., Decock, R., & Depoorter, A. M. (2011). Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: a questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 371-383
78. Blaauw, D., Erasmus, E., Pagaiya, N., Tangcharoensathien, V., Mullei, K., Mudhune, S., ... & Lagarde, M. (2010). Policy interventions that attract nurses to rural areas: a multicountry discrete choice experiment. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 350-356.
79. NHS Employers (2017) Improving staff retention : a guide for employers. NHS Employers, London. <http://www.nhsemployers.org/~media/Employers/Documents/Retention-Guide.pdf>
80. Association of UK University Hospitals (AUKUH) 2013 Nurse Retention Best Practice Guide. AUKUH Deputy Directors of Nursing Group, UK.<https://www.medschools.ac.uk/media/2326/aukuh-nurse-retention-guide.pdf>
81. Zurn, P., Vujicic, M., Lemièrre, C., Juquois, M., Stormont, L., Campbell, J., ... & Braichet, J. M. (2011). A technical framework for costing health workforce retention schemes in remote and rural areas. *Human Resources for Health*, 9(1), 8.
82. iHRIS retain. Cost health worker retention interventions. Washington: CapacityPlus; 2013. Available from: <http://retain.ihris.org/retain/>
83. Weidner A et al (2012) Alberta: Evaluation of Nursing Retention and Recruitment Programs. *Nursing Leadership*, 25(Sp) March 2012: 130-147. doi:10.12927/cjnl.2012.22799
84. WHO (2010) Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. WHO: Geneva <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/index.html>
85. DalPoz M, Gupta N, Quain E, Soucat A (2009) Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health. WHO/World Bank/ USAID.
86. Chisholm, M., Russell, D., & Humphreys, J. (2011). Measuring rural allied health workforce turnover and retention: what are the patterns, determinants and costs?. *Australian Journal of Rural Health*, 19(2),
87. Lopes, S. C., Guerra-Arias, M., Buchan, J., Pozo-Martin, F., & Nove, A. (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human Resources for Health*, 15(1), 21.
88. Chankova S, Muchiri S and Kombe G Health workforce attrition in the public sector in Kenya: a look at the reasons *Human Resources for Health* 2009, 7:58
89. Dovlo D: Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries. *Human Resources for Health* 2005, 3:
90. Russell, D. J., Humphreys, J. S., McGrail, M. R., Cameron, W. I., & Williams, P. J. (2013). The value of survival analyses for evidence-based rural medical workforce planning. *Human Resources for Health*, 11(1), 65.

91. Buchan J (2010). The benefits of health workforce stability. *Human Resources for Health*, 8:29.
92. Chaudhury N, Hammer J, Kremer M, Muralidharan K, Roger FH. (2006) Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. *Journal of Economic Perspective* 20(1):91-116.
93. Goldstein, M., Zivin, J. G., Habyarimana, J., Pop-Eleches, C., & Thirumurthy, H. (2013). The effect of absenteeism and clinic protocol on health outcomes: The case of mother-to-child transmission of HIV in Kenya. *American Economic Journal. Applied Economics*, 5(2), 58.
94. Fox, S., Witter, S., Wylde, E., Mafuta, E., & Lievens, T. (2013). Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. *Health Policy and Planning*, czs138.
95. Russo G et al (2018) Understanding nurses' dual practice: a scoping review of what we know and what we still need to ask on nurses holding multiple jobs. *Human Resources for Health* 16:14
96. Chisholm, M., Russell, D., & Humphreys, J. (2011). Measuring rural allied health workforce turnover and retention: what are the patterns, determinants and costs?. *Australian Journal of Rural Health*, 19(2), 81-88.
97. Russell, D. J., Humphreys, J. S., & Wakeman, J. (2012). How best to measure health workforce turnover and retention: five key metrics. *Australian Health Review*, 36(3), 290-295.
98. Lopes, S. C., Guerra-Arias, M., Buchan, J., Pozo-Martin, F., & Nove, A. (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human Resources for Health*, 15(1), 21
99. WHO (2015) National health workforce accounts: The knowledge-base for health workforce development towards Universal Health Coverage. http://www.who.int/hrhdocuments/15376_WHOBrief_NHWFA_0605.pdf
100. WHO (2015) Human Resources for Health Information System. Minimum Data Set for Health Workforce Registry http://www.who.int/hrh/statistics/minimum_data_set.pdf?ua=1
101. <http://retain.ihris.org/retain/>
102. Deussom R, Jaskiewicz W (2014) Using Evidence for Human Resources for Health Decision-Making: A Example from Uganda on Health Workforce Recruitment and Retention. *Intrahealth, USA*. www.capacityplus.org/technical-brief-15/n

ICNM

International Centre on Nurse Migration

AN INFORMATION RESOURCE FOR POLICY MAKERS, PLANNERS, AND PRACTITIONERS

Thank you

A special thank you to:

Professor James Buchan PhD, DPM, MA(hons), Adjunct Professor, University of Technology, Sydney,
Franklin A. Shaffer, EdD, RN, FAAN, FFMRCIS, President and CEO, CGFNS International, Inc., and ICNM Secretariat

and

Howard Catton, MA, BSc, RN, Director, Nursing and Health Policy, International Council of Nurses (ICN)

for their development of this brief,

and

Lindsey Williamson, Director of Communications, International Council of Nurses (ICN) and
Nico Gennaro Sciasci, MS, BA, ICNM Programme Coordinator for their contributions to this publication.

About ICNM

The International Centre on Nurse Migration (ICNM) serves as a comprehensive knowledge resource created by the Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS) International in partnership with the International Council of Nurses (ICN). ICNM emphasizes the development, promotion, and dissemination of research, policy, and information on global nurse migration. This resource center features news, resources, and publications widely available to policy makers, planners, and practitioners.

About ICN

The International Council of Nurses (ICN) is a federation of more than 130 national nurses associations (NNAs), representing the more than 20 million nurses worldwide. Founded in 1899, ICN is the world's first and widest reaching international organisation for health professionals. Operated by nurses and leading nurses internationally, ICN works to ensure quality nursing care for all, sound health policies globally, the advancement of nursing knowledge, and the presence worldwide of a respected nursing profession and a competent and satisfied nursing workforce.

About CGFNS International, Inc.

CGFNS International Inc, established in 1977, is an immigration neutral nonprofit organisation that performs credentials analysis for foreign educated healthcare professional seeking migration and college admission from over 200 countries. CGFNS also provides consultative and global assessment services on standards and the learning continuum to governments and the professional community.

CGFNS International holds NGO consultative status with the United Nations Economic and Social Council (ECOSOC), which serves as the central forum for international and social issues.

www.intlnursemigration.org

info-icnm@intlnursemigration.org