

Masterarbeit

**Primary Nursing im geriatrischen Bereich
aus Sicht der PatientInnen und
Angehörigen**

**Primary nursing in geriatric care from the viewpoint of the patients and
their relatives**

eingereicht von

Mayer Barbara, BSc

Mat.Nr.: 9212694

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung der Betreuerinnen

Eichhorn-Kissel Juliane, Dipl.-Pflegepäd.

Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer. cur. Lohrmann Christa

Graz, am 26.03.2010

Für meine Tochter Emma Sophie, den Sonnenschein, der kurz vor Abschluss dieser Arbeit
in mein Leben getreten ist.

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 26.03.2010

Klaus Seber

INHALTSVERZEICHNIS

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	I
INHALTSVERZEICHNIS	II
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VI
TABELLENVERZEICHNIS	VII
ZUSAMMENFASSUNG	VIII
ABSTRACT	IX
1. EINLEITUNG	1
1.1. Vorbetrachtung	1
1.2. Problembeschreibung	2
1.3. Begriffsdefinitionen	6
<i>1.3.1. Pflegequalität</i>	6
<i>1.3.2. Geriatrischer Bereich</i>	7
2. LITERATURRECHERCHE	8
2.1. Literatur zu Primary Nursing und Bezugspflege	14
2.2. Der Begriff des Pflegeorganisationssystems	14
<i>2.2.1. Funktionspflege</i>	15
<i>2.2.2. Team- oder Gruppenpflege</i>	15
<i>2.2.3. Primary Nursing</i>	15
2.3. Das Pflegeorganisationskonzept Primary Nursing	16

2.3.1. <i>Die Elemente des Pflegeorganisationskonzeptes</i>	
<i>Primary Nursing</i>	16
2.3.2. <i>Bezugspflege</i>	19
2.3.3. <i>Primäre Pflege</i>	21
2.3.4. <i>Auswirkungen von Primary Nursing in der Praxis</i>	22
3. ZIELSETZUNG DER ARBEIT	24
4. FORSCHUNGSFRAGEN	25
5. METHODE	25
5.1. Design	26
5.2. Setting	26
5.3. Stichprobenauswahl und Stichprobe	27
5.4. Intervention	27
5.5. Fragebogenerhebung und Instrumente	29
5.5.1. <i>IzEP (Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen)</i>	29
5.5.2. <i>Fragebogen Primary Nursing Patient/in und</i>	
<i>Angehörige/r</i>	32
5.6. Ethische Aspekte	33
5.7. Datenerhebung	34
5.8. Datenauswertung	34
6. ERGEBNISSE	35
6.1. Darstellung der Stichprobe	35
6.1.1. <i>PatientInnen</i>	35
6.1.2. <i>Angehörige</i>	36

6.2. Erhebungen IzEP Patient und Angehörige/r	38
6.3. Ergebnisse der PatientInnenbefragung	39
<i>6.3.1. Gegenüberstellung der Fragen aus Basiserhebung und post-interventioneller Erhebung: Fragebogen Primary Nursing Patient/in</i>	40
<i>6.3.2. Einzelfrage der Basiserhebung: Fragebogen Primary Nursing Patient Patient/in</i>	44
<i>6.3.3. Einzelfragen der post-interventionellen Erhebung: Fragebogen Primary Nursing Patient Patient/in</i>	44
6.4. Ergebnisse der Angehörigenbefragung	46
<i>6.4.1. Gegenüberstellung der Fragen aus Basiserhebung und post-interventioneller Erhebung: Fragebogen Primary Nursing Angehörige/r</i>	46
<i>6.4.2. Einzelfragen der Basiserhebung: Fragebogen Primary Nursing Angehörige/r</i>	51
<i>6.4.3. Einzelfragen der post-interventionellen Erhebung: Fragebogen Primary Nursing Angehörige/r</i>	52
7. SCHLUSSFOLGERUNGEN	52
8. DISKUSSION	53
8.1. Forschungsfrage 1	53
8.2. Forschungsfrage 2	54
8.3. Forschungsfrage 3	56
8.4. Forschungsfrage 4	56
8.5. Limitationen	58
8.6. Implikationen für Forschung und Praxis	59
<i>8.6.1. Forschung</i>	59
<i>8.6.2. Praxis</i>	60

LITERATURVERZEICHNIS

X

ANHANG

XVI

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Darstellung der Literatursuche	9
Abbildung 2: Häufigkeit der Besuche der Angehörigen pro Woche	37
Abbildung 3: Gesamteinschätzung des Pflegeorganisationssystems	38
Abbildung 4: Einschätzung der Einzelkategorien	39

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Übersicht der in die Arbeit einbezogenen Artikel	10
Tabelle 2: Altersverteilung der PatientInnen zu beiden Erhebungszeitpunkten in Jahren	36
Tabelle 3: Altersverteilung der Angehörigen zu beiden Erhebungs- zeitpunkten in Jahren	36
Tabelle 4: Dauer der Besuchstätigkeit der Angehörigen in Monaten	37
Tabelle 5: Basiserhebung – Hauptaufgaben der Pflegepersonen	40
Tabelle 6: Postinterventionelle Erhebung - Hauptaufgaben der Pflegepersonen	41
Tabelle 7: Basiserhebung – Einbezug in Entscheidungen	41
Tabelle 8: Postinterventionelle Erhebung - Einbezug in Entscheidungen	42
Tabelle 9: Basiserhebung – Zeit für PatientInnen	42
Tabelle 10: Postinterventionelle Erhebung - Zeit für PatientInnen	42
Tabelle 11: Basiserhebung – Zusammenarbeit der Berufsgruppen	43
Tabelle 12: Postinterventionelle Erhebung - Zusammenarbeit der Berufsgruppen	43
Tabelle 13: Basiserhebung – Erhalt widersprüchlicher Informationen	43
Tabelle 14: Postinterventionelle Erhebung - Erhalt widersprüchlicher Informationen	43
Tabelle 15: Postinterventionelle Erhebung – Kontakt zu Ansprechperson	44
Tabelle 16: Postinterventionelle Erhebung – Information über Abwesenheit der Ansprechperson	45
Tabelle 17: Postinterventionelle Erhebung – Information über Zuständigkeiten	45
Tabelle 18: Postinterventionelle Erhebung – Einschätzung von Primary Nursing als sinnvolles Konzept	45
Tabelle 19: Postinterventionelle Erhebung – Gründe für die Einschätzung	46
Tabelle 20: Basiserhebung – Ansprechpersonen für Angehörige	51

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Im Bereich der Langzeitversorgung geriatrischer PatientInnen in Österreich werden vor allem Funktions-, Team- oder Bereichspflege praktiziert, die die Fragmentierung der Pflege fördern und eine individuelle Betreuung erschweren. Kommunikations- und Entscheidungsprozesse zwischen Pflegenden, PatientInnen und Angehörigen laufen ineffizient ab, die Zufriedenheit aller Beteiligten sinkt. Auch die Bedürfnisse der Angehörigen und PatientInnen nach Information und einer stabilen Beziehung zum Pflegepersonal werden oft nicht befriedigt. Das Pflegeorganisationskonzept Primary Nursing könnte durch eine klare Zuweisung der Verantwortung, Kontinuität und Transparenz, klare Kommunikation und eindeutige Zuständigkeiten diesen Defiziten begegnen.

Ziel: Ziel der Arbeit ist es, mögliche positive Effekte, Vorteile und Nutzen von Primary Nursing im geriatrischen Bereich zu untersuchen, und dessen Einfluss auf die PatientInnen- und Angehörigenzufriedenheit zu identifizieren.

Methode: Im Rahmen eines Praxisprojektes wurden 6 PatientInnen und 15 Angehörige mittels Prä-Post-Test-Design vor und nach der Implementierung von Primary Nursing auf einer 25-Betten-Station einer geriatrischen Einrichtung in Österreich im Abstand von 5 Monaten anhand von standardisierten Fragebögen befragt.

Ergebnisse: Es zeigte sich, dass nach der Implementierung von Primary Nursing sowohl PatientInnen, als auch Angehörige vermehrt in Entscheidungsfindungsprozesse einbezogen wurden. Verbesserungen ergaben sich in Bezug auf Verantwortung, Kontinuität und Kommunikation. In den Fragen zur Kooperation zwischen Pflegenden und Angehörigen ergab die post-interventionelle Erhebung eine Zunahme. Auch gewannen PatientInnen den Eindruck, dass Pflegende mehr Zeit für sie hätten, wobei Pflege in der post-interventionellen Erhebung auch vermehrt als Beziehungsleistung aufgefasst wurde.

Schlussfolgerungen: Primary stellt eine Möglichkeit dar, Wünschen und Bedürfnissen von PatientInnen in geriatrischen Einrichtungen und deren Angehörigen effizienter zu begegnen und damit die PatientInnen- und Angehörigenzufriedenheit zu steigern.

Limitationen: Neben den geringen Stichproben, lässt die Evaluierung eines Praxisprojektes einer einzelnen Station eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht zu.

Empfehlungen: Weitere, umfangreichere, vor allem auch quantitative Untersuchungen von größeren Stichproben in geriatrischen Settings sind nötig, um die beschriebenen Tendenzen zu untermauern.

ABSTRACT

Background: In the field of long-term care for geriatric patients in Austria, what is practised, above all, is care at the functional, team or regional level, which demand fragmentation of the nursing services and make it difficult to provide personal nursing and care. The communication and decision-making processes take place inefficiently, and there is a fall in the level of satisfaction of all concerned. As a matter of fact, even the needs of the relatives and the patients for information and a consistent relationship with the nursing staff are often not satisfied. The concept of “Primary Nursing”, which is based on organised nursing and care, could offset these drawbacks by means of clear assignment of the responsibility, continuity and transparency, in addition to clear communication and unequivocal accountability.

Objective: The objective of the project work is to analyse the possible beneficial effects of primary nursing in the field of geriatric care, and to identify their impact on the satisfaction levels of the patients and their relatives.

Method: Within the framework of a practical project, an opinion poll was conducted on 6 patients and 15 relatives with the help of pre-posted survey forms, prior to and after the implementation of primary nursing at a 25-bed ward of a geriatric facility in Austria, 5 months apart, based on standardised questionnaires.

Results: It was established that after the implementation of primary nursing, both patients and their relatives were involved increasingly in the processes of decision-making. There were also improvements with respect to responsibility, continuity and communication. As far as the matter of cooperation between the nurses and relatives was concerned, there was an improvement here, too, subsequent to the introduction of primary nursing. Patients, too, gained the impression that those involved in their nursing and care had more time for them, whereby, the opinion poll showed that after the introduction of primary nursing was increasingly perceived as a service involving relationship.

Conclusions: Primary nursing represents a mode of nursing and care that addresses the needs and desires of patients in geriatric facilities and their relatives more efficiently, and thus, results in enhanced satisfaction levels of the patients and their family members.

Limitations: Apart from the small size of the random sample, the evaluation of a practical project conducted on a single ward does not permit generalisation of the results and findings.

Recommendations: Other and more comprehensive, and, above all, quantitative analyses of larger samples in a geriatric environment are necessary, in order to substantiate the trends described.

1. EINLEITUNG

Nach einer kurzen Vorbetrachtung, welche die Ausgangslage der Pflege in Bezug auf ihre Organisationskonzepte in Österreich umreißen soll, folgen die Problemdarstellung und die Definition zentraler Begriffe der Untersuchung.

1.1. Vorbetrachtung

Aufgabe der Pflege, als eine zentrale Gruppe im österreichischen Gesundheitswesen, wird es zunehmend sein, auch demografische, volkswirtschaftliche, epidemiologische und soziale Perspektiven zu berücksichtigen. Dies bezieht sich einmal auf den erwarteten Anstieg betagter und hoch betagter Personen in der österreichischen Gesellschaft mit ihren physischen (z.B. chronische Erkrankungen) und psychischen (z.B. Depression, Demenz) Besonderheiten. Zum anderen bestimmen ökonomische Überlegungen in steigendem Ausmaß Entscheidungen im Gesundheitswesen, die auch die Pflege betreffen.

Zusätzlichen Einfluss nimmt die Sozialstruktur der österreichischen Gesellschaft, die es erforderlich macht, die Versorgung Pflegebedürftiger an institutionelle Einrichtungen zu übergeben.(1) Immer weniger Familien schaffen es, ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu Hause zu versorgen; dies sowohl aufgrund fehlender zeitlicher, aber auch räumlicher oder organisatorischer Ressourcen. Daher gab es nun im Jahre 2002 in Österreich 67600 Pflegebetten, von denen 78% (rund 53000 Betten) als Pflegeplätze und 22%, oder 14600 Plätze, als Wohnplätze definiert waren.(2)

Daneben steht auch die Debatte um eine Professionalisierung der Pflege in Österreich, der ja der Begriff der Profession innewohnt. Welche Kriterien hat also die Pflege zu erfüllen, um als Profession anerkannt zu werden?

1. Zentralwertbezogene Leistungen: Professionen sind gemäß ihrem Handeln kollektivitätsorientiert und vermitteln für die Gesellschaft Wertuniversalien (wie z.B. Gesundheit, Moral, Wahrheit und Recht).
2. Universelles Wissen: Professionswissen ist vorrangig wissenschaftliches Wissen und tradiertes Berufswissen, und ist damit sowohl in der Wissenschaft wie auch in der Alltagspraxis verankert.

3. Autonomie: Professionen verfügen in der Arbeit mit KlientInnen und innerhalb ihrer Organisationen über ein Höchstmaß an Autonomie und kontrollieren ihre Tätigkeit selbst.(3)

Sowohl die Forderung nach Autonomie, als auch nach universellem Wissen im Zusammenhang mit den gesetzlichen Grundlagen (4), verlangen eine individuelle, kontinuierliche, verantwortliche und transparente Pflege. Die derzeit in Österreich vorrangig praktizierten Pflegeorganisationsformen, welche eine Regelung von Schicht zu Schicht vorsehen, entsprechen diesen Forderungen nur in geringem Ausmaß.(5)

1.2. Problembeschreibung

Ziel jeglicher Versorgungsleistung im österreichischen Gesundheitssystem ist es, in vermehrtem Maße die Verhältnisse und das Verhalten besser an den Bedürfnissen der PatientInnen auszurichten (6), und in der Folge die Zufriedenheit der KlientInnen zu erhöhen. Das Pflegeorganisationskonzept Primary Nursing hat zwar primär nicht eine Qualitätsverbesserung zum Ziel (7), eine solche lässt sich jedoch leicht aus den zentralen Elementen des Konzeptes (Kontinuität, vereinfachte Kommunikation, Zuweisung von Verantwortlichkeiten) implizieren.

Demgegenüber herrschen in vielen Bereichen der Pflege in Österreich noch immer Funktions-, Team- oder Bereichspflege vor.(8) Dies wohl auch deshalb, da immer noch davon ausgegangen wird, dass ein geringer Personalstand, wie er in der Funktionspflege möglich ist, die Kosten stabil niedrig hält.(5) Dieser ökonomische Hintergedanke führt allerdings zur Fragmentierung und Routinisierung der Pflege, steigert in der Folge die Passivität der PatientInnen, und verhindert die individuelle Versorgung der zu Pflegenden.(9) Erfahrungen mit dem Pflegeorganisationskonzept des Primary Nursing gibt es in Österreich, vor allem im geriatrischen und Langzeitbereich kaum.(8) Dies erstaunt, da es bereits Hinweise gibt, dass Primary Nursing eine verstärkte PatientInnenorientierung und in der Folge eine höhere Zufriedenheit der BewohnerInnen ermöglicht.(10)

PatientInnenzufriedenheit, die sich generell am Ausmaß der Erfüllung der Erwartung orientiert (11), wird zunehmend als Indikator für die Beschreibung von Pflegequalität herangezogen, wobei die Pflege hierauf bedeutenden Einfluss hat.(12) Diese Annahme bestätigen auch Chou et al., die in einer Untersuchung an 394 PflegeheimbewohnerInnen und 752 KlientInnen betreuten Wohnens den Einfluss der pflegerischen Versorgung in

moderater, positiver Weise auf alle anderen Aspekte der PatientInnenzufriedenheit zeigen konnten.(13) Dabei ist zu beachten, dass die Zufriedenheit mit der erbrachten Pflegeleistung zumeist Teil eines größeren Konzeptes der PatientInnenzufriedenheit im Zusammenhang mit der Gesamterfahrung eines stationären Aufenthaltes ist.(12)

Als Elemente des Konzeptes wurden von Wagner folgende identifiziert:

- Affektive Unterstützung: beschreibt die Fähigkeit durch Interventionen und Beistand Ängste zu reduzieren.
- Gesundheitsinformation: fasst die Weitergabe von Auskünften und Kenntnissen in Bezug auf den Gesundheitszustand der PatientInnen, dessen Einfluss auf Lebensstil und Lebensführung und die Möglichkeiten des Umgangs mit der gesundheitlichen Bedrohung zusammen.
- Entscheidungsfindung: bezieht sich auf die Erwartungen der PatientInnen in Entscheidungsprozesse hinsichtlich ihrer Behandlung und Betreuung, aber auch Verhaltensweisen, um diese Ziele zu erreichen, einbezogen zu werden.
- Professionelle und technische Kompetenzen: meint das Angebot an technischen Fähigkeiten und Können der Pflegepersonen, um die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen zu befriedigen.(12)

All diese Elemente lassen sich als zentrale Ansatzpunkte eindeutig im Konzept des Primary Nursing finden, weshalb ein positiver Einfluss dieses Organisationskonzeptes auf die PatientInnenzufriedenheit angenommen werden kann.

Auch nimmt die Anzahl der nötigen Entscheidungen im Rahmen des Versorgungsprozesses immer mehr zu.(14) Konsens herrscht über die ausschlaggebende Rolle der PatientInnen hinsichtlich jeglicher Beschlussfassung über Versorgung und Vorgehen in Bezug auf Therapie, Pflege und Betreuung.(15) Auch im Rahmen des Pflegeprozesses wird die Forderung erhoben, den Anspruch der PatientInnen zu respektieren, Entscheidungen hinsichtlich ihrer pflegerischen Versorgung zu treffen.(16) PatientInnen geraten jedoch, durch die Herausforderung Vor- und Nachteile gegeneinander abzuwiegen, leicht in Entscheidungskonflikte. Verschärft werden kann die Situation durch Einflussfaktoren wie unzureichende Informationen, unrealistische Erwartungen, unklare persönliche Werte und unzureichende Unterstützung in der Entscheidungsfindung. Als weitere Hindernisse für eine aktive Teilnahme der PatientInnen im

Entscheidungsfindungsprozess finden sich ungenügende Fähigkeiten der Pflegenden im Kommunikationsprozess und Zeitmangel.(14) Primary Nursing erhebt diesbezüglich den Anspruch, durch die eindeutige Definition einer Ansprechperson (Primary Nurse), welche die Verantwortung für das Treffen von Entscheidungen trägt (7), eine klarere Kommunikation und effizientere Entscheidungsfindungsprozesse zu gewährleisten.(17)

Besondere Bedeutung in Bezug auf die PatientInnenzufriedenheit wird auch der sozialen Interaktion beigemessen, die in Beziehung zur räumlichen Umgebung, aber vor allem auch zur pflegerischen Versorgung steht.(13) Auch Clausen et al. stellen den Beziehungsaspekt zwischen Versorgenden und PatientInnen und, im Rahmen dessen, die Weitergabe konkreter, hilfreicher Informationen diesbezüglich in den Vordergrund (18). Spezielle Bedeutung wird dabei der Kontinuität der Beziehung beigemessen, welche vor allem für lange dauernde professionelle Beziehungen, wie sie in der geriatrischen Pflege die Regel sind, wichtig ist.(19) Es kann nun davon ausgegangen werden, dass diesen Bedürfnissen und Wünschen der PatientInnen in den derzeit hauptsächlich praktizierten Pflegeorganisationssystemen nicht in optimaler Weise begegnet werden kann.(8)

Auch die Sicht auf die Pflege seitens der PatientInnen hat Einfluss darauf, wie BewohnerInnen Qualität definieren, und in der Folge auf die Zufriedenheit. Ein Teil der Pflegebedürftigen definiert Pflege als Serviceleistung im Sinne von Bettenmachen, Leistungen der Grundpflege oder Essen servieren. Für einen weiteren Teil steht der Beziehungsaspekt im Vordergrund, und eine dritte Gruppe schätzt körperliches Wohlbefinden als wichtigstes Kriterium der Pflegequalität ein (20). Beachtung verdienen diese Konzepte bei der Messung von PatientInnenzufriedenheit und der Interpretation der Daten und Ergebnisse.(21)

Auch Angehörige sind nun, vor allem bei chronischen, lang andauernden Krankheitsverläufen ihrer pflegebedürftigen Verwandten verschiedenen Belastungen ausgesetzt (22), welche sich auf ihre Zufriedenheit mit der Versorgung auswirken können. Zur Personengruppe der Angehörigen zählt dabei einerseits die Familie, welche als Unterstützungssystem der PatientInnen gesehen wird.(23) Andererseits sind damit nicht nur Blutsverwandte gemeint. Auch Freunde oder Nachbarn können unter den Begriff der Angehörigen fallen.(24)

Häufig findet die Übersiedelung eines pflegebedürftigen Angehörigen in stationäre Pflege plötzlich statt - etwa nach einem Krankenhausaufenthalt, nach dem die ältere Person nicht mehr alleine oder in Betreuung der Familie zu Hause leben kann. Angehörige haben also kaum Zeit sich auf diese Veränderung vorzubereiten. In der Folge ist die Beziehung

zwischen Pflegepersonal und der Familie häufig oberflächlich oder angespannt.(25) Auch die Dauer, für die die Familie zuvor die Pflege bereits zu Hause übernommen hat, wirkt sich auf deren Zufriedenheit mit der nachfolgenden institutionellen Betreuung aus. Dabei stellt sich der Zusammenhang so dar, dass je länger die Zeitspanne der häuslichen Versorgung war, die Angehörigen umso zufriedener nach dem Transfer waren.(26)

Da Angehörige häufig auch nach der Transferierung engen Kontakt zu den Pflegebedürftigen halten, haben sie das Gefühl eine Beziehung zum Pflgeteam aufbauen zu müssen. Ihre Zufriedenheit könnte dabei durch vermehrte spontane Informationsweitergabe durch die ProfessionistInnen gesteigert werden, etwa in Bezug auf den Tagesablauf und ähnliches. Es besteht das Bedürfnis mit Schwestern und Pflegern in einer entspannten Atmosphäre zu sprechen.(27) Auch das Verhalten und der Umgang der Pflegenden mit den PatientInnen haben Einfluss auf die Zufriedenheit der Angehörigen, ebenso wie das Interesse der Pflegenden an Informationen seitens der Familie, etwa über Vorlieben der KlientInnen.(27) Fehlende Kompetenz der Pflegenden führt zu Enttäuschung und somit zu einer Reduktion der Angehörigenzufriedenheit.(27) Eine Ansprechperson, wie Primary Nursing sie in der Rolle der Primary Nurse vorsieht, die sowohl die Situation der PatientInnen, als auch die der Angehörigen gut kennt, könnte hier eine vermittelnde Position einnehmen. Dadurch würde möglichen Konflikten vorgebeugt und die Zufriedenheit der Angehörigen gesteigert.

Auch sehen sich Pflegebedürftige beziehungsweise deren Angehörige zunehmend als KonsumentInnen innerhalb des Versorgungssystems. Sie formulieren entsprechend ihre Wünsche und Forderungen – Pflege wird also zur Ware, welche mit Qualitätsparametern und in der Folge auch mit der Zufriedenheit der KonsumentInnen assoziiert wird; all dies, auch vor dem Hintergrund der anfallenden Kosten, die einerseits von der Gesellschaft, andererseits von den Pflegebedürftigen und deren Familien getragen werden.(1)

Vor dieser Kulisse scheint die Forderung nach Pflegeorganisationsformen gerechtfertigt, die die Voraussetzungen schaffen können für eine professionelle, eigenverantwortliche Pflege im Sinne und zum Wohle der PatientInnen und deren Angehörigen.(5) Bei steigender Komplexität in den Prozessen der Versorgungseinrichtungen, aber auch ökonomischem Druck könnte sich Primary Nursing als ein Pflegeorganisationskonzept erweisen, das zu einer verbesserten Umsetzung der Prinzipien der PatientInnenorientierung und optimaleren Arbeitsabläufen beitragen kann.(28)

Auch das, durch eine mangelnde Anwendung des Konzeptes des Primary Nursing im geriatrischen Bereich – wie in Österreich gegeben -, fehlende Wissen über Effekte und

Auswirkungen, erfordert Praxisprojekte mit wissenschaftlicher Begleitung, um Daten über mögliche beziehungsweise zu erwartende Veränderungen zu erhalten.

Die Relevanz dieser Arbeit liegt somit in der steigenden Anzahl der betroffenen pflegebedürftigen Personen, den zunehmenden Kosten im Bereich der Altenpflege - auch im Zusammenhang mit der Forderung nach qualitativ hochwertiger Versorgung - und in den Auswirkungen des Pflegeorganisationskonzeptes Primary Nursing auf alle Beteiligten, welche für den geriatrischen Bereich noch kaum untersucht sind. Der Bedarf, das derzeit geringe Wissen über die Effekte von Primary Nursing im geriatrischen Bereich zu erweitern, ist durch die beschriebenen, positiven Auswirkungen dieses Pflegeorganisationskonzeptes in anderen Feldern der Pflege gegeben.(17; 9; 29) Dies ist vor allem deshalb von Bedeutung, da viele der beschriebenen Vorteile des Konzeptes eine Überlegenheit gegenüber anderen Pflegeorganisationskonzepten annehmen lassen, jedoch eine diesbezügliche Evidenz aus der bestehenden Literatur derzeit nicht ableitbar ist.(30)

1.3. Begriffsdefinitionen

An dieser Stelle erfolgt die Definition der Begriffe der Pflegequalität und des geriatrischen Bereiches.

1.3.1. Pflegequalität

Neben der Geringhaltung der Kosten, steht vor allem die Verbesserung der Qualität im Zentrum verschiedenster Maßnahmen im Gesundheitsbereich.

Um nun überhaupt von Begriffen und Konzepten im Zusammenhang mit Qualität sprechen zu können, scheint es erforderlich zu definieren, was dieser Begriff meint und bedeuten kann. Imai schreibt dazu, dass es „...so viele Definitionen der Qualität wie Leute, die sie definieren...“gibt, und „...keine Einigkeit darüber, was Qualität ist oder sein soll“ besteht.(31) Dennoch sollen nachfolgend einige wenige genannt werden. Melweis beschreibt Qualität im Bezug zum Gesundheitswesen wie folgt: „Qualität ist das, worauf ein Patient im Krankenhaus beruhend auf gesetzlichen Bestimmungen, der laufenden höchstrichterlichen Rechtsprechung, dem Krankenhausbehandlungsvertrag und den gesetzlichen und vertraglichen Vereinbarungen zwischen Patient, Krankenhaus und Kostenträgern Anspruch hat“.(32) Donabedian, einer der Vordenker des

Qualitätsmanagements, auch im Hinblick auf den Bereich der Gesundheitsversorgung, definiert Qualität als den „... Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist“. (33)

„Pflegequalität ist der Grad der Übereinstimmung zwischen Eigenschaften und Merkmalen der Pflege und der Erfüllung manifester oder vorausgesetzter Anforderungen.“ (34) Um diese nun objektiv erreichen, messen und evaluieren zu können, ist der Einsatz von strukturierten Prozessen erforderlich. (34)

Manthey, als Urheberin des Pflegeorganisationskonzeptes Primary Nursing, geht davon aus, dass die Einführung von Primary Nursing nicht automatisch zu einer Qualitätsverbesserung der Pflege und Versorgung führt, aber die Basis für eine solche liefern kann. (7)

1.3.2. Geriatrischer Bereich

Da sich die vorliegende Arbeit im Speziellen auf den geriatrischen Bereich bezieht, soll an dieser Stelle noch eine Definition dieses Gebietes vorgenommen werden.

Die Geriatrie, welche auch Altersmedizin genannt wird, ist ein Teilgebiet der Medizin, und „...befasst sich mit der Vorbeugung, Entstehung, Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Alter sowie der Vorbeugung und Behandlung vorzeitigen Alterns.“ (35)

Der Fachbereich der Geriatrie gliedert sich in vier Gebiete. Für die Betreuung zu Hause und im Pflegeheim besteht die Forderung nach Schwerpunktgeriatrien. Daneben bestehen die Krankenhausgeriatrie mit akutgeriatrischen Abteilungen und die geriatrischen Rehabilitationskliniken. Den vierten Schwerpunkt bilden Geriatriezentren und Universitätskliniken mit Lehrstühlen, an denen Geriatrie gelehrt wird. (36)

Geriatrische PatientInnen, die im Fokus dieser Fachrichtung stehen, weisen ein höheres biologisches Alter, relevante Komorbiditäten und potentielle oder aktuelle, funktionelle Einschränkungen auf, weshalb auch vom geriatrischen Syndrom gesprochen wird, welches eine komplexe Vorgehensweise erforderlich macht. (37) Aufgrund von Betteneinsparungen in Krankenhäusern (37), werden jedoch viele geriatrische PatientInnen in Langzeiteinrichtungen und Pflegeheimen betreut (36).

Ein Pflegeheim wird dabei als „...stationäre Einrichtung der Altenhilfe, in der chronisch kranke oder pflegebedürftige Menschen dauerhaft wohnen und pflegerisch betreut werden“ (35) gesehen. Altenpflege wird auch dem Begriff der geriatrischen Pflege gleichgesetzt. (35)

2. LITERATURRECHERCHE

Die Literaturrecherche erfolgte in der Zeit von Jänner 2009 bis Mai 2009. Am Beginn stand eine allgemeine Suche im Internet, einerseits, um eine Ausgangsbasis an synonym verwendeten Begriffen in englischer und deutscher Sprache, etwa für Ausdrücke wie Pflegeorganisationskonzept, zu finden, andererseits um einen groben Überblick zu erhalten. Danach erfolgte eine ausführliche, gezielte Suche in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Cochrane Library, wobei die Suchworte mittels „AND“ und/oder „OR“ verknüpft wurden. Als Suchfeld wurden Titel und Abstract ausgewählt.

Im Zentrum der Recherche standen die Bereiche Pflegeorganisationskonzept, Primary Nursing/ Bezugspflege/ Primäre Pflege, PatientInnenzufriedenheit und Angehörigenzufriedenheit, wobei die Recherche mit folgenden Suchworten durchgeführt wurde; Verknüpfungen erfolgten jeweils mit Begriffen der geriatrischen Pflege:

- Primary Nursing: Primary Nursing, Bezugspflege, Primäre Pflege
- Pflegeorganisationskonzept: nursing care delivery system, nursing system, care modality, nursing care model, care delivery model, system of nursing care delivery, unit organisation, nursing organisation system, team nursing, functional nursing
- PatientInnenzufriedenheit: patient satisfaction, care receiver, satisfaction, geriatr*, nursing home, long-term care
- Angehörigenzufriedenheit: satisfaction, relative, family, geriatr*, nursing home, long-tem care

Einschränkungen wurden hinsichtlich der Sprache (Englisch, Deutsch) getroffen und des Erscheinungszeitraumes (10 Jahre) angestrebt. Diese Zeitspanne wird auch in wissenschaftstheoretischer Literatur empfohlen (38), da innerhalb dieser Ergebnisse bei geringer Studienanzahl noch als aktuell bezeichnet werden können. Da das Konzept des Primary Nursing allerdings in den 1960er Jahren entstanden ist, wurden einzelne ältere Quellen zu Gunsten der Vollständigkeit akzeptiert.

Nach weiterer Literatur wurde in den Bibliotheken der Medizinischen Universität Graz und der Karl Franzens Universität Graz gesucht. Ebenso wurde die Suche auf Internetseiten des österreichischen Gesundheitsministeriums, des Landes Steiermark, des ÖBIG und ähnliche ausgedehnt, um statistische Daten und aktuelle Berichte zur derzeitigen Ausgangssituation der Langzeitpflege in Österreich zu erhalten.

Eingang in diese Arbeit fanden Literaturergebnisse, wenn sie sich entweder auf theoretischer Basis mit dem jeweiligen Begriff auseinandersetzten, oder sich auf die praktische Umsetzung, zum Beispiel des Konzeptes des Primary Nursing, - bevorzugt im Bereich der Geriatrie - bezogen.

Abbildung 1: Darstellung der Literatursuche



Tabelle 1: Übersicht der in die Arbeit einbezogenen Artikel

Quelle	Setting, Stichprobe	Inhalt der Untersuchung	Methode	Ergebnisse
Primary Nursing				
Archibong U.E. (1999)	1 Station eines Akutspitals in Nigeria	Pflegequalität	Pre-posttest Design, quantitativ	Verbesserung der Pflegequalität hinsichtlich individueller Bedürfnisse
Drach-Zahavy A. (2004)	6 Spitäler Israel, 368 Pflegepersonen	Pflegeleistung	Querschnittstudie quantitativ	Primary Nursing allein verbessert Pflegeleistung nicht
Jonsdottir H. (1999)	2 Stationen des Universitätsspitals Reykjavik 28 Pflegepersonen	Auswirkungen von Primary Nursing auf PatientInnen aus Sicht der Pflegenden	Phänomenologischer Ansatz, Aktionsforschung qualitativ	Verbesserung der Pflegequalität durch individuellere Versorgung, Schwierigkeiten bei Personalmangel
Laakso S., Routasalo P. (2001)	Pflegeheim Finnland Je 10 Heimbewohner, Angehörige, Pflegende	Erfahrungen durch Implementierung von Primary Nursing	Fokusinterviews qualitativ	Stärkere Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Angehörigen, kaum Unterschiede seitens Pflegebedürftiger
Melchior M.E.W. et al. (1999)	Langzeitpsychiatrie Holland 176 Pflegepersonen	Effekte von Primary Nursing auf arbeitsbezogene Faktoren	Quasi-experimentelles Design quantitativ	Vermehrte PatientInnenorientierung

Quelle	Setting, Stichprobe	Inhalt der Untersuchung	Methode	Ergebnisse
Rigby A. et al. (2001)	Akupsychiatrie Großbritannien 18 Pflegepersonen	Einfluss von Primary Nursing auf Rollenwahrnehmung	Querschnittstudie quantitativ	Geringere Rollenzufriedenheit
Bezugspflege				
Needham I., Abderhalden C. (2007)	Schweiz (keine weiteren Angaben)	Operationalisierung des Begriffs	Delphi-Verfahren qualitativ	Struktur-, Prozess-, Ergebniskriterien
Hedderich S. (2003)	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Schweiz 16 Pflegepersonen	Umsetzung von Primary Nursing in der Praxis	Projektbegleitung	Notwendigkeit ständiger Adaptationen
Fuchs A. (2006)	1 psychiatrische Station 18 Pflegepersonen	Umsetzung von Primary Nursing in der Praxis	Praxisprojektbegleitung, ex-post-facto Design quantitativ	Verbesserungen durch Primary Nursing, fehlende Kontinuität durch Schichtdienste
Schulz M., Krause P. (2003)	Zentrum für Psychiatrie, Bielefeld 235 Pflegepersonen	Verständnis des Konzeptes	Survey quantitativ	Wichtige Klärung von Verantwortlichkeiten

Quelle	Setting, Stichprobe	Inhalt der Untersuchung	Methode	Ergebnisse
PatientInnenzufriedenheit				
Clausen G. et al. (2006)	Geriatrische Klinik Deutschland 124 PatientInnen	Einflussfaktoren auf PatientInnenzufriedenheit	deskriptiv quantitativ	Zufriedenheit durch Erfüllung von Erwartungen beeinflusst, Beziehung zu PatientInnen beeinflusst PatientInnen- zufriedenheit
Caris-Verhallen W.M.C.M. et al. (1999)	21 Studien	Bedeutung der Kommunikation mit älteren Personen	Literature-Review	Kommunikation zwischen Pflegenden und PatientInnen beeinflusst Interaktion und Outcomes
Bowers B.J. et al. (2001)	3 Pflegeheime USA 26 HeimbewohnerInnen	Wahrnehmung von Pflege in Langzeiteinrichtungen	Grounded Theory qualitativ	Sichtweise auf die Pflege beeinflusst Zufriedenheit
Chou S.-C. et al. (2002)	Pflegeeinrichtungen Australien 1146 PflegerInnen	Einflussfaktoren auf PatientInnenzufriedenheit in Langzeiteinrichtungen	Querschnittuntersuchung quantitativ	Zufriedenheit mit Pflegepersonal beeinflusst Gesamtzufriedenheit der PatientInnen
Jenkins C. (2002)	5 Spitäler Schottland 2249 PatientInnen	Einflussfaktoren auf PatientInnenzufriedenheit	Survey quantitativ	Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, emotionale Unterstützung beeinflussen PatientInnenzufriedenheit

Quelle	Setting, Stichprobe	Inhalt der Untersuchung	Methode	Ergebnisse
Attree M. (2001)	Akutsipital England 34 Patientinnen, 7 Angehörige	Einschätzung von Pflegequalität und Auswirkung auf Zufriedenheit	Grounded Theory qualitativ	Hohe Bedeutung des Beziehungsaspektes
Angehörigenzufriedenheit				
Maas M.L. et al. (2004)	14 Langzeitpflege- stationen für Demenz- erkrankte USA 185 Angehörige, 895 Pfleger	Effekte durch Einbeziehung von Angehörigen in die Pflegebeziehung	Quasi-experimentelles Design quantitativ	Verbesserung der Wahrnehmung der Pflege durch Angehörige
Tornatore J.B., Grant L.A. (2004)	38 Pflegeheime USA 285 pflegende Angehörige	Angehörigenzufriedenheit nach Transfer in ein Pflegeheim	Korrelationsstudie quantitativ	Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Dauer der vorangegangenen Pflegeleistung, Besuchsfrequenz, Erwartungen, Mithilfe bei der Pflege
Hertzberg A. et al. (2001)	3 Pflegeheime Schweden 28 Angehörige	Interaktion und Beziehung zwischen Angehörigen und Pfleger	Phänomenologie qualitativ	Angehörige wünschen sich einbezogen zu werden, Informationen zu erhalten, zu kooperieren
Sandberg J. et al. (2001)	Pflegeheim Schweden 14 Angehörige	Rolle der Angehörigen beim Transfer eines Pflegebedürftigen in Heim	Grounded Theory qualitativ	Bedeutung aktiver Bemühung der Pfleger

2.1. Literatur zu Primary Nursing und Bezugspflege

Boeckler stellt fest, dass ein großer Teil der in den letzten Jahrzehnten zum Pflegeorganisationskonzept Primary Nursing publizierten Literatur zu widersprüchlichen Ergebnissen führte. In der Folge kann keine generelle Empfehlung für dessen Einführung gegeben werden. Andererseits bemängelt sie die methodischen Schwächen der Untersuchungen.(28) Auch fehlende Arbeitsdefinitionen und mangelhafte Gründlichkeit im Forschungsaufbau lassen wenig Möglichkeit zu Vergleichen der Ergebnisse.(39)

Deshalb, und aufgrund der unterschiedlichen Forschungsansätze, Methoden und Designs wurden zur Auswahl der in diese Arbeit einzubeziehenden Studien vorab keine Qualitätskriterien festgelegt. Ebenso wurden sowohl qualitative, als auch quantitative Studien akzeptiert. Ziel war eine möglichst umfassende Darstellung sowohl des Pflegeorganisationskonzeptes Primary Nursing, als auch dessen praktische Umsetzung, um als Basis für das vorliegende Praxisprojekt dienen zu können.

Die Recherche zeigte weiters, dass es kaum Untersuchungen gibt, die sich mit der Umsetzung von Primary Nursing in einem geriatrischen Setting im deutschsprachigen Raum, beziehungsweise mit Auswirkungen des Konzeptes auf PatientInnen (39) befassen.

2.2. Der Begriff des Pflegeorganisationssystems

An dieser Stelle soll der Begriff des Pflegeorganisationssystems umrissen werden, und die derzeit am häufigsten praktizierten Formen beschrieben werden. Dies ist erforderlich, um die Unterschiede zum Konzept des Primary Nursing darstellen, und in der Folge Verbesserungen durch Primary Nursing verdeutlichen zu können.

In der Literatur werden die Begriffe Pflegeorganisationssystem, Pflegesystem, Pflegeorganisationsmodell oder Pflegeorganisationskonzept synonym verwendet. Auch die Begriffe Organisationsprinzipien, Arbeitsmethoden oder Organisationsformen finden sich in diesem Zusammenhang.(40) Alle meinen die Struktur (41) oder Methode der Organisation (40) zur Erbringung der pflegerischen Leistung auf der Ebene der Station. Als Ziel steht dabei die Verknüpfung der komplexen Aufgaben der Versorgungseinrichtung mit der PatientInnenorientierung.(41; 42) Die Struktur schafft für die einzelne Pflegeperson die Rahmenbedingungen, unter denen sie eine professionelle Pflege für eine definierte PatientInnengruppe erbringen kann.(39)

Demgemäß hat die Organisationsform Bedeutung sowohl auf betrieblicher, als auch personaler Ebene.(42) Auch ist das Pflegeorganisationskonzept nicht als eindimensionale, unabhängige Variable zu interpretieren, sondern enthält sowohl Prozess- als auch Strukturelemente, die unterschiedlich miteinander interagieren, und somit zu unterschiedlichen Auswirkungen führen können.(28)

Eine mögliche Unterscheidung dieser Systeme erfolgt in Funktionspflege, Team- oder Gruppenpflege und Primary Nursing, wobei in der Praxis zumeist Elemente der anderen beiden Formen in das vorherrschende System einfließen.(42)

2.2.1. Funktionspflege:

Die Funktionspflege beschreibt einen mechanistischen Ansatz, in dem die Aufrechterhaltung der Stationsroutinen und Ausführung einzelner Handlungen über die Bedürfnisse der PatientInnen gestellt werden. Dabei ist die Arbeit in Einzelhandlungen unterteilt, die von Pflegepersonen mit der, der jeweiligen Tätigkeit angepassten Ausbildung, durchgeführt werden.(42) Die Pflege wird somit in einem hierarchischen Tätigkeitsorientierten Umfeld erbracht.(39)

2.2.2. Team- oder Gruppenpflege:

Unter diesen Begriffen werden verschiedene Pflegeorganisationsformen zusammengefasst, deren Grundlage es ist, eine Gruppe von Pflegenden einer Gruppe von PatientInnen zuzuteilen.(39) In der Folge werden Tätigkeiten innerhalb des Teams sinnvoll gruppiert und erbracht. Die Aufgabe der Stationsleitung liegt in der Koordination der Pflege und, in der Folge, in der Übernahme eines Teiles der Verantwortung für die Versorgung und die interdisziplinäre Kommunikation.(42)

2.2.3. Primary Nursing:

Das Konzept des Primary Nursing weicht sowohl im Ansatz und Hintergrund, als auch in der Umsetzung stark von den zuvor beschriebenen Modellen ab, und soll in der Folge genauer erläutert werden.

2.3. Das Pflegeorganisationskonzept Primary Nursing

„Primary Nursing ist ein auf der Stationsebene angesiedeltes pflegerisches Versorgungssystem, das die Ausübung einer professionellen Pflege auch innerhalb bürokratischer Krankenhausstrukturen begünstigt.“(7) Es repräsentiert eine Pflegeorganisationsform, aber auch eine Philosophie (39) und soll nachfolgend genauer vorgestellt werden, da es das zentrale, der vorliegenden Arbeit zugrunde liegende Konzept darstellt.

2.3.1. Die Elemente des Pflegeorganisationskonzeptes Primary Nursing

Vorausschickend muss gesagt werden, dass Primary Nursing ein Konzept zur Organisation der Pflege darstellt. Es garantiert also nicht automatisch eine bessere Qualität der Versorgung oder der Pflege. Diese hängt wiederum von der Leistung der einzelnen Pflegenden ab, die durch diese Organisationsform aber in die Lage versetzt werden können, ihre Fähigkeiten optimal einzusetzen.(7) Ziele sind jedoch flachere Hierarchien, eine größere Transparenz durch entsprechende Zuweisung von Verantwortlichkeiten, vereinfachte Kommunikationswege und die Verringerung einer Zerstückelung einzelner Leistungen durch Arbeitsteilung.

Das Konzept setzt sich aus folgenden vier Grundelementen zusammen, welche es in der Folge ermöglichen, die Qualität der erbrachten Leistung der einzelnen Pflegepersonen rasch sichtbar zu machen:

1. Übertragung der persönlichen Verantwortung für das Treffen von Entscheidungen auf eine Person und deren Akzeptanz durch diese Person
2. Tägliche Arbeitszuweisung nach der Fallmethode
3. Direkte Kommunikation von Mensch zu Mensch
4. Übernahme der Verantwortung für die Qualität der für einen Patienten erbrachten Pflege durch eine Person, und zwar 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche.(7)

Als zentrales Unterscheidungskriterium zu anderen Pflegesystemen und Kernelement von Primary Nursing sieht Manthey die „...eindeutige persönliche Übernahme der Verantwortung für das Treffen von Entscheidungen in Bezug auf die Pflege des

Patienten...“(7). Die Übernahme dieser Verantwortung muss für alle beteiligten Personen deutlich sein, sodass dies sowohl inter- und intradisziplinär bekannt, als auch den PatientInnen und Angehörigen vertraut sein muss.

Die Primary Nurse, welche eindeutig einem Patienten oder einer Patientin zugeordnet ist, sammelt alle Informationen von PatientInnen, Angehörigen und ProfessionistInnen und plant auf dieser Basis die Pflege im Rahmen des Pflegeprozesses. Dabei können bereits in Verwendung befindliche Dokumente und Formulare Anwendung finden, die jedoch die Entscheidungsfindung nicht beeinflussen dürfen. Besonderes Augenmerk ist dabei auf die Einbeziehung der KlientInnen in den Entscheidungsprozess zu legen, weshalb die Pflegeperson die Pflegebedürftigen zur Mitarbeit anhält.(7)

Sofern die Primary Nurse im Dienst ist, führt sie die Pflege auch selbst aus. Ist die Primary Nurse nicht anwesend, werden ihre Anweisungen von der Associate Nurse umgesetzt, welche als Vertretung fungiert. Dabei hat die Primary Nurse dafür Sorge zu tragen, dass die vertretende Pflegeperson alle erforderlichen Informationen bekommt. Anpassungen oder Veränderungen der geplanten Pflege durch die Associate Nurse werden nur durchgeführt, wenn eine Veränderung seitens des Patienten oder der Patientin dies erforderlich macht. Ansonsten ist der von der Primary Nurse erstellten Pflegeplanung zu folgen.(7)

Auch die Planung einer eventuellen Entlassung fällt in den Verantwortungsbereich der Primary Nurse, wobei die möglicherweise notwendige Weiterführung der Pflege gewährleistet sein muss. Dazu müssen rechtzeitig Informationen weitergegeben, und alle Schritte individuell geplant werden.(7)

Als zweites Kriterium des Pflegeorganisationskonzeptes Primary Nursing nennt Manthey die tägliche Arbeitszuweisung nach der Fallmethode. Dies meint, dass eine Pflegeperson im Rahmen ihrer Stellenbeschreibung alle Tätigkeiten für einen Patienten oder eine Patientin erbringt. Welche oder welcher Pflegende dies an dem jeweiligen Tag sein soll, hängt einmal vom Bedarf des oder der Pflegebedürftigen ab, zum zweiten von den Möglichkeiten des Personals.(7)

Sollte die Pflegeperson aufgrund ihrer Stellenbeschreibung oder gesetzlicher Grundlagen nicht befugt sein gewisse Tätigkeiten auszuführen, ist sie dafür verantwortlich, dass diese Handlung von anderen ProfessionistInnen erledigt wird.

Als weiteres Kernelement des Primary Nursing wird der direkte Weg der Kommunikation genannt. Dies hat vor allem deshalb Bedeutung, da sich innerhalb hierarchischer Strukturen die Gefahr von Verzerrungen oder der Verlust von Informationen findet.

Primary Nursing fordert die direkte Kommunikation zwischen der Primary Nurse und den KollegInnen des Pflgeteams, anderen involvierten Berufsgruppen, aber auch den PatientInnen und Angehörigen. Der Vorteil liegt darin, dass Informationen nicht über Dritte weitergegeben werden müssen, sondern direkt bei der Primary Nurse gebündelt werden.(7)

Dieses Prinzip wird auch für die Dienstübergabe zwischen den einzelnen Dienstschichten beibehalten. Die für einen Patienten oder eine Patientin zuständige Pflegeperson übergibt die Informationen direkt an die übernehmende Kollegin oder den übernehmenden Kollegen. Ob diese Informationsweitergabe im PatientInnenzimmer oder an einem anderen Ort durchgeführt wird, ist dabei nicht von Relevanz, wobei darauf zu achten ist, dass alle Personen, für die der Bericht Bedeutung hat, anwesend sein können.(7)

Auch trägt die zuständige Pflegeperson die Verantwortung dafür, dass alle relevanten Informationen an die entsprechenden ProfessionistInnen weitergegeben werden.

Zusätzlich ist das Bedürfnis der PatientInnen nach Auskunft zu berücksichtigen, wobei nach dem Konzept des Primary Nursing immer dann Erklärung und Beratung zu erfolgen haben, wenn PatientInnen danach fragen, oder andere ProfessionistInnen auf einen Informationsbedarf hinweisen.(7)

Die Übernahme der Verantwortung für die Qualität der für einen Patienten erbrachten Pflege durch eine Person, und zwar 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche bezieht sich – unter Berücksichtigung der Übernahme der Verantwortung (Element 1) – auf die Planung der Pflege, deren Durchführung und ein eventuelles Entlassungs- oder Transferprozedere. Manthey geht davon aus, dass diejenigen Personen, die die Pflege ausführen, deren „...Angemessenheit oder Unangemessenheit...“ (7) am besten beurteilen können. Auch können durch die Kombination von Planung und Durchführung durch dieselbe Person rasch nötige Anpassungen, Veränderungen oder Verbesserungen vorgenommen werden.(7)

Diese Zuständigkeit bleibt während des gesamten Aufenthaltes der PatientInnen in der Einrichtung bestehen, und muss demnach den Betroffenen entsprechend deutlich sein. Ist die Primary Nurse nicht im Dienst, geht die Verantwortung für die Durchführung der bestehenden Pflegeplanung auf die Associate Nurse über. Sie hat der Planung zu folgen, auch wenn diese womöglich nicht ihrer Auffassung entspricht. Änderungen werden nur aus akuten Erfordernissen heraus akzeptiert, wobei diese in der Folge zu begründen sind.(7)

Demnach lassen sich die daraus abzuleitenden Ziele des Konzeptes wie folgt beschreiben:

- Förderung von Sicherheit und Vertrauen von PatientInnen und deren Angehörigen durch einen definierten Ansprechpartner oder eine definierte Ansprechpartnerin
- Kontinuität und Individualität der Pflege
- Eindeutige Zuständigkeiten und Verantwortung
- Optimierung der Behandlungs- und Betreuungsprozesse
- Direkte, klare Kommunikationswege(44)
- Transparenz der Pflegequalität
- Förderung der berufsübergreifenden Kooperation und rasche Entscheidungsfindung(45)

Im deutschsprachigen Raum wurden für den Begriff des Primary Nursing verschiedene Übersetzungen gefunden, von denen zwei in der aktuellen Literatur gängig verwendet werden. Diese sind zum einen die Bezugspflege, und zum anderen die Primäre Pflege. Nachfolgend sollen die beiden Begriffe beleuchtet, und deren Bezug zu Primary Nursing hergestellt werden. Augenmerk soll dabei auf die inhaltliche Äquivalenz der Konzepte gelegt werden. Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass Manthey ursprünglich einer Übersetzung des Begriffes Primary Nursing skeptisch gegenüber gestanden ist (7), jedoch in jüngerer Vergangenheit selbst den Inhalt des Konzeptes in den Vordergrund stellte und nicht die verwendete Bezeichnung (46).

2.3.2. Bezugspflege

Needham und Abderhalden treten – als Ergebnis einer in der Schweiz durchgeführten Delphi-Studie - für die ausschließliche Verwendung des Begriffes „Bezugspflege“ im deutschsprachigen Raum ein. Sie raten in der Folge von den Bezeichnungen „Primary Nursing“, „Primärpflege“ und ähnlichen ab. Auch die Einordnung als Pflegemodell, Philosophie, Pflegekonzept oder Kombinationen dieser verneinen sie, und definieren Bezugspflege ausschließlich als Pflegeorganisationsform.(47) Nichts desto trotz sahen Pflegende einer psychiatrischen Einrichtung in der Schweiz zu 33% Bezugspflege als Pflegemodell und zu 12% als Philosophie.(48)

Als Kriterien der Bezugspflege beschreiben die Autoren folgende:

1. Zuteilung einer einzigen hauptverantwortlichen Bezugsperson (sollten zwei oder mehr Pflegepersonen gleichberechtigt die Verantwortung tragen, soll diese Organisationsform nicht Bezugspflege genannt werden)
2. Zuteilung einer Bezugsperson für alle PatientInnen (Sind nur einzelnen PatientInnen Bezugspflegepersonen zugeordnet, ist nicht von Bezugspflege zu sprechen)
3. Weitgehende Entscheidungsbefugnis der Bezugspersonen
4. Einzelverantwortung der Bezugspersonen
5. Die Bezugsperson begleitet den Patienten/die Patientin vom Eintritt auf der Station bis zum Austritt aus dieser Station bzw. bis zur Verlegung auf eine andere Station
6. Umfassende Verantwortung für den Pflegeprozess
7. PatientInnenorientierung
8. Kontinuität der Pflege
9. Beziehung zu den PatientInnen
10. Kooperation
11. Koordination
12. Reflexion
13. Direkte Kommunikation (zum Beispiel mit anderen Berufsgruppen, Angehörigen,...)
14. Wenn zum Angebot der Institution eine Nachbetreuung durch die Institution selbst gehört, sollte die pflegerische Bezugsperson an dieser Nachbetreuung beteiligt sein.(47)

Diese Kriterien beinhalten die von Manthey beschriebenen Hauptmerkmale. Die Punkte „Zuteilung einer einzigen hauptverantwortlichen Bezugsperson“ und „Einzelverantwortung der Bezugspersonen“ entsprechen der Forderung Mantheys nach der Übertragung der persönlichen Verantwortung für das Treffen von Entscheidungen auf eine Person und deren Akzeptanz durch diese Person. Die tägliche Arbeitszuweisung nach der Fallmethode scheint in der Bezugspflege am wenigsten exakt übernommen zu sein, zumal sich auch dazu widersprüchliche Interpretationen in der Literatur finden. So sehen Schulz und Krause das Konzept der Bezugspflege so, dass „...ein Wechsel der Bezugspflegeperson...nur ausnahmsweise vorgesehen...“ ist (48), während Fuchs die

Übernahme der Pflege durch eine „stellvertretende Zuständige“ als selbstverständlich sieht.(49) Needham und Abderhalden gehen in ihren Empfehlungen zur Terminologie auf diesen Aspekt nicht ein, sondern beschränken ihre Definitionen und Auslegungen ausschließlich auf die Rolle der Bezugspflegeperson.(47) Die Forderung nach direkter Kommunikation von Mensch zu Mensch besteht sowohl bei Manthey, als auch bei Needham und Abdehalden. Die „Übernahme der Verantwortung für die Qualität der für einen Patienten erbrachten Pflege durch eine Person, und zwar 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche“(7) könnte die Bezugspflege mit „Umfassende Verantwortung für den Pflegeprozess“ meinen(50). Eine derart genaue zeitliche Definition, wie Manthey sie gibt, fehlt jedoch. „Die Bezugsperson begleitet den Patienten/die Patientin vom Eintritt auf der Station bis zum Austritt aus dieser Station bzw. bis zur Verlegung auf eine andere Station“(7) entspricht in der Bezugspflege der „Kontinuität der Pflege“(50).

Der Begriff der Bezugspflege geht in einigen Aspekten weiter als Primary Nursing bzw. konkretisiert einzelne Merkmale Mantheys. Vor diesem Hintergrund und der Distanzierung Abderhaldens und Needhams vom Begriff Primary Nursing ist eine völlige Gleichsetzung der Konzepte nicht möglich, jedoch die Interpretation der Weiterentwicklung des einen aus dem anderen. Dies würde die Vergabe einer deutschen Bezeichnung rechtfertigen.

2.3.3. Primäre Pflege

Die Übersetzung des Begriffs Primary Nursing in den deutschen Begriff der Primären Pflege scheint nahe liegend aufgrund des gleichen Wortstammes. Allerdings meint das englische Wort „primary“ „ursprünglich“, „Haupt-“, „hauptsächlich“, „grundlegend“ oder „elementar“(51). Dem hingegen bedeutet der deutsche Ausdruck „primär“ „zuerst vorhanden“, „erstrangig“ oder „an erster Stelle stehend“.(52)

Hinsichtlich der charakterisierenden Elemente hält sich das Konzept der Primären Pflege exakt an Manthey (7), und beschreibt diese wie folgt:

1. Übertragung der persönlichen Verantwortung für das Treffen von Entscheidungen auf eine Person und deren Akzeptanz durch diese Person (dezentrale Entscheidungsfindung)
2. Tägliche Arbeitszuweisung nach der Fallmethode
3. Direkte Kommunikation von Mensch zu Mensch

4. Übernahme der Verantwortung für die Qualität der für einen Patienten erbrachten Pflege durch eine Person, und zwar 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche(40)

Auch in der Interpretation der Kriterien hält sich die Primäre Pflege sehr genau an das zugrunde liegende Konzept des Primary Nursing, und stellt die einzelnen Aspekte in einen Zusammenhang zur Professionalisierung der Pflege (40), was ja auch eines der Ziele Mantheys war (7).

Einzelne Aspekte werden detaillierter formuliert, etwa wird die dezentrale Entscheidungsfindung in drei Teilkonzepte untergliedert (responsibility, authority, accountability).(40)

Für diese Arbeit wurde Literatur zu allen drei Begriffen akzeptiert, da diese speziell in der praktischen Umsetzung der Konzepte im deutschsprachigen Raum synonym verwendet werden. Diese – auch durch die Praxis geschaffene Realität - erfordert es Forschungsergebnisse in diese Arbeit einzubeziehen, welche sich auch auf Bezugspflege und Primäre Pflege beziehen, um das Thema umfassend betrachten zu können.

2.3.4. Auswirkungen von Primary Nursing in der Praxis

Die Literaturrecherche ergab einige Untersuchungen, die sich mit den Auswirkungen der Implementierung der Pflegeorganisationskonzepte Primary Nursing/Primäre Pflege/Bezugspflege auf PatientInnen und deren Angehörige befassten.

Ein Ziel des Primary Nursing ist die verbesserte Interaktion und Kommunikation zwischen PatientInnen und Pflegenden.(7) Im akutstationären Bereich einer Lungenabteilung in Island zeigten sich durch die Umstellung auf Primary Nursing aus Sicht der Pflegenden eine engere Beziehung und ein vermehrter Kontakt zwischen ProfessionistInnen und PatientInnen. Durch bessere Kenntnis der KlientInnen wurden deren Bedürfnisse umfassender erkannt und verstanden.(29) Dem gegenüber ergab eine Untersuchung in einem finnischen Pflegeheim, dass KlientInnen keine besonderen Veränderungen in ihrem Verhältnis zu den Pflegenden bemerkt hatten. Die PatientInnen gaben dies an, obwohl sie vor der Implementierung eine Einführung und Informationen über die geplanten organisatorischen Veränderungen erhalten hatten. Die Veränderungen in der Versorgung und Pflege wurden eher einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und einer

steigenden Pflegeabhängigkeit der Pflegebedürftigen zugeschrieben. Wahrgenommen wurde von den KlientInnen jedoch eine gesteigerte Aufmerksamkeit der Pflegepersonen gegenüber ihren Bedürfnissen. Angehörige erkannten Modifikationen im Verhalten der ProfessionistInnen, konnten jedoch kaum Veränderungen in der Kooperation seitens der Pflegenden nennen.(53) Rigby et al. fanden sogar einen geringeren PatientInnenkontakt seitens der Pflegenden, da diese mehr Zeit mit administrativen Tätigkeiten verbrachten, als zuvor.(54)

Ebenso wurden die gesteigerte Kontinuität der Pflege und die Möglichkeit einer umfassenderen Versorgung im Sinne einer besseren Konzentration auf, und eine gesteigerte Erfüllung der individuellen Bedürfnisse der PatientInnen beobachtet.(53; 29) Pflegende empfanden mehr Autonomie in ihrer Tätigkeit, und schätzten diese als weniger komplex ein.(55) Dies spiegelt sich auch in der Möglichkeit wider, Entscheidungen selbständiger und freier als in anderen Organisationssystemen treffen zu können, was von Pflegenden positiv gesehen wird.(53)

Auch hatten die Schwestern und Pfleger in der Untersuchung von Jonsdottir (29) den Eindruck, dass die KlientInnen zufriedener wären. Sich selbst empfanden Pflegende ambitionierter und verantwortungsbewusster (29), was auch aus Sicht der Angehörigen beobachtet wurde (53).

Andererseits bestanden Bedenken, dass bei geringem Personalstand in diesem Pflegeorganisationssystem eher Probleme auftreten würden, beziehungsweise sich dieser rascher auswirken würde. Auch wurde der ständige Bedarf der Verbesserung des Systems angemerkt.(29) Rigby und Leach meinen sogar, dass das Konzept des Primary Nursing ein Ideal darstelle, welches in der derzeitigen Situation des Gesundheitssystems in der Praxis nicht umsetzbar wäre, und fordern ein flexibleres Modell.(54)

Laakso und Routasalo beobachteten auch anfänglich den Widerstand einiger Pflegender gegen das neue Pflegeorganisationskonzept.(53)

Aspekte der Effektivität im Zusammenhang mit Qualitätsverbesserungen einerseits, und Kompetenzsteigerungen der Pflegenden andererseits, werden kontrovers diskutiert.(44)

Generell steht zu bedenken, dass zur Messung von Qualität im Zusammenhang mit Primary Nursing, dieser Begriff operationalisiert und damit die Kriterien – sowohl auf der Struktur-, der Prozess-, und vor allem der Ergebnisebene - definiert sein müssen.(50) Im Bezug auf das Ursprungskonzept Mantheys wird Primary Nursing nicht als Qualitätssteigernde Maßnahme gedacht.(7)

Steven beschreibt den Zusammenhang zwischen dem Grad der Ausbildung und der Anzahl qualifizierter Pflegenden und der erbrachten Qualität, wobei davon ausgegangen wird, dass die Qualität der erbrachten Leistung mit der Zahl und dem Ausbildungsstand der Pflegenden im Pflegeorganisationssystem proportional steigt.(56) Dieser Ansicht schließt sich auch Ersser an, indem er meint, „...daß die Kompetenz des Pflegepersonals einen größeren Einfluß auf die Art der Pflege hat als die Pflegeorganisation.“(39) Archibong untersuchte den Einfluss von Primary Nursing auf die Qualität der Pflege in einem Akutspital in Nigeria und fand eine Zunahme der Qualität, vor allem im Bereich der psychosozialen Versorgung, und dies vor allem in Bezug auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen.(9)

Hinsichtlich ökonomischer Aspekte beschreibt Bücken, auf Basis einer Projektevaluierung, eine anfängliche Kostensteigerung, welche er mit Veränderungs- und Schulungsmaßnahmen erklärt. Langfristig errechnete er aber eine leichte Kostenreduktion durch die Implementierung von Primary Nursing.(57) Auch empfiehlt er diese Form der Pflegeorganisation als eine Möglichkeit der Systemoptimierung und regt in der Folge eine Kombination mit Teamentwicklungsmaßnahmen an.(57)

Auch zur Zufriedenheit der Pflegenden in ihrer Rolle innerhalb der neuen Struktur finden sich in der Literatur unterschiedliche Ergebnisse. Beschreiben Melchior et al. eine Steigerung (55), so steht Steven einer Änderung indifferent gegenüber (56), und weitere Autoren sehen sogar eine Abnahme der Personalfriedenheit (54).

3. ZIELSETZUNG DER ARBEIT

Ziel dieser Arbeit ist die Betrachtung des Pflegeorganisationskonzeptes Primary Nursing, welches den Anspruch erhebt, Basis für eine patientInnenorientierte, kontinuierliche, transparente Pflege zu sein, aus Sicht der PatientInnen und Angehörigen im geriatrischen Bereich. Damit verbunden soll ein Nachweis positiver Effekte von Primary Nursing in der Geriatrie erfolgen - zum einen zur wissenschaftlichen Fundierung dieser Arbeitsorganisationsform, und zum anderen zur Schaffung einer Argumentationsgrundlage zur weiteren Verbreitung und Implementierung von Primary Nursing im geriatrischen Bereich. Besonderes Augenmerk soll auf PatientInnen- und Angehörigenzufriedenheit gelegt werden.

Die geplante Arbeit gibt einen theoretischen Überblick über das Pflegeorganisationskonzept Primary Nursing in Bezug zur österreichischen Pflegerealität, in der - wie bereits zu Beginn beschrieben – Funktions- und Gruppenpflege vorherrschen, wobei im Speziellen auf den geriatrischen Kontext eingegangen wird.

4. FORSCHUNGSFRAGEN

Daher wurden für die vorliegende Arbeit folgende Forschungsfragen abgeleitet:

Forschungsfrage 1:

Welche Veränderungen bringt die Einführung von Primary Nursing auf einer geriatrischen Station aus der Sicht von PatientInnen und deren Angehörigen?

Forschungsfrage 2:

Sehen PatientInnen und Angehörige Primary Nursing als ein sinnvolles Konzept zur Pflege und Betreuung von PatientInnen im geriatrischen Bereich?

Forschungsfrage 3:

Worin sehen PatientInnen und Angehörige den Vorteil und Nutzen der Implementierung und Anwendung des Pflegeorganisationskonzeptes Primary Nursing im geriatrischen Bereich?

Forschungsfrage 4:

Welche Auswirkungen hat die Umsetzung des Pflegeorganisationskonzeptes Primary Nursing auf PatientInnen- und Angehörigenzufriedenheit?

5. METHODE

Die vorliegende Untersuchung basiert auf der Zusammenarbeit zwischen einer geriatrischen Einrichtung, welche im Rahmen eines Pilotprojektes das Pflegeorganisationssystem Primary Nursing einführt, und dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz. Neben der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes, oblag dem Institut die Evaluation mittels einer quantitativen Fragebogenerhebung.

5.1. Design

Das gewählte Prä-Posttest-Design kann der quasiexperimentellen Forschung zugerechnet werden.(58) Dieses Design wird auch Basis- und Postinterventionsdesign genannt, und besteht aus Erhebungen zu zwei Zeitpunkten – eben vor und nach der Intervention.(38) Die Untersuchungsrichtung in der vorliegenden Studie ist prospektiv.

In der quasiexperimentellen Forschung erfolgt zwar eine Manipulation einer unabhängigen Variablen, ohne jedoch eine Randomisierung der Teilnehmer vorzunehmen, oder die Untersuchung einer Kontrollgruppe durchzuführen.(38) Die Vorteile eines solchen Designs liegen vor allem in seiner Praktikabilität. Da pflegewissenschaftliche Studien, wie auch in diesem Fall, häufig in natürlicher Umgebung durchgeführt werden, ist eine Zuordnung der TeilnehmerInnen zu Interventions- und Kontrollgruppen schwierig. Eine gewisse Kontrolle kann jedoch durch ein quasiexperimentelles Design erreicht werden.(38) Auch die gute Durchführbarkeit, die Möglichkeit, Studien an die Realität anzupassen und die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse zählen zu den Vorteilen dieses Ansatzes (58), was zur Wahl dieses Designs für diese Untersuchung führte.

Der Nachteil der quasiexperimentellen Forschung liegt darin, dass ein eindeutiger Ursache-Wirkungszusammenhang nicht hergestellt werden kann, da auch alternative Erklärungen in Frage kommen.(38)

5.2. Setting

Die Erhebung erfolgte auf einer Station der Medizinisch/Palliativen Geriatrie einer geriatrischen Klinik in Österreich, welche sich in 6 Stationen gliedert. Die Pilotstation zählt zum Bereich der Langzeitpflege und umfasst 25 Betten. Das Team, welches dieser Station zugeordnet ist, setzt sich aus ÄrztInnen, Pflegepersonen, Ergo- und PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen, SozialarbeitInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, DiätologInnen, Seelsorgern und ehrenamtlichen HelferInnen zusammen.

Das vor der Implementierung von Primary Nursing vorherrschende Pflegeorganisationskonzept war die Bereichs- oder Gruppenpflege mit Elementen der Funktionspflege.

5.3. Stichprobenauswahl und Stichprobe

Die Stichprobenauswahl für die Evaluierung des zugrunde liegenden Praxisprojektes entsprach als Gelegenheitsstichprobe einer Nichtzufallsauswahl. Dabei werden verfügbare Personen als UntersuchungsteilnehmerInnen herangezogen.(38) Die Umsetzung als Praxis- und Pilotprojekt ermöglichte es nicht, die Bedingung der Repräsentativität der Stichprobe in Form einer Zufallsauswahl einzuhalten. Dieses Vorgehen begründet sich darüber hinaus in der Vorgabe der in die Untersuchung eingeschlossenen Station durch das Management des Hauses.

Als Einschlusskriterien für die PatientInnen wurden die stationäre Aufnahme auf der Pilotstation, die kognitive Fähigkeit die Fragebögen zu verstehen und die kognitive und verbale Fähigkeit die Fragen beantworten zu können, definiert. Als Einschlusskriterien für die Gruppe der Angehörigen wurde die Zugehörigkeit zu PatientInnen, welche auf der Projektstation stationär aufgenommen waren, festgelegt, sowie ebenfalls die Fähigkeiten die Fragebögen kognitiv zu verstehen und selbständig ausfüllen zu können. Eine weitere Voraussetzung für den Einschluss in die Befragung war der regelmäßige Besuch der PatientInnen.

Die Stichprobe, welche sich aus der Grundgesamtheit von 25 Personen und jeweils einer dazugehörigen Bezugsperson ergab, besteht aus 6 PatientInnen und 15 Angehörigen je Erhebung. Der Einschluss der pflegebedürftigen Person galt nicht als Voraussetzung für die Teilnahme des oder der Angehörigen.

5.4. Intervention

Die Intervention in der vorliegenden Untersuchung bestand in der Implementierung von Primary Nursing auf der Medizinischen Geriatrie einer österreichischen geriatrischen Klinik. Dies sollte in Form eines Pilotprojektes geschehen, welches in weiterer Folge als Basis für die Umstellung weiterer Stationen des Hauses auf diese Pflegeorganisationsform dienen sollte.

Zu Beginn stand eine Stationsanalyse, welche von der Stationsleitung gemeinsam mit dem Pflorgeteam durchgeführt wurde. Dabei wurde der Ist-Zustand der Projektstation in Bezug auf Strukturen (Kommunikation, Hierarchie, Rollenverständnis, Tätigkeitsbereiche, etc.) und Prozesse (Tagesablauf, Aufgabenverteilung, etc.) erhoben.

Die Umstellung auf das Pflegeorganisationskonzept Primary Nursing begann im Sommer 2007 in Form einer Vorlaufphase, welche vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz begleitet wurde. Während dieser Zeit wurde von den MitarbeiterInnen der Pilotstation das nötige Wissen zum Konzept durch das Lesen von Literatur, welche von der wissenschaftlichen Begleitung zur Verfügung gestellt worden war, erworben. Zusätzlich wurden Vorträge zum Thema abgehalten. Ziel war es, Kenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, aber auch anderer Berufsgruppen (vor allem ÄrztInnen, PflegehelferInnen, PhysiotherapeutInnen) zum Konzept des Primary Nursing zu entwickeln, um die Vorteile zu verdeutlichen. Auch sollten Erwartungen, Widerstände und Defizite erkannt werden.

Pflegepersonen, die die Rolle einer Primary Nurse übernehmen sollten, konnten im Rahmen von Gesprächen ihr persönliches Verbesserungspotenzial erkennen. In der Folge hatten sie die Möglichkeit im Rahmen von internen und externen Fortbildungen ihre Kompetenzen zu stärken, etwa im Bereich der Kommunikation, oder im Bereich fachspezifischen Wissens (z.B. Management eines Zentralvenenkatheters). Dies vor allem deshalb, da die Rolle der Primary Nurse Anforderungen stellt, welche nur von qualifizierten und fachkompetenten Pflegepersonen adäquat erfüllt werden können.(49)

Im Jänner 2008 wurde aus dem Pflorgeteam eine Planungsgruppe, bestehend aus je zwei diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und PflegehelferInnen, gewählt. Diese beschäftigten sich mit der Erarbeitung eines detaillierten Konzeptes zur Implementierung entsprechend der stationsspezifischen Gegebenheiten. Die Herausforderung bestand darin, den speziellen Kontext, die spezifischen Anforderungen und die Bedürfnisse der PatientInnen einzubinden.

In den Besprechungen behandelt wurden pflegespezifische Themen, von der Aufnahme der PatientInnen bis zu deren Entlassung oder Tod, und organisatorische Agenden wie Dienstplangestaltung, Teambesprechung oder Informationsweitergabe. Auch die Rolle der Stationsleitung wurde diskutiert, da diese im Rahmen der Umstellung neu zu definieren war. Je nach Bedarf wurden zu diesen Sitzungen auch VertreterInnen anderer Berufsgruppen eingeladen.

5.5. Fragebogenerhebung und Instrumente

Zur Datenerfassung bei PatientInnen und Angehörigen wurden zwei Instrumente zum Einsatz gebracht. Zum einen das IzEP (Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen), zum anderen ein vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz entwickelter Fragebogen, basierend auf der Operationalisierung des Konzeptes der Bezugspflege (Fragebögen siehe Anhang).(50)

Generell ist die Erhebung der PatientInnenzufriedenheit mittels Fragebögen eine gängige Methode im Gesundheitssystem.(35) Allerdings unterscheiden sich geriatrische Einrichtungen von Organisationen der Akutversorgung, weshalb die Erwartungen, aber auch Möglichkeiten der geriatrischen PatientInnen für eine Erhebung zu berücksichtigen sind. Vor allem die Multimorbidität und die daraus folgende Abhängigkeit geriatrischer PatientInnen von fremder Hilfe beeinflussen eventuell die Meinungsbildung.(35)

Da jedoch die Qualität der pflegerischen Leistung im Konzept des Primary Nursing auch von der Beurteilung der PatientInnen beeinflusst wird, beziehungsweise auch von dieser abhängt (59), wurde, unter Berücksichtigung der oben genannten Bedenken, die Entscheidung für eine PatientInnenbefragung gefällt.

Weil die Versorgung von geriatrischen PatientInnen in Langzeiteinrichtungen häufig sehr eng mit deren Angehörigen abgestimmt wird, ist die Befragung beider Gruppen nahe liegend und zu empfehlen.(18) Da vor allem im Bereich der Geriatrie die Integration der Angehörigen von großer Bedeutung ist, ist natürlich auch deren Meinung über die Versorgung und Betreuung der PatientInnen von Interesse.(35) Auch werden Angehörigenbefragungen als Schlüsselinstrumente zur Qualitätsentwicklung gesehen.(60)

Um eine Verzerrung durch sozial erwünschte Antworten möglichst zu vermeiden, wurden die Fragebögen von den PatientInnen und Angehörigen selbst ausgefüllt. Sollten TeilnehmerInnen der vorliegenden Untersuchung aufgrund körperlicher Gebrechlichkeit nicht in der Lage gewesen sein dies selbständig zu tun, wurden sie von ihren Angehörigen unterstützt.

5.5.1. IzEP (Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen)

Das IzEP wurde entwickelt, um den Umsetzungsgrad sowohl von Primary Nursing, als auch anderer Pflegeorganisationskonzepte valide und reliabel zu untersuchen.(61) Dies ist

von Bedeutung, da, wie bereits zu Beginn beschrieben, die Begrifflichkeiten Primary Nursing, Bezugspflege, Primäre Pflege oder ähnliche zum Teil in deren praktischer Anwendung unterschiedlich interpretiert wurden. Um nun die Vergleichbarkeit zwischen Untersuchungen einerseits, und die Aussagekraft der Studien andererseits zu belegen, ist es erforderlich den Grad der zugrunde liegenden Operationalisierung des angewandten Organisationskonzeptes zu überprüfen. Diese Möglichkeit bietet das IzEP für Österreich, Deutschland und die Schweiz.(61)

Eine Überprüfung hinsichtlich der Gütekriterien fand für die Interraterreliabilität des Fragebogens zur Dokumentation, welche für Österreich mittlere Übereinstimmung ergab, und der Test-Retest-Reliabilität des Moduls für Pflegende statt, welche nur für Deutschland getestet wurde. Dort wurde diese jedoch als reliabel eingeschätzt.(61)

Hinsichtlich der Validität wurde die Kriteriumsvalidität durch 3 ExpertInnen überprüft. Es zeigte sich, dass das IzEP zwar die Charakteristika verschiedener Pflegeorganisationssysteme erfasst, jedoch nicht deutlich zwischen Primary Nursing, Funktions- und Bereichspflege unterscheiden kann.(61)

Die psychometrische Überprüfung des Instrumentes ist somit noch nicht umfassend und ausreichend – vor allem für Österreich - durchgeführt, was sich jedoch auch damit erklären lässt, dass das Instrument erst vor wenigen Jahren entwickelt wurde. In Bezug auf die Untersuchung der Reliabilität, welche Ergebnisse für Deutschland ausweist, kann angenommen werden, dass diese ebenfalls für Österreich zutreffen, da die Situation der Pflege eine ähnliche ist. Dennoch ist längerfristig eine Überprüfung aller Gütekriterien auch für Österreich anzustreben.

Das Instrument erfasst nun folgende 5 Aspekte von Pflegeorganisationssystemen:

1. Pflegekonzeption
2. Arbeitsorganisation
3. Pflegeprozess
4. Kommunikation
5. Rollenverständnis(61)

Dazu stehen mehrere Module für folgende Personengruppen bzw. zu folgenden Aspekten zur Verfügung:

1. Stationsleitung
2. Vorgesetzte der Stationsleitung
3. Pflegende
4. PatientInnen
5. ÄrztInnen, Therapeuten
6. externe Stellen
7. Angehörige
8. Pflegedokumentation
9. Dienstplan(61)

Das Modul für PatientInnen besteht aus 22 Items, wobei neben dem Geschlecht und dem Alter, die Aufenthaltsdauer und die Häufigkeit des Aufenthaltes in der Einrichtung erhoben werden. Die übrigen Fragen beziehen sich auf die Aspekte:

- Verantwortung und Kontinuität
- Personenorientierung
- Personelle Kontinuität der Verantwortung
- Personelle Kontinuität der Kommunikation

Außer für die Frage nach der zuständigen Pflegeperson, deren Name eingefügt werden muss, gibt es für alle Fragen vorgegebene Antwortkategorien, von denen jeweils nur eine zur Beantwortung markiert werden soll. Raum für Anmerkungen der TeilnehmerInnen gibt es nicht.

Das Modul für Angehörige setzt sich aus 6 Items zusammen, von denen die ersten beiden das Geschlecht und die Beziehung zu den PatientInnen erheben. Die übrigen Fragen beziehen sich ebenfalls auf die Aspekte:

- Verantwortung und Kontinuität
- Personenorientierung
- Personelle Kontinuität der Verantwortung

- Personelle Kontinuität der Kommunikation

Auch in diesem Fragebogen werden die gewählten Antworten mittels Kreuz markiert. Einzig bei der Frage nach der Beziehung zum Patienten oder zur Patientin besteht die Möglichkeit, neben den vorgegebenen Kategorien, den Status mit eigenen Worten zu beschreiben.

5.5.2. Fragebogen Primary Nursing Patient/in und Angehörige/r

Um die Effekte der Umstellung des Pflegeorganisationssystems auf Primary Nursing zu untersuchen, wurde am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz ein Fragebogen konstruiert. Nach der Festlegung der interessierenden Dimensionen, wurden die Fragen auf der Basis der Operationalisierung des Konzeptes der Bezugspflege (50) und der Kriterien zur Effektivitätsmessung von Primary Nursing (17) formuliert. Als Dimensionen wurden folgende herangezogen:

- Aufgaben der Primary Nurse im direkten PatientInnenkontakt
- Koordinationsaufgaben
- Kommunikationsaufgaben
- Beziehungsaufgaben (17; 47)

Der Fragebogen, der für die Basiserhebung herangezogen wurde, besteht für die PatientInnen, neben der Erhebung des Alters der TeilnehmerInnen, aus 6 Items. Dabei wurden 5 entweder offene oder geschlossene Fragen ohne vorgegebene Antwortkategorien gestellt. Eine Frage zur Einschätzung des Informationsflusses war anhand einer Visuellen Analogskala mit den Polen „sehr schlecht“ bis „sehr gut“ zu beantworten.

Der post-interventionelle Fragebogen für PatientInnen bestand, wiederum neben der Abfrage des Alters, aus 9 Items, da er um Fragen zum Konzept des Primary Nursing ergänzt wurde. Die Fragestellungen der ersten Erhebung wurden darin unverändert beibehalten. Die zusätzlichen Fragen bezogen sich auf die Einschätzung der Pflegeorganisationsform durch die PatientInnen, und waren ebenfalls sowohl offen oder geschlossen, ohne vorgegebene Antwortkategorien formuliert. Am Ende der Fragebögen bestand die Möglichkeit Anmerkungen hinzuzufügen.

Dasselbe Vorgehen wurde für die Fragebögen für Angehörige angewandt. Wiederum wurden auf der Grundlage der Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien, welche für das Konzept der Bezugspflege definiert wurden, dieselben Dimensionen abgefragt, und um die Dimension der „Organisation“ erweitert.(47; 17)

Der Fragebogen, welcher vor der Implementierung von Primary Nursing zum Einsatz gebracht wurde, erhob zu Beginn Angaben zur Person. Die 20 Items gliedern sich in 14 offene Fragen, die mittels einer 4-stufigen Likert-Skala durch Ankreuzen zu beantworten waren. Als Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben: „trifft völlig zu“, „trifft teilweise zu“, „trifft wenig zu“, „trifft nicht zu“. Eine offene Frage ohne vorgegebene Antwortmöglichkeit erhob die Ansprechpersonen, an die sich die Angehörigen bei Fragen wenden. Der Informationsfluss wurde auch in diesem Fragebogen mittels Visueller Analogskala mit den Polen „sehr schlecht“ bis „sehr gut“ eingeschätzt. Am Ende wurden persönliche Anmerkungen der TeilnehmerInnen abgefragt.

Für die Erhebung nach der Einführung von Primary Nursing wurde ein Fragebogen mit 19 Items verwendet. 14 Items erhoben die Einschätzungen der Angehörigen mit einer Likert-Skala mit denselben Abstufungen, wie im ersten Fragebogen. Die Beurteilung des Pflegeorganisationskonzeptes erfolgte durch eine offene Frage ohne Antwortalternativen. Am Ende des Instrumentes gab es wiederum die Möglichkeit Anmerkungen hinzuzufügen. Beide Fragebögen erhoben Alter, Häufigkeit der Besuche und Zeitraum, seit dem diese gemacht wurden.

Da diese Fragebögen zur Evaluierung des Pilotprojektes vor allem Hinweise auf die Auswirkungen geben sollten, fand eine Überprüfung der Gütekriterien nicht statt.

5.6. Ethische Aspekte

Für die vorliegende Untersuchung wurde ein Votum der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz eingeholt, welche positiv entschied.

Die TeilnehmerInnen der Studie wurden mündlich und schriftlich über Inhalt, Zweck, Vorgehen, mögliche Gefahren, Anonymität und Datenschutz und die Möglichkeit, jederzeit die Befragung abbrechen zu können, informiert. Sie bestätigten den Erhalt der Informationen und ihre freiwillige Bereitschaft zur Teilnahme mit einer Unterschrift. Diese Einwilligungsbögen werden getrennt von den Fragebögen aufbewahrt.

5.7. Datenerhebung

Die Basiserhebung fand im Mai 2008 statt, die post-interventionelle Erhebung im Oktober 2008. Diese Zeitpunkte ergaben sich aus praktischen Überlegungen seitens der Station, wobei sich für das optimale Intervall zwischen den beiden Erhebungen in der Literatur keine eindeutigen Angaben finden.(28)

Es wurden PatientInnen und Angehörige von den Pflegenden der Station mündlich und schriftlich über die Studie informiert und um ihre Teilnahme gebeten. wobei die Pflegepersonen dafür eine Schulung erhalten hatten. Sie sollten auch gezielt darauf hinweisen, dass mit der Teilnahme an der Befragung keinerlei Risiken verbunden wären, dass daraus keine Vorteile bzw. aus der Nichtteilnahme keine Nachteile erwachsen. Auch die Anonymität im Umgang mit den erhobenen Daten wurde betont, ebenso wie die Möglichkeit jederzeit aus der Erhebung auszusteigen. Bei Fragen konnten sich PatientInnen und Angehörige entweder an die Pflegenden der Station, oder an das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz wenden.

Nachdem das Einverständnis zur Teilnahme mittels Unterschrift bestätigt worden war, wurden den TeilnehmerInnen die Fragebögen ausgehändigt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden in verschlossenen, unmarkierten Kuverts in einer Box auf der Station gesammelt.

Die Dateneingabe erfolgte am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft.

5.8. Datenauswertung

Die Auswertung der Daten aus dem Fragebogen für PatientInnen und Angehörige erfolgte mittels SPSS (Statistical Package of the Social Sciences) 16.0, das IzEP wurde mit dem zum Fragebogen gehörigen Auswertungsprogramm evaluiert.

Neben der Darstellung der Grundcharakteristika wurden die Fragebögen für Patient/in und Angehörige/r, begründet durch die geringe Datenmenge, ausschließlich deskriptiv ausgewertet. Zur Beschreibung der Stichproben wurden jeweils Minimum, Maximum, Mittelwert, welcher bei kleinen Stichproben zu Verzerrung neigt ergänzt durch den Median, berechnet.

Die offenen Fragen wurden in Anlehnung an die Methode der deskriptiven oder quantitativen Inhaltsanalyse bearbeitet. Diese beschränkt sich auf eine quantitative Zuordnung von Inhalten zu bestimmten Kategorien, und somit auf das Zählen von

Häufigkeiten. Sie stellt eine ex-post Analyse dar, und beginnt in Form der Themenanalyse mit der Festlegung der Kategorien, welche zielgerichtete, selektive Untersuchungseinheiten repräsentieren, die nach unterschiedlichen Gesichtspunkten definiert worden sind. (62)

6. ERGEBNISSE

Nach der Darstellung der Grundcharakteristika der Stichproben und der Auswertung des IzEP, werden die Ergebnisse der Fragebögen dargestellt. Antworten auf Fragen, welche sowohl in der Basis-, als auch in der post-interventionellen Erhebung auf dasselbe Kriterium abzielen, werden einander gegenübergestellt. Weitere Fragen, welche nur in jeweils einer Erhebung gestellt wurden, finden sich danach, dem jeweiligen Erhebungszeitpunkt zugeordnet. Aufgrund der geringen Stichproben wurden auch Ergebnisse aus unvollständig ausgefüllten Fragebögen in die Auswertung einbezogen.

6.1. Darstellung der Stichprobe

6.1.1. PatientInnen

Die BewohnerInnen der Pilotstation setzen sich aus multimorbiden PatientInnen zusammen, die längerfristiger medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Behandlung und/oder Betreuung bedürfen.

Sechs dieser PatientInnen erfüllten die Einschlusskriterien und konnten in die Basiserhebung einbezogen werden. Die Stichprobe zum Zeitpunkt der post-interventionellen Erhebung entsprach nicht exakt jener der vorangegangenen Befragung, da durch die Anwendung derselben Einschlusskriterien zum Teil andere Personen ausgewählt wurden. Dies begründet sich darin, dass die körperliche und geistige Verfassung der PatientInnen der Pilotstation so stark schwankt, dass es in kurzer Zeit zu einer starken Veränderung des Zustandes der Personen beziehungsweise des Belages der Station kommen kann. Dies ergibt in der Folge, unter Anwendung derselben Ein- und Ausschlusskriterien auf die Grundgesamtheit, unterschiedliche Stichproben.

In der folgenden Tabelle wird die Verteilung der Stichproben hinsichtlich des Lebensalters dargestellt:

Tabelle 2: Altersverteilung der PatientInnen zu beiden Erhebungszeitpunkten in Jahren

	Basiserhebung	Post-interventionelle Erhebung
Geringstes – höchstes Lebensalter	79-92 Jahre	80-97 Jahre
Mittelwert Lebensalter	86,5 Jahre	89,7 Jahre
Median Lebensalter	88,5 Jahre	90,5 Jahre

6.1.2. Angehörige

In die Stichprobe der Angehörigen konnten gemäß der Einschlusskriterien 15 Personen zum Zeitpunkt der Basiserhebung aufgenommen werden. 8 Befragte beantworteten die Frage nach ihrem Alter, 7 machten dazu keine Angaben. Nachfolgende Tabelle stellt die Ergebnisse der Erhebung dar:

Tabelle 3: Altersverteilung der Angehörigen zu beiden Erhebungszeitpunkten in Jahren

	Basiserhebung	Post-interventionelle Erhebung
Geringstes – höchstes Lebensalter	45-78 Jahre	47-84 Jahre
Mittelwert Lebensalter	65,6 Jahre	69,6 Jahre
Median Lebensalter	67 Jahre	69 Jahre

Auch in dieser Stichprobe besteht eine stärkere Verschiebung des Alters der TeilnehmerInnen, als es dem Zeitverlauf entsprechen würde, was sich wiederum mit einer veränderten Zusammensetzung des PatientInnengutes, und in der Folge der besuchenden Angehörigen erklären lässt.

Hinsichtlich des Beginns ihrer Besuchstätigkeit gaben 7 Befragte Auskunft. Die Ergebnisse werden in folgender Tabelle dargestellt:

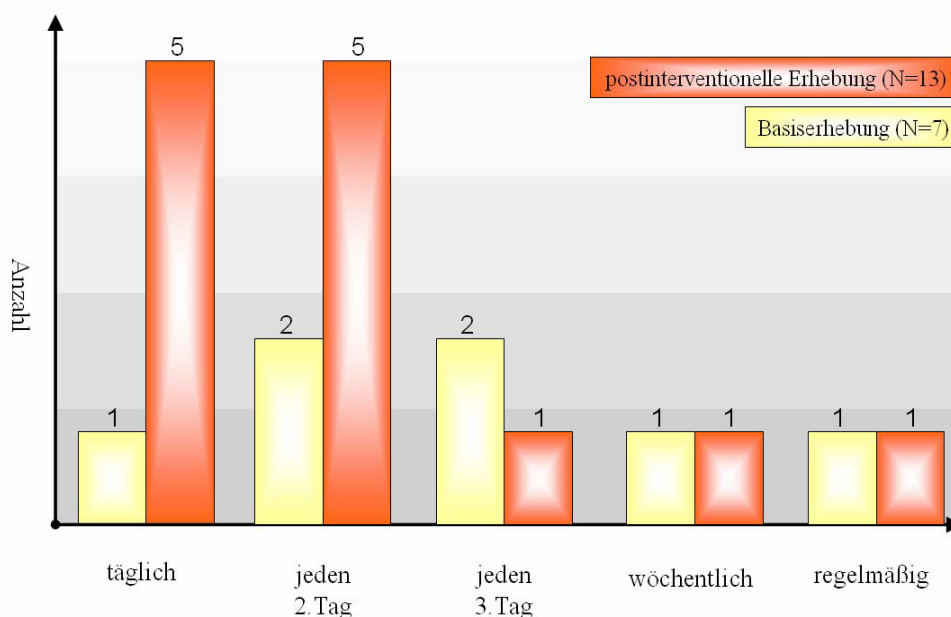
Tabelle 4: Dauer der Besuchstätigkeit der Angehörigen in Monaten

	Basiserhebung	Post-interventionelle Erhebung
Kürzeste – längste Besuchsdauer	2-114 Monate	1-118 Monate
Mittelwert Besuchsdauer	43,4 Monate	41,9 Monate
Median Besuchsdauer	42 Monate	27 Monate

Die Häufigkeit der Besuche verteilten sich zum Zeitpunkt der ersten Erhebung wie folgt: 1 der 7 Personen, welche diese Frage beantworteten, gab an, ihren pflegebedürftigen Angehörigen täglich zu besuchen, je 2 Personen kamen jeden 2. bzw. jeden 3. Tag zu Besuch und eine Person fand sich 1 mal wöchentlich ein. Eine Befragte oder ein Befragter gab an regelmäßig zu Besuch zu kommen, was als Antwort ebenfalls in die Auswertung aufgenommen wurde.

Je 5 der befragten Personen besuchten zur Zeit der post-interventionellen Erhebung ihren Angehörigen oder ihre Angehörige täglich oder jeden 2. Tag, 1 Person kam jeden 3. Tag zu Besuch, 1 Person wöchentlich, und wiederum eine Person gab an ihren Verwandten regelmäßig aufzusuchen.

Abbildung 2: Häufigkeit der Besuche der Angehörigen pro Woche

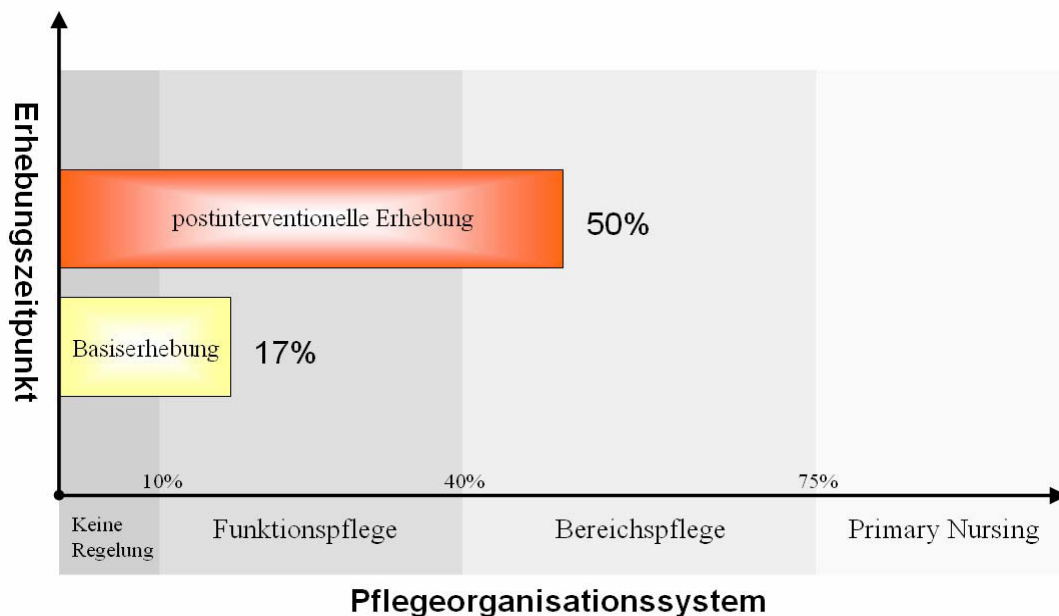


6.2. Erhebungen IzEP Patient und Angehörige/r

Das Gesamtprofil zeigt den Umsetzungsgrad des Pflegeorganisationssystems auf der Basis des Ausmaßes der PatientInnenorientierung und der Kontinuität der Fallzuteilung. Basierend auf der PatientInnen- (N=6) und Angehörigenbefragung (N=4) vor der Implementierung von Primary Nursing ergab dies einen Wert von 17%, was im Bereich einer Funktionspflege liegt, welche mit einem Ergebnis zwischen 10% und 40% definiert worden ist(63).

Nach der Implementierung von Primary Nursing auf der Pilotstation zeigt das Gesamtprofil basierend auf den Fragebögen von PatientInnen (N=6) und Angehörigen (N=6) einen Wert von 50%, was der Pflegeorganisationsform der Bereichspflege entspricht.

Abbildung 3: Gesamteinschätzung des Pflegeorganisationssystems

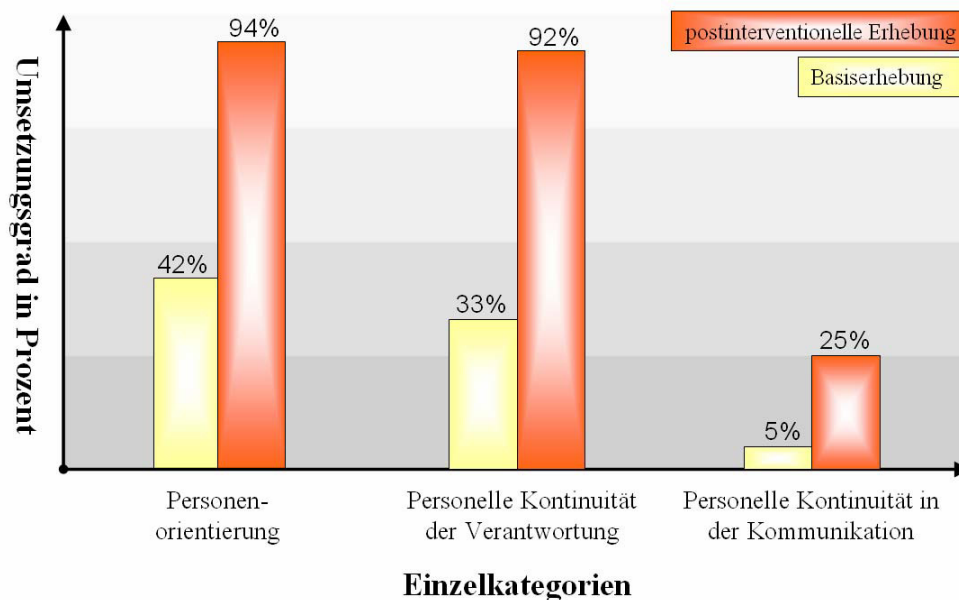


In Bezug auf die Aspekte „Verantwortung und Kontinuität“ und „Personenorientierung“ wird in der Basiserhebung ein Wert von 42% bei der Befragung von PatientInnen (N=6) und Angehörigen (N=4) erreicht, wobei ein Wert von 0% einer fehlenden Regelung entspräche, und ein Ergebnis von 100% einer optimalen Umsetzung von Primary Nursing. Das Ergebnis in der Kategorie „Personelle Kontinuität der Verantwortung“ zeigte einen

Wert von 33%, in der Kategorie „Personelle Kontinuität in der Kommunikation“ einen Wert von 5%.

In den Kategorien „Verantwortung und Kontinuität“ und „Personenorientierung“ ergab die post-interventionelle Befragung der PatientInnen (N=6) und Angehörigen (N=6) den Wert 94%, für die „Personelle Kontinuität der Verantwortung“ 92% und für die „Personelle Kontinuität der Kommunikation“ 25%. Ein Ergebnis von 0% entspräche dabei einer fehlenden Regelung, ein Ergebnis von 100% der optimalen Umsetzung von Primary Nursing.

Abbildung 4: Einschätzung der Einzelkategorien



6.3. Ergebnisse der PatientInnenbefragung

Die folgende Darstellung der Ergebnisse erfolgt entsprechend der Fragestellung in den Fragebögen. Die Ergebnisse von Fragen, welche in beiden Erhebungen gestellt wurden, werden einander gegenübergestellt. Die Antworten auf Fragen, welche nur in einer der beiden Erhebungen gestellt worden sind, werden im Anschluss unter Zuordnung zum jeweiligen Befragungszeitpunkt dargestellt. Auch sind an dieser Stelle nur die bereits

ausgewerteten Aussagen der befragten Personen dargestellt. Die ursprünglichen Antworten auf die Fragen finden sich im Anhang.

6.3.1. Gegenüberstellung der Fragen aus Basiserhebung und post-interventioneller Erhebung: Fragebogen Primary Nursing Patient/in

„Was glauben Sie, sind die Hauptaufgaben der Pflegepersonen hier auf der Station?“

Die Antworten wurden, auf der Basis der deskriptiven Inhaltsanalyse, zu Kategorien gruppiert, welche sich für diese Fragestellung auf die Einflusskriterien für PatientInnenzufriedenheit von Bowers gründen(20). Hinsichtlich der Kategorie „Serviceleistung“ wurde eine weitere Unterteilung in Grund- und Behandlungspflege vorgenommen. Antworten, die keiner der definierten Kategorie zugeordnet werden konnten, oder deren Bedeutung unklar blieb, wurden der Kategorie „unbestimmt“ zugeordnet.

Die folgenden Tabellen zeigen die Zuordnung:

Tabelle 5: Basiserhebung – Hauptaufgaben der Pflegepersonen

Kategorie	Aussagen	Anzahl
Serviceleistung Grundpflege	Anziehen helfen, Waschen, Frühstück herrichten, sauber halten – Inkontinenzpflege, Essen eingeben, beim Waschen helfen, pflegen, Frühstück austeilen – eingeben	8
Serviceleistung Behandlungspflege	Medikamente eingeben	1
Beziehungsleistung	für Patienten da sein	1
Wohlbefinden	nachschauen, ob alles in Ordnung ist, schauen, dass Patienten gut liegen	2
unbestimmt	fleißig sein, allerlei Tätigkeiten, kann man nicht genau sagen	3

Tabelle 6: Postinterventionelle Erhebung - Hauptaufgaben der Pflegepersonen

Kategorie	Aussagen	Anzahl
Serviceleistung Grundpflege	„baden und waschen, anziehen“; „Essen eingeben“	3
Serviceleistung Behandlungspflege	„Verbinden (Fuß)“	1
Beziehungsleistung	„Betreuung des Patienten“; „Gespräche mit mir führen“	2
Wohlbefinden	„schauen, dass alles klappt“; „Fernseher einschalten“	2
unbestimmt	„ganze Pflege“; „Krankenpflege“	2

Als Kategorien für die folgenden Fragen wurden festgelegt:

„positiv“: bejahende Antwort

„negativ“: verneinende Antwort

„unbestimmt“: weder bejahend, noch verneinend oder
die Bedeutung der Antwort ist unklar

Die Zuordnung der Antworten zu den oben genannten Kategorien und die quantitative Auswertung finden sich in der jeweils angeschlossenen Tabelle.

„Empfinden Sie, dass sie genug in Entscheidungen, die ihre Versorgung betreffen, einbezogen werden?“ (N=6)

Tabelle 7: Basiserhebung – Einbezug in Entscheidungen

Kategorie	Aussagen	Anzahl
positiv		0
negativ	„nein, nicht einbezogen, passt aber so wie es ist“; „nein“; „nicht einbezogen, passt aber so wie es ist“; „eher nicht miteinbezogen“; „nein, nicht miteinbezogen“	5
unbestimmt	„einmal so und einmal so, je nachdem wer da ist“	1

Tabelle 8: Post-interventionelle Erhebung - Einbezug in Entscheidungen

Kategorie	Aussagen	Anzahl
positiv	„wird in Entscheidung einbezogen“; „ja“; „ja, werde ich miteinbezogen“; „ja ich werde gefragt“; „ja“; „ja“	6
negativ		0
unbestimmt		0

„Haben Sie den Eindruck, dass sich die Pflegepersonen bemühen, sich genügend Zeit für Sie zu nehmen?“ (N=6)

Tabelle 9: Basiserhebung – Zeit für PatientInnen

Kategorie	Aussagen	Anzahl
positiv	„ja, nehmen sich genug Zeit“; „ja, hören mir zu, wenn ich Probleme habe“; „ja, sie tun, was sie tun können, im Allgemeinen sind alle lieb“; „ja, genügend Zeit“	4
negativ	„sind immer im Stress, viel Zeit haben sie nicht“; „zu wenig Zeit“	2
unbestimmt		0

Tabelle 10: Post-interventionelle Erhebung - Zeit für PatientInnen

Kategorie	Aussagen	Anzahl
positiv	„ja“; „ja“; „ja, Claudia nimmt sich viel Zeit“; „ja“; „ja“	5
negativ		0
unbestimmt	„ja, manchmal“	1

„Haben Sie den Eindruck, dass die verschiedenen Berufsgruppen (ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegepersonen) gut zusammenarbeiten?“ (N=6)

Tabelle 11: Basiserhebung – Zusammenarbeit der Berufsgruppen

Kategorie	Aussagen	Anzahl
positiv	„ja, arbeiten gut zusammen“; „glaube schon, merke keine Unstimmigkeiten“; „ja, arbeiten gut zusammen“; „ja, gehört sich doch“	4
negativ		0
unbestimmt	„keine Ahnung, Ärzte, Therapeuten sieht man wenig“; „weiß ich nicht“	2

Tabelle 12: Post-interventionelle Erhebung - Zusammenarbeit der Berufsgruppen

Kategorie	Aussagen	Anzahl
positiv	„ja arbeiten gut zusammen - ich bin zufrieden“; „ja“	2
negativ	„Therapeut arbeitet nicht gut mit Pflege zusammen (hat schon 3 Termine nicht wahr gemacht)“	1
unbestimmt	„kann sie nicht beurteilen“; „weiß ich nicht“; „weiß ich nicht“	3

„Kommt es vor, dass Sie von verschiedenen Pflege- und Betreuungspersonen widersprüchliche Informationen erhalten?“ (N=6)

Tabelle 13: Basiserhebung – Erhalt widersprüchlicher Informationen

Kategorie	Aussagen	Anzahl
positiv		0
negativ	„nein, keine widersprüchlichen Informationen“; „stimmt alles zusammen“; „nein, eigentlich nicht“; „eher kaum“; „kann mich nicht erinnern“	5
unbestimmt	„weiß ich nicht“	1

Tabelle 14: Post-interventionelle Erhebung - Erhalt widersprüchlicher Informationen

Kategorie	Aussagen	Anzahl
positiv	„kommt manchmal vor“	1
negativ	„kommt nicht vor“; „ist noch nicht vorgekommen“; „nein kommt nicht vor“; „nein“	4
unbestimmt	„weiß nicht“	1

6.3.2. Einzelfrage der Basiserhebung: Fragebogen Primary Nursing Patient Patient/in

„Wie schätzen Sie den Informationsfluss zwischen Ihnen und den Pflegepersonen prinzipiell ein?“

Eine Visuelle Analogskala mit einer Spannweite von 0cm (=sehr schlecht) bis 11cm (=sehr gut), diente zur Einschätzung des Informationsflusses. Die Angaben der PatientInnen reichten von 4,9cm bis 11cm. Der Mittelwert beträgt 7,87cm, der Median liegt bei 8,4cm.

6.3.3. Einzelfragen der post-interventionellen Erhebung: Fragebogen Primary Nursing Patient Patient/in

Die Einzelfragen der post-interventionellen Erhebung beziehen sich auf das Pflegeorganisationskonzept Primary Nursing.

„Haben Sie an jedem Tag, an dem Ihre Pflege- und Ansprechperson arbeitet, mindestens einen kurzen Kontakt zu ihr?“ (N=6):

Tabelle 15: Post-interventionelle Erhebung – Kontakt zu Ansprechperson

Kategorie	Aussagen	Anzahl
positiv	„ja, hat täglich Kontakt“; „kommt öfters an Tagen wo sie Dienst hat zu mir“; „ja“; „ja öfter“; „ja“; „ja“	6
negativ		0
unbestimmt		0

„Informiert Sie Ihre Pflege- und Ansprechperson darüber, wenn sie mehrere Tage abwesend ist und wer dann für Sie zuständig ist?“ (N=6):

Diese Frage wurde für die Auswertung geteilt, und die Antworten entsprechend zugeordnet. Zum einen erfolgt die Auswertung der Kenntnis der Abwesenheit, zum anderen der Kenntnis der Zuständigkeit.

a.) *Informiert Sie Ihre Pflege- und Ansprechperson darüber, wenn sie mehrere Tage abwesend ist?*

Tabelle 16: Post-interventionelle Erhebung – Information über Abwesenheit der Ansprechperson

Kategorie	Aussagen	Anzahl
positiv	„ja“; „ja, ich werde darüber informiert“; „ja, sagt sie mir“; „ja, sagt sie mir“; „ja, sagt sie mir“	5
negativ		0
unbestimmt	„kann ich nicht beurteilen“	1

b.) *Informiert Sie Ihre Pflege- und Ansprechperson darüber, wer dann für Sie zuständig ist?*

Tabelle 17: Post-interventionelle Erhebung – Information über Zuständigkeiten

Kategorie	Aussagen	Anzahl
positiv	„ja, sagt mir, wer zuständig ist“; „ja, ich werde darüber informiert“	2
negativ	„...ich weiß aber nicht immer wer für mich zuständig ist, wenn sie nicht da ist“; „...nicht wer dann für mich zuständig ist“; „...weiß aber nicht wer dann für mich zuständig ist“	3
unbestimmt	„kann ich nicht beurteilen“	1

„Finden Sie, dass Primary Nursing/Primäre Pflege ein sinnvolles Konzept zur Betreuung von PatientInnen ist?“ (N=6):

Tabelle 18: Post-interventionelle Erhebung – Einschätzung von Primary Nursing als sinnvolles Konzept

Kategorie	Aussagen	Anzahl
positiv	„ja“, „ja“, „ja“	3
negativ	„nicht so sinnvoll“	1
unbestimmt	„schwer beurteilbar“; „nicht viel Unterschied“; „kann ich nicht beurteilen“	3

„Warum finden Sie diese Art der Betreuung sinnvoll/nicht sinnvoll?“ (N=6):

Tabelle 19: Post-interventionelle Erhebung – Gründe für die Einschätzung

Kategorie	Aussagen	Anzahl
positiv	„sinnvoll, da man weiß an wen man sich wenden kann bei Fragen, Problemen...“	1
negativ	„besser, wenn jeder um mich bemüht ist und ich zu allen gleich viel Kontakt habe“	1
unbestimmt	„nicht viel Unterschied“; „gefällt mir beides (vorher und jetzt)“; „kann ich nicht sagen; jeder hat mich gerne“	4

6.4. Ergebnisse der Angehörigenbefragung

Auch die Ergebnisse aus beiden Erhebungen der Angehörigenbefragung werden, sofern das jeweils selbe Struktur- oder Ergebniskriterium (17;47) den Fragen zugrunde liegt, einander gegenübergestellt. Weitere Fragen, welche entweder in der Basis- oder der post-interventionellen Erhebung gestellt wurden, finden sich im Anschluss.

Obwohl nicht alle in die Untersuchung eingeschlossenen Angehörigen den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, wurden alle Antworten in die Auswertung einbezogen. Dies begründet sich in der bereits geringen Stichprobe, und dem Ziel, dennoch einen möglichst guten Überblick über die Haltung der Angehörigen zur Umstellung des Pflegeorganisationskonzeptes auf der Projektstation zu erhalten.

6.4.1. Gegenüberstellung der Fragen aus Basiserhebung und post-interventioneller Erhebung: Fragebogen Primary Nursing Angehörige/r

Kriterium: Einbezug der Angehörigen

Basiserhebung: „Ich werde ausreichend in Entscheidungen, die die Behandlung und Versorgung meines Angehörigen betreffen einbezogen.“

Dieser Frage wurde von 10 Personen völlig zugestimmt, von 3 Angehörigen teilweise, jeweils ein Antwortender gab an wenig bzw. nicht ausreichend in die Entscheidungen, die die Behandlung und Versorgung ihres oder ihrer Angehörigen betreffen, einbezogen zu sein. (N=15)

Post-interventionelle Erhebung: „**Ich werde ausreichend in Entscheidungen, die die Versorgung meines Angehörigen betreffen miteinbezogen.**“

Dieser Aussage stimmten nach der Implementierung des Pflegeorganisationskonzeptes Primary Nursing 12 Personen völlig zu, 2 Personen teilweise und 1 Person wenig. (N=15)

Basiserhebung „**Die Pflegepersonen sind bemüht, meine Fragen zu beantworten**“

12 Angehörige befanden, dass die Pflegepersonen bemüht sind, ihre Fragen zu beantworten, 3 Personen stimmten dieser Aussage teilweise zu. Die Antwortmöglichkeiten „trifft wenig zu“ und „trifft nicht zu“ wurden nicht angekreuzt. (N=15)

Post-interventionelle Erhebung: „**Die Pflegepersonen sind bemüht, meine Fragen zu beantworten.**“

Alle befragten Angehörigen stimmten dieser Aussage völlig zu. (N=15)

Basiserhebung „**Die Pflegepersonen nehmen sich genügend Zeit für mich und meine Anliegen**“

12 der Befragten sind völlig zufrieden hinsichtlich des zeitlichen Aufwandes, den Pflegepersonen für sie und ihre Anliegen aufwenden, 3 Angehörige äußern sich teilweise zufrieden. Wenig und nicht zufrieden ist keine der Personen. (N=15)

Post-interventionelle Erhebung: „**Die Pflegepersonen nehmen sich genügend Zeit für mich und meine Anliegen.**“

13 Angehörige haben den Eindruck, dass die Pflegenden genügend Zeit für sie und ihre Anliegen aufbringen, 2 stimmen dieser Aussage teilweise zu. (N=15)

Kriterium: Informationsstand

Basiserhebung „**Ich habe den Eindruck, ausreichend darüber informiert zu werden, was die Behandlung, Versorgung und den Zustand meiner/s Angehörigen hier auf der Station betrifft.**“

Dieser Aussage stimmten 9 Befragte völlig zu, 3 teilweise, 2 wenig und 1 Person gab an, dass sie diesen Eindruck nicht hätte ausreichend informiert zu werden. (N=15)

Post-interventionelle Erhebung: „**Ich habe den Eindruck, ausreichend darüber informiert zu werden, was die Behandlung meines Angehörigen hier auf der Station betrifft.**“

12 Befragte sehen sich völlig ausreichend informiert, 2 Befragte schätzen ihren Informationsstand als teilweise ausreichend ein. Eine befragte Person sieht sich nur wenig ausreichend informiert. (N=15)

Basiserhebung **„Es kommt vor, dass ich diesbezüglich von verschiedenen Pflege- und Betreuungspersonen widersprüchliche Informationen erhalte“**

Sowohl über Behandlung und Versorgung, als auch hinsichtlich des Zustandes ihres oder ihrer Angehörigen erhalten 13 Personen keine, 2 Personen kaum widersprüchliche Informationen. (N=15)

Post-interventionelle Erhebung: **„Es kommt vor, dass ich von verschiedenen Berufsgruppen widersprüchliche Informationen erhalte.“**

Widersprüchliche Informationen erhält eine Person teilweise, eine weitere Person selten und 11 Personen gar nicht. 1 Person ließ diese Frage offen. (N=15)

Basiserhebung: **„Auf der Station werden mir die Möglichkeiten geboten, mich über Behandlungs- und Versorgungsbezogene Themen zu informieren.“**

Mit 12 Personen sieht die überwiegende Mehrheit der Befragten die Möglichkeit völlig gegeben, sich über Behandlungs- und Versorgungsbezogenen Themen zu informieren. Je eine Person schätzt diese Aussage als teilweise zutreffend, wenig zutreffend bzw. nicht zutreffend ein. (N=15)

Post-interventionelle Erhebung: **„Auf der Station werden mir Möglichkeiten geboten, mich über krankheitsbezogene Themen zu informieren.“**

Die Möglichkeit sich über krankheitsbezogene Themen auf der Station zu informieren bestätigen 10 Angehörige völlig, je eine Person teilweise und wenig. (N=15)

Kriterium: Bessere inter- und intradisziplinäre Zusammenarbeit

Basiserhebung **„Ich habe den Eindruck, dass die verschiedenen Berufsgruppen (ÄrztInnen, Pflegepersonen, TherapeutInnen) gut zusammenarbeiten.“**

Die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen beurteilte die überwiegende Mehrheit der Befragten (11 Personen) mit völlig gut, 4 Angehörige sahen die Kooperation teilweise gut. Schlechtere Einschätzungen gab es nicht. (N=15)

Post-interventionelle Erhebung: **„Ich habe den Eindruck, dass die verschiedenen Berufsgruppen (ÄrztInnen, Pflegepersonen, TherapeutInnen) gut zusammenarbeiten.“**

13 Angehörige schätzen die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen als gut ein, 2 Befragte machten zu dieser Aussage keine Angaben. (N=15)

Basiserhebung: „**Innerhalb des Pflorgeteams besteht ein gutes Arbeitsklima.**“

Das Arbeitsklima innerhalb des Pflorgeteams wird von den Angehörigen größtenteils als gut beurteilt. 12 Befragte stimmten dieser Aussage völlig zu, 2 Personen teilweise. In einem Befragungsbogen wurde diese Frage offen gelassen. (N=15)

Post-interventionelle Erhebung: „**Zwischen den Pflegepersonen besteht ein vertrauensvolles Verhältnis.**“

12 Angehörige sehen das Verhältnis zwischen den Pflegepersonen vertrauensvoll, 1 Person als teilweise vertrauensvoll. 2 Personen beantworteten diese Frage nicht. (N=15)

Basiserhebung: „**Die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen ist durch Verständnis und gegenseitigen Respekt geprägt.**“

Dieser Aussage stimmten 12 der Befragten völlig zu, 1 Person stimmte teilweise zu. Wenig oder nicht zutreffend schätze keiner der Angehörigen das Verständnis und den gegenseitigen Respekt in der Zusammenarbeit ein, 2 Personen ließen diese Frage offen. (N=15)

Post-interventionelle Erhebung: „**Die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen ist durch Verständnis und gegenseitigen Respekt geprägt.**“

14 befragte Angehörige stimmten dieser Aussage völlig zu, 1 Person machte dazu keine Angabe. (N=15)

Kriterium: Inter- und intradisziplinäre Koordination

Basiserhebung: „**Die Arbeitsabläufe auf der Station wirken unstrukturiert/unkoordiniert.**“

Die Arbeitsabläufe der Station wirken auf 11 Angehörige völlig strukturiert und koordiniert, auf 4 Personen überwiegend. Wenig oder nicht strukturiert und koordiniert beurteilt keiner der Befragten die organisatorischen Belange. (N=15)

Post-interventionelle Erhebung: „**Die Arbeitsabläufe wirken unkoordiniert.**“

11 Angehörige schätzen die Arbeitsabläufe als koordiniert ein, je eine befragte Person sah die Prozesse wenig beziehungsweise teilweise unkoordiniert. (N=15)

Kriterium: Beziehungsaufgaben

Basiserhebung: „**Ich bin darüber informiert, an wen ich mich wenden kann, wenn ich Fragen zum Zustand, zur Behandlung und/oder Versorgung meiner/s Angehörigen oder diesbezügliche Probleme habe.**“

14 Personen fühlen sich über Ansprechpersonen, an die sie sich wenden, wenn sie Fragen zum Zustand, zur Behandlung und/oder Versorgung ihrer Angehörigen haben völlig informiert, 1 Person fühlt sich teilweise informiert. (N=15)

Post-interventionelle Erhebung: „**Ich wurde darüber informiert, an wen ich mich wenden kann, wenn ich Beschwerden habe.**“

Alle Angehörigen wurden darüber informiert, an wen sie sich bei Beschwerden wenden können. (N=15)

Basiserhebung: „**Ich habe das Gefühl, die Pflegepersonen nehmen Fragen, Anliegen oder Probleme meinerseits ernst und sind bemüht Lösungsmöglichkeiten zu finden.**“

14 der befragten Angehörigen fühlen sich mit ihren Fragen, Anliegen und Problemen vom Pflegepersonal völlig ernst genommen, 1 Person teilweise. (N=15)

Post-interventionelle Erhebung: „**Ich habe das Gefühl, die Pflegepersonen nehmen Beschwerden meinerseits ernst und sind bemüht Lösungsmöglichkeiten zu finden.**“

Alle Angehörigen fühlen sich bei Beschwerden ernst genommen und bestätigen das Bemühen der Pflegepersonen um Lösungsmöglichkeiten. (N=15)

Basiserhebung: „**Zwischen mir und den Pflegepersonen besteht ein vertrauensvolles Verhältnis.**“

12 Befragte schätzen ihr Verhältnis mit dem Pflegepersonal als völlig vertrauensvoll ein, 3 Angehörige als teilweise vertrauensvoll. (N=15)

Post-interventionelle Erhebung: „**Zwischen mir und den Pflegepersonen besteht ein vertrauensvolles Verhältnis.**“

14 Befragte sehen ihr Verhältnis zu den Pflegepersonen als völlig vertrauensvoll, 1 befragte Person schätzt es als teilweise vertrauensvoll ein. (N=15)

Kriterium: Angehörigenzufriedenheit

Basiserhebung: „**Alles in allem, bin ich mit der Betreuung meiner/meines Angehörigen hier auf der Station sehr zufrieden.**“

Alle teilnehmenden Angehörigen stimmten mit dieser Aussage völlig überein und erklärten sich mit der Betreuung alles in allem als sehr zufrieden. (N=15)

Post-interventionelle Erhebung: „**Alles in allem, bin ich mit der Betreuung meines Angehörigen hier auf der Station sehr zufrieden.**“

Mit 14 Angehörigen stimmte dieser Aussage die überwiegende Mehrheit der Befragten zu, 1 Person ist mit der Betreuung teilweise zufrieden. (N=15)

6.4.2. Einzelfragen der Basiserhebung: Fragebogen Primary Nursing Angehörige/r

„An wen wenden Sie sich, wenn sie Fragen, Anliegen oder Probleme zur Versorgung Ihrer/s Angehörigen haben?“

Diese Frage war im Freitext zu beantworten, wobei sich folgende Verteilung ergab: 6 Personen gaben an, sich an den Arzt oder die Ärztin zu wenden, 7 Angehörige wenden sich an eine Pflegeperson und 4 Befragte wenden sich an die Stationschwester. (N=15)

Tabelle 20: Basiserhebung – Ansprechpersonen für Angehörige

Ansprechperson	Anzahl der Nennungen
Arzt	6
Pflegeperson	7
Stationsschwester	4

„Wie schätzen Sie den Informationsfluss zwischen Ihnen und den Pflegepersonen prinzipiell ein? (Angaben in cm)“

Auf einer Visuellen Analogskala (Spannweite 0-11cm) wurden von den Befragten Werte zwischen 5,6 und 11 angekreuzt, um den Informationsfluss zwischen Angehörigen und Pflegepersonal einzuschätzen. Der Wert 0 entsprach dabei dem schlechtest möglichen Informationsfluss, der Wert 11 dem besten. Die durchschnittliche Angabe beträgt 9,633, wobei nur 9 Befragte eine Einschätzung abgaben, 6 Personen ließen diese Frage offen. (N=15)

„Anmerkungen“

Drei Angehörige nutzten die Möglichkeit Anmerkungen zu machen, welche an dieser Stelle aufgelistet werden sollen:

- „Im Wesentlichen ist die Betreuung der Patienten im körperlichen Sinn gut, an der seelischen Betreuung mangelt es, was eine Frage der Zeit ist“
- „Die Pflege ist in Ordnung, wenn dies nicht mehr ist, stelle ich Fragen“
- „Herzlichen Dank“

6.4.3. Einzelfragen der post-interventionellen Erhebung: Fragebogen Primary Nursing Angehörige/r

„Finden sie die Betreuung durch Bezugskrankenpflege/Primary Nursing sinnvoll?“

8 Personen sehen Bezugspflege/Primary Nursing als sinnvolles Konzept, 1 Person äußert sich abwartend. (N=15)

„Warum finden Sie diese Art der Betreuung sinnvoll/nicht sinnvoll?“

Diese Frage war im Freitext zu beantworten, wobei sich von 7 der 15 Befragten folgende Aussagen je einmal ergaben (N=15):

- wegen der Ansprechperson
- Da dadurch das Verhältnis mit dem Pflegepersonal intensiver ist.
- keine Angabe
- ja, da sie immer kommt, wenn man was braucht
- Kontinuität, Informationsfluss
- nicht sinnvoll, da die betreuende Person ja nicht immer anwesend ist
- besserer Kontakt des Personals zu den Pflegepersonen

„Anmerkungen“

Eine Person nutzte die Rubrik „Anmerkungen“, um noch folgende Aussage zu treffen:

- „Die Kommunikation könnte besser funktionieren.“

7. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Schlussfolgerungen sind unter dem Gesichtspunkt zu betrachten, dass eine deutliche Tendenz in Richtung Primary Nursing zum Zeitpunkt der post-interventionellen Erhebung

sichtbar ist. Jedoch ist die vollständige Umstellung von einer Funktionspflege auf Primary Nursing noch nicht umfassend vollzogen worden.

- Eine eindeutige Tendenz in den Aussagen der PatientInnen lässt sich in Richtung eines vermehrten Einbeziehens in Entscheidungen ablesen, wobei die PatientInnen den Eindruck hatten, dass Pflegepersonen nach der Implementierung von Primary Nursing mehr Zeit für sie hätten, und den Pflegebedürftigen größtenteils die oder der für sie zuständige Pflegenden bekannt war.
- Auch seitens der Angehörigen zeigte sich eine eindeutige Tendenz in Richtung vermehrtem Einbezug in Entscheidungen.
- Sowohl in den Bereichen Verantwortung und Kontinuität (Personenorientierung, Aufgaben-/Fallzuteilung, Personelle Kontinuität der Verantwortung), als auch im Bereich Kommunikation (Personelle Kontinuität der Kommunikation) zeigt das IzEP starke Verbesserungen. In den Fragen zur Kooperation zwischen Pflegenden und Angehörigen ergab die post-interventionelle Erhebung eine Verbesserung.
- Eine leichte Verschiebung in der Einschätzung von Pflege als Serviceleistung (vor allem der Grundpflege) in Richtung Beziehungsleistung seitens der PatientInnen ist erkennbar.

8. DISKUSSION

Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt in Bezug zu den einzelnen Forschungsfragen.

8.1. Forschungsfrage 1:

Welche Veränderungen bringt die Einführung von Primary Nursing auf einer geriatrischen Station aus der Sicht von PatientInnen und deren Angehörigen?

Ein Kriterium für Qualität ist das Ausmass der Erfüllung der KundInnenwünsche (64) PatientInnenorientierung, im Sinne von Erkennen und Erfüllen der KlientInnenwünsche, ist ein zentrales Element im Qualitätsmanagement.(64) Sowohl PatientInnen, als auch Angehörige wünschen sich in Entscheidungsprozesse hinsichtlich der Versorgung der Pflegebedürftigen einbezogen zu werden (65 ;27). Auch die gesetzlichen Grundlagen belassen die Entscheidungshoheit bei den PatientInnen, beziehungsweise gegebenenfalls

bei deren Vertretern, wodurch die Pflegenden verpflichtet sind, im Rahmen des Pflegeprozesses dies zu berücksichtigen.(4)

Die herausragendste Veränderung im vorliegenden Projekt zur Implementierung von Primary Nursing, liegt nun auch in der vermehrten Einbeziehung der PatientInnen und Angehörigen in Entscheidungsfindungen. Vor allem die Gruppe der PatientInnen zeigt eine deutliche Verbesserung in diesem Bereich.

Beachtlich ist dies, da spezielle geriatrische KlientInnen in der Kommunikation einige spezifische Charakteristika aufweisen. So akzeptieren ältere PatientInnen eher die Autorität der ProfessionistInnen im Gesundheitsbereich und äußern ihre Wünsche nicht aktiv.(65) Es ist also Aufgabe der Pflegenden die PatientInnen zu motivieren an der Entscheidungsfindung teilzunehmen.(66)

Auch Manthey weist gezielt auf das Bedürfnis der PatientInnen nach Information hin, und fordert, dass Pflegende dieser Aufgabe aktiv nachgehen. Der Einbeziehung der KlientInnen wird im Element „Kommunikation“ des Konzeptes Primary Nursing große Bedeutung beigemessen.(7) Sie ist eine zentrale Forderung, auf welche besonderes Augenmerk zu legen ist, weshalb diese Veränderung in diesem Projekt direkt auf die Implementierung von Primary Nursing zurückgeführt wird.

Da dieser Umstand auch eine verbesserte Befriedigung der Bedürfnisse der PatientInnen und Angehörigen darstellt, entspricht dies, ebenso wie eine Steigerung der PatientInnen- und Angehörigenzufriedenheit (siehe Forschungsfrage 4) auch einer Verbesserung der Qualität der Versorgungsleistung.

Weitere Veränderungen aus Sicht der PatientInnen und Angehörigen lassen sich aus diesem Projekt nicht eindeutig ableiten, da die Unterschiede in den Antworten zwischen den beiden Untersuchungen zu gering sind, um Zufallsschwankungen auszuschließen.

8.2. Forschungsfrage 2:

Sehen PatientInnen und Angehörige Primary Nursing als ein sinnvolles Konzept zur Pflege und Betreuung von PatientInnen im geriatrischen Bereich?

Diese Frage lässt sich aus Sicht der PatientInnen in dieser Untersuchung nicht eindeutig beantworten. Sehen die einen Primary Nursing aufgrund der eindeutig identifizierten Ansprechperson als sinnvolles Konzept, schätzen andere den Kontakt zu verschiedenen

Pflegepersonen, die sich gleichwertig um die Bedürfnisse des einzelnen oder der einzelnen kümmern. Der überwiegende Anteil der TeilnehmerInnen erkennt allerdings zwischen den Organisationsformen keinen Unterschied. Dies erstaunt, da alle befragten KlientInnen in der Lage waren, die für sie verantwortliche Primary Nurse namentlich zu nennen. Das Ergebnis des Projektes entspricht somit jenem einer finnischen Untersuchung, in der die PatientInnen ebenfalls keine größeren Veränderungen durch die Implementierung von Primary Nursing feststellen konnten.(53)

Es kann jedoch angenommen werden, dass die abstrakten Elemente des Konzeptes den PatientInnen und Angehörigen wenig deutlich werden (30). Auch zeigte Laakso bereits, dass Veränderungen in der Versorgung von beiden Gruppen eher einer Veränderung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen zugeschrieben wurden, denn einer organisatorischen Umstellung (53). Die vermehrte PatientInnenzentrierung wird nicht in Zusammenhang mit der Umstellung des Pflegeorganisationskonzeptes gebracht.

Auch kann der enge Kontakt zwischen einer einzelnen Pflegeperson und dem Patienten oder der Patientin über eine längere Zeit einerseits zu Belastungen führen (67; 29). Andererseits ermöglicht dieser eine sehr genaue Kenntnis des oder der zu Pflegenden, was unter anderem zu mehr Individualität in der Versorgung führen kann (29; 53). In jedem Fall fördert Primary Nursing die Pflegebeziehung zwischen PatientInnen und Angehörigen und der Primary Nurse.

Ob Primary Nursing also von den PatientInnen als sinnvolles Konzept eingeschätzt wird, lässt sich aus der vorliegenden Befragung nicht eindeutig ableiten. Dies vor allem deshalb, weil PatientInnen nur geringe Unterschiede zum zuvor praktizierten Pflegeorganisationskonzept erkennen konnten.

Angehörige sehen das Pflegeorganisationskonzept Primary Nursing eindeutig positiv. Sie schätzen die Person der Primary Nurse als Ansprechperson, welche in allen Bereichen genau über den Pflegebedürftigen oder die Pflegebedürftige bescheid weiß. Da Angehörige häufig Schwierigkeiten haben, eine vertrauensvolle Beziehung zum Pflegepersonal aufzubauen (27), stellt die klare Rollendefinition diesbezüglich eine Vereinfachung dar. Entgegen anderer Untersuchungen (29), stellten Angehörige in dieser Befragung eine Intensivierung ihres Verhältnisses zu den Pflegepersonen beziehungsweise einen besseren Kontakt zu diesen fest.

8.3. Forschungsfrage 3:

Worin sehen PatientInnen und Angehörige den Vorteil und Nutzen der Implementierung und Anwendung des Pflegeorganisationskonzeptes Primary Nursing im geriatrischen Bereich?

Als Vorteil des Pflegeorganisationskonzeptes Primary Nursing sehen sowohl die PatientInnen, als auch die Angehörigen die klar definierte Ansprechperson. Beiden Gruppen sind die Zuständigkeiten bekannt, was sich auch darin zeigt, dass der tägliche Kontakt zur jeweiligen Primary Nurse angegeben wird. In der Folge haben die PatientInnen und Angehörigen den Eindruck, dass die Pflegenden mehr Zeit für direkten Kontakt aufwenden und die Pflegebedürftigen vermehrt in Entscheidungen einbeziehen, was auch den Ergebnissen der Literatur entspricht.(53)

Dennoch muss davon ausgegangen werden, dass sowohl den PatientInnen, als auch den Angehörigen das Gesamtkonzept des Primary Nursing bis zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung eher unbekannt geblieben ist. Einzelne Aspekte werden als Vorteil erkannt, aber nicht im Zusammenhang mit den Grundelementen von Manthey (7) gesehen.

Daher lassen sich Vorteile aus Sicht der Befragten zwar aus den Detailfragen ableiten, als solche genannt können sie von den TeilnehmerInnen zumeist nicht werden, was sich mit dem Ergebnis einer finnischen Untersuchung deckt.(53)

Zu bemerken bleibt, dass vor allem Angehörige den besseren Kontakt mit den Pflegenden, die gesteigerte Kontinuität und in weiterer Folge das verbesserte Verhältnis zu Schwestern und Pflegern loben. Dies zeigt, dass der Anforderung, Angehörige als PartnerInnen in der geriatrischen Pflege vermehrt einzubeziehen (25), Rechnung getragen wird. Andererseits zeigt der Wunsch nach besserer Kommunikation seitens der Angehörigen, dass die vollständige Umsetzung und Wirksamkeit des Konzeptes ein halbes Jahr nach Implementierung noch nicht vollständig gelungen ist.

8.4. Forschungsfrage 4:

Welche Auswirkungen hat die Umsetzung des Pflegeorganisationskonzeptes Primary Nursing auf PatientInnen- und Angehörigenzufriedenheit?

Die Möglichkeit mit Primary Nursing eine verbesserte Beziehung zwischen PatientInnen und Pflegenden aufzubauen, wird als einer der Vorteile des Pflegeorganisationskonzeptes

Primary Nursing beschrieben (10), wobei diese wiederum als direkter Einflussfaktor auf die PatientInnenzufriedenheit in der Geriatrie identifiziert wurde.(18) Generell hat die Zufriedenheit der PatientInnen mit den Pflegepersonen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit der KlientInnen.(13)

In der vorliegenden Befragung im Rahmen des Pilotprojektes gaben die PatientInnen nun einerseits an, die für sie zuständige Pflegeperson zu kennen. Andererseits empfanden sie die für sie aufgewendete Zeit nach der Implementierung von Primary Nursing als umfangreicher, was als Voraussetzungen für eine gute Beziehung gesehen werden muss. PatientInnen wünschen sich, gut von den Pflegenden gekannt zu werden, aber auch, diese gut zu kennen, in dem Sinne, dass Pflegepersonen etwa auch einmal Dinge aus ihrem privaten Leben erzählen.(20) Dies wird durch die klar definierten Zuständigkeiten im Konzept des Primary Nursing unterstützt, fördert in der Folge das gegenseitige Vertrauen und die interpersonellen Relationen. Durch die Tendenz zu einer besseren Beziehung zwischen Pflegenden und PatientInnen besteht die Möglichkeit auf Bedürfnisse, Stärken und Schwächen der Pflegebedürftigen besser zu reagieren, beziehungsweise Veränderungen früher zu erkennen.(10) Vermehrtes Wissen um die Ressourcen und Bedürfnisse, aber auch das soziale Umfeld der PatientInnen fördern die Erbringung einer qualitativ hochwertigen, professionellen und vor allem den individuellen Bedürfnissen der PatientInnen angepassten Pflege.(40)

Auch die Tendenz, Pflege vermehrt als Beziehungsleistung zu sehen, weist in die Richtung eines besseren Verhältnisses zwischen PatientInnen und Pflegenden nach der Implementierung von Primary Nursing. Dies ist vor allem deshalb bemerkenswert, da speziell die Ansprüche älterer Menschen als geringer beschrieben werden. Auch sind diese eher geneigt, positiv auf Fragen nach Zufriedenheit zu antworten (11), oder gar bereit sind, Mängel in diesem Bereich zu tolerieren oder zu entschuldigen (18).

Die Werte hinsichtlich der Kommunikation als zentrales Element der Pflege, und elementar in der Patientinnen – Pflegenden – Beziehung (65), konnten durch die Implementierung von Primary Nursing auf der Pilotstation stark gebessert werden. Vor allem auch das Einbeziehen der PatientInnen in die Entscheidungsfindung hinsichtlich ihrer Versorgung, welches als eindeutiger Einflussfaktor für PatientInnenzufriedenheit beschrieben ist (12), wurde durch Primary Nursing stark gesteigert.

Auf der Basis der genannten Einflusskriterien für PatientInnenzufriedenheit kann davon ausgegangen werden, dass diese durch die Implementierung von Primary Nursing auf der Pilotstation gesteigert werden konnte.

In der Basiserhebung konnte gezeigt werden, dass sich eine Mehrheit der Angehörigen bei Fragen an einzelne Pflegepersonen beziehungsweise an die Stationsleitung wendet. Auch in diesem Fall spielt also die Beziehung zwischen Pflegenden und Angehörigen eine wichtige Rolle für die Zufriedenheit der Verwandten.

Angehörige von Langzeitpflegebedürftigen sind vielfachen Belastungen ausgesetzt (22), wobei die Primary Nurse durch ihre gute Kenntnis der Situation und des Umfeldes der Pflegebedürftigen ein wichtiger Ansprechpartner oder Ansprechpartnerin sein kann. Probleme im Bereich der Kommunikation, wie sie zwischen Verwandten und dem Personal in geriatrischen Einrichtungen häufig auftreten (68) stellen die Ursache für Unzufriedenheit dar.(26) Dem Wunsch vieler Angehöriger in die Versorgung ihrer Verwandten einbezogen zu werden und auch ohne danach zu fragen Informationen zu erhalten (26), wird nach der Einführung von Primary Nursing auf der Pilotstation häufiger entgegengekommen. Dies lässt sich mit der gesteigerten Transparenz zwischen der Pflege und den KlientInnen und Angehörigen und den intensiveren Kontakt durch eine zentrale Ansprechperson erklären, welche das Vertrauen und die Sicherheit der Angehörigen stärken kann (40), und in der Folge zu einer gesteigerten Angehörigenzufriedenheit führt.

KundInnenorientierung bedeutet die Bedürfnisse und Wünsche der KlientInnen – in diesem Fall der PatientInnen und deren Angehörige – zu kennen und bestmöglich zu erfüllen.(64) Primary Nursing begegnet dem Wunsch nach Kontinuität in der Beziehung zwischen Pflegenden und PatientInnen und deren Angehörigen und bildet somit die Basis für gegenseitiges Vertrauen und einen intensiven Kontakt.(40) Diese bessere Wahrnehmung der Kommunikations- und Beziehungsaufgaben seitens der Pflege, welche speziell durch die Rolle der Primary Nurse getragen wird, begründet die gesteigerte Zufriedenheit der PatientInnen und Angehörigen.

8.5. Limitationen

Da die Ergebnisse und Schlussfolgerungen dieser Untersuchung auf die Daten eines Praxisprojektes einer einzelnen Station zurückzuführen sind, können diese nicht verallgemeinert werden. Ziel war es, ein Praxisprojekt wissenschaftlich zu begleiten und die Auswirkungen des Pflegeorganisationskonzeptes in diesem Rahmen zu evaluieren. Daher standen auch nur geringe Stichprobengrößen, sowohl der PatientInnen, als auch der Angehörigen, zur Verfügung. Dies führt in der Folge zu dem Umstand, dass für die beiden

Erhebungen geringfügig unterschiedliche Stichproben herangezogen werden mussten. Die Erklärung dafür liegt in dem Wechsel der PatientInnen der Station – etwa durch Transfer, Entlassung oder Tod.

Die zum Einsatz gebrachten Instrumente zur Datenerhebung sind nur teilweise hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften untersucht, weshalb die erhobenen Daten und die daraus gezogenen Folgerungen kritisch zu betrachten sind.

Die Einschätzung des praktizierten Pflegeorganisationskonzeptes zum zweiten Zeitpunkt der Erhebung mittels IzEP als Bereichspflege muss ebenfalls berücksichtigt werden. Auch wenn eine eindeutige Tendenz in Richtung Primary Nursing abzuleiten ist, schwächt dies die Aussagekraft der Ergebnisse für das Konzept des Primary Nursing.

8.6. Implikationen für Forschung und Praxis

Die Ergebnisse der Untersuchung lassen es zu, Anregungen sowohl für die Forschung, als auch für die Praxis auszusprechen.

8.6.1. Forschung

Eine genaue Operationalisierung des Begriffs des Pflegeorganisationskonzeptes Primary Nursing wäre zu empfehlen, um die Vergleichbarkeit verschiedener Untersuchungen zu steigern. Ebenso ist die exakte Klärung der Begriffe im Zusammenhang mit den Konzepten der Bezugspflege und der Primären Pflege erforderlich.

Auch die Entwicklung reliabler und valider Instrumente, die die Messung der Auswirkungen des Konzeptes auf die einzelnen Dimensionen in der Praxis vereinfachen, wäre erstrebenswert. Vor allem im Bereich der quantitativen Forschung könnten kurze Fragebögen, die der Verfassung geriatrischer PatientInnen Rechnung tragen, in größeren Untersuchungen zum Einsatz kommen und zu den Auswirkungen von Primary Nursing aufschlussreiche Ergebnisse bringen.

Weitere Untersuchungen zu den Effekten von Primary Nursing im geriatrischen Setting sollen durchgeführt werden, um die hier aufgezeigten Tendenzen untermauern zu können und zusätzliches Wissen für diesen sehr speziellen Versorgungsbereich zur Verfügung stellen zu können.

8.6.2. Praxis

Der Wechsel des Pflegeorganisationskonzeptes stellt für das gesamte Team einer Einheit einen erheblichen Aufwand dar. Deshalb sind einerseits eine sorgfältige Planung, andererseits die Mitarbeit und das Engagement aller gefordert. Für die Umstellung sollte ein längerer Zeitraum veranschlagt werden, da, wie sich in dem vorliegenden Projekt gezeigt hat, die Entwicklung in Richtung Primary Nursing in einem halben Jahr vorangetrieben, aber nicht abgeschlossen werden konnte.

In Bezug auf das beschriebene Projekt, wären also weitere Erhebungen zu einem späteren Zeitpunkt wünschenswert, einerseits um vorliegenden Tendenzen zu bestätigen, andererseits um die weitere Entwicklung zu monitieren. Es wäre zu untersuchen, ob sich ein Fortschritt in Richtung Primary Nursing auch mit dem IzEP nachweisen lässt, beziehungsweise welche weiteren Effekte von PatientInnen und Angehörigen eventuell erst zu einem späteren Zeitpunkt wahrgenommen werden. Mehrere Untersuchungszeitpunkte zu späteren Zeitpunkten können somit empfohlen werden.

Auch die Akzeptanz seitens der PatientInnen war in dem vorliegenden Projekt nicht umfassend. Es scheint nötig, für die BewohnerInnen und Angehörigen die Vorteile, die Primary Nursing für die Betreuung und Pflege bieten kann, deutlicher herauszustellen. Durch vermehrte Information vor der Implementierung des neuen Pflegeorganisationskonzeptes, wären vor allem PatientInnen womöglich eher in der Lage, positive Veränderungen wahrzunehmen.

LITERATURVERZEICHNIS

1. Österle A, Hammer E. Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen: Rahmenbedingungen - Politikansätze - Entwicklungsperspektiven. Wien; 2004.
2. Schaffenberger E, Pochobradsky E. AUSBAU DER DIENSTE UND EINRICHTUNGEN: Endbericht. Wien: Druckerei des BMSG; 11/2004.
3. Schaeffer D. Public health und Pflege: Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. 2., unveränd. Aufl. Berlin: Ed. Sigma; 2004.
4. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz [mit der GuK-Ausbildungsverordnung, GuK-Teilzeitausbildungsverordnung, GuK-Spezialaufgaben-Verordnung, GuK-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung, Pflegehilfe-Ausbildungsverordnung, GuK-Weiterbildungsverordnung, GuK-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung, GuK-Ausweisverordnung 2006, GuK-EWR-Verordnung 2004]. Stand 1.1.2007; 2006.
5. Hörstkamp SK. die bedeutung der implementierung von primary nursing für das management. Österreichische Pflegezeitschrift 2004; (08-09):29–32.
6. Hauke E. Leitfaden Patientenorientierung [Anregungen zur Praxis der Qualitätssicherung im Krankenhaus]. Wien: Bundesministerium für Gesundheit u. Konsumentenschutz; 1997.
7. Manthey M, Kelling G, Mischo-Kelling M. Primary nursing: Ein personenbezogenes Pflegesystem. 2., unveränd. Aufl. Bern: Huber; 2005. (Pflegermanagement).
8. Kraijic K, Nowak P, Vyslouzil M. Pflegenotstand in Österreich?: Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals; 2003.
9. Archibong UE. Evaluating the impact of primary nursing practice on the quality of nursing care: a Nigerian study. J Adv Nurs 1999; 29(3):680–9.
10. Stuhl T. Primary Nursing in der stationären Altenpflege. Hannover: Schlüter; 2006. (Schlütersche Pflege).
11. Wüthrich-Schneider E. Patientenzufriedenheit - Wie verstehen? Schweizer Ärztezeitung 2000; 81(20):1046–8.

12. Wagner D, Bear M. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *J Adv Nurs* 2009; 65(3):692–701.

13. Chou SC, Boldy DP, Lee AH. Factors influencing residents' satisfaction in residential aged care. *Gerontologist* 2003; 43(4):459–72.

14. Stacey D, Murray MA, Legare F, Dunn S, Menard P, O'Connor A. Decision Coaching to Support Shared Decision Making: A framework, Evidence, and Implications for Nursing Practice, Education, and Policy. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2008; 5(1):25–35.

15. Lay R. *Ethik in der Pflege: Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*. Hannover: Schlüter; 2004.

16. Henderson S. Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *J Clin Nurs* 2003; (12):501–8.

17. Abderhalden C. Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien von Primary Nursing. Effektivität messen. *CNE* 2007 [cited 2009 Jul 28]:10–6. Available from: [URL:http://www.thieme.de/cne-online/pdf/primary_nursing.pdf](http://www.thieme.de/cne-online/pdf/primary_nursing.pdf).

18. Clausen G, Borchelt M, Janssen C, Loos S, Mull L, Pfaff H. Patient satisfaction and geriatric care - an empirical study. *Z Gerontol Geriatr* 2006; 39(1):48–56.

19. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med* 2004; 2(5):445–51.

20. Bowers BJ, Fibich B, Jacobson N. Care-as-service, care-as-relating, care-as-comfort: understanding nursing home. *Gerontologist* 2001; 41(4):539–45.

21. Attree M. Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good'. *J Adv Nurs* 2001; 33(4):456–66.

22. Holzer-Pruss C. Die Belastungen der Angehörigen. In: Käppeli S, editor. *Angehörige, Ungewißheit, Verwirrung, Kommunikation, Bewältigung, Schuld, Stigma, Macht, Aggression, Compliance, Humor*. 2nd ed. Bern: Huber; 2004. p. 9–46. (Pflegekonzepte).

23. Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler-Murr AC. *Pflegediagnosen und Maßnahmen*. 3., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber; 2002.

24. Friedemann M, Köhlen C. Familien- und umweltbezogene Pflege. 2., überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber; 2003.
25. Sandberg J, Lundh U, Nolan MR. Placing a spouse in a care home: the importance of keeping. *J Clin Nurs* 2001; 10(3):406–16.
26. Tornatore JB, Grant LA. Family caregiver satisfaction with the nursing home after placement of a relative. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2004; 59(2):S80-8.
27. Hertzberg A, Ekman SL, Axelsson K. Staff activities and behaviour are the source of many feelings: relatives' interactions and relationships with staff in nursing homes. *J Clin Nurs* 2001; 10(3):380–8.
28. Boeckler U. Primary Nursing einfach evaluieren? *Printernet* 2006; 07-08:404-19.
29. Jonsdottir H. Outcomes of implementing primary nursing in the care of people with chronic lung diseases: the nurses' experience. *J Nurs Manag* 1999; 7(4):235–42.
30. Ryan AA, Logue HF. Developing an audit tool for primary nursing. *J Clin Nurs* 1998; 7(5):417–23.
31. Imai M, Nitsch F. Kaizen: Der Schlüssel zum Erfolg der Japaner im Wettbewerb. 12. Aufl. München: Wirtschaftsverl. Langen Müller/Herbig; 1999.
32. Melweis M. Klinisches Risikomanagement – Ergänzung oder notwendiger Bestandteil des Qualitätsmanagements? In: Geisen R, Mühlbauer BH, editors. *Qualitätsmanagement konkret. Die Krankenhauspraxis zwischen externer Zertifizierung und internen Managementkonzepten*. Münster: Lit; 2003. p. 12–36.
33. Donabedian A, Bashshur R. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford Univ. Press; 2003.
34. Uhl A. *Qualitätsentwicklung sozialer und gesundheitlicher Dienste für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf: Delphi-Konsensusprozess zur Entwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgung*. Münster, Berlin, Wien u.a.: Lit Verlag; 2008.
35. Huber JP, Saldutto B, Hürny C, Conzelmann M, Beutler M, Fusek M et al. Erhebung der Patientenzufriedenheit in der Geriatrie. *Z Gerontol Geriatr* 2008; 41:124–31.

36. Meier-Baumgartner HP. Geriatrie - Einbettung in die Versorgungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland. *Z Gerontol Geriatr* 2001; 34(Suppl 1):1–9.
37. Steinhagen-Thiessen E, Hamel G, Lüttje D, Oster P, Plate A, Vogel W. Geriatrie - quo vadis? ZUr Struktur geriatrischer Versorgung. *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36(4):366–77.
38. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung. 1. Aufl. Bern: Huber; 2004. (Pflegeforschung).
39. Ersser S. Primary nursing: Grundlagen und Anwendungen eines patientenorientierten Pflegesystems. 1. Aufl. Bern: Huber; 2000. (Hans Huber Programmbereich Pflege).
40. Mischo-Kelling M, Schütz-Pazzini P, Eder Allwörden S von. Primäre Pflege in Theorie und Praxis: Herausforderungen und Chancen. 1. Aufl. Bern: Huber; 2007. (Programmbereich Pflege).
41. Schaepe C. Der Einfluss des Pflegesystems auf die Qualität der Pflege(dokumentation). *Printernet* 2006; 7(8):425–40.
42. Makinen A, Kivimaki M, Elovainio M, Virtanen M. Organization of nursing care and stressful work characteristics. *J Adv Nurs* 2003; 43(2):197–205.
43. Manthey M. Leadership for relationship-based care. *Creat Nurs* 2006; 12(1):10–1.
44. Schippers AD. Primary Nursing: Glossar wichtiger Begriffe. *Printernet* 2006; 7(8):441–2.
45. Deutsches Netzwerk Primary Nursing. Merkmale von Primary Nursing. Berlin. [cited 2009 Jul 28]. Available from: <http://www.dbfk.de/Startseite/PN-Netzwerk/Merkmale-von-Primary-Nursing.pdf>.
46. Manthey M. aka primary nursing. *J Nurs Adm* 2003; 33(7-8):369–70.
47. Needham I. Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege des deutschsprachigen Schweiz: Empfehlungen zur Terminologie und Qualitätsnormen. [cited 2009 Jul 28]. Available from: http://www.pflegeforschung-psy.ch/BP_Empfehlungen%20Terminolog.pdf.

48. Schulz M KP. Zwischen Bezugspflege und Primary Nursing - auf dem Weg zu einer evidenzbasierten und personenzentrierten Pflegeorganisationsform. Psych Pflege 2003; (9):242–8.
49. Fuchs A. Die Einführung von Bezugspflege auf einer psychiatrischen Station und deren Widerspiegelung im Team. Psych Pflege 2006; (12):34–41.
50. Needham I, Abderhalden C. Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege. Psych Pflege 2002; (8):189–93.
51. Messinger H, editor. Englisch-Deutsch. Neubearb., 11. Aufl.; 2001.
52. Dose M, Folz J, Mang D, editors. Duden Fremdwörterbuch. 7., neu bearb. und erw. Aufl. Mannheim: Dudenverlag; 2001.
53. Laakso S, Routasalo P. Changing to primary nursing in a nursing home in Finland: experiences of. J Adv Nurs 2001; 33(4):475–83.
54. Rigby A, Leach C, Greasley P. Primary nursing: staff perception of changes in ward atmosphere and role. J Psychiatr Ment Health Nurs 2001; 8(6):525–32.
55. Melchior ME, Halfens RJ, Abu-Saad HH, Philipsen H, van den Berg AA, Gassman P. The effects of primary nursing on work-related factors. J Adv Nurs 1999; 29(1):88–96.
56. Steven A. Named nursing: in whose best interest? J Adv Nurs 1999; 29(2):341–7.
57. Bücken T. Teamorganisation mit Primary Nursing: Ein systemischer Organisationsentwicklungsansatz im Krankenhaus. Hannover: Schlütersche Verl.-Ges.; 2006.
58. LoBiondo-Wood G, Haber J, Nohl A. Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung. 2. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer; 2005.
59. Bökenkamp A. Patientenurteil: sinnvoll Eine anonyme Patientennachbefragung in der epileptologischen Rehabilitation. Die Schwester/Der Pfleger 2006; 45(2):96–100.
60. Zieske J, Roggenbuck F. Bewohner-, Angehörigen- und Mitarbeiterbefragungen - Schlüsselinstrumente der internen Qualitätssicherung. ProVita 2000; 4(4):6–7.

61. Abderhalden C, Boeckler U, Dobrin Schippers A, Feuchtinger J, Schaepe C, Schori E et al. Ein Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP): Vorgehen bei der Instrumentenentwicklung. *Printernet* 2006; (07-08):420–4.
62. Atteslander P, Cromm J. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 10., neu bearb. und erw. Aufl., 104. - 111. Tsd. Berlin: de Gruyter; 2003.
63. Abderhalden C, Boeckler U, Dobrin Schippers A, Feuchtinger J, Krassnig M, Michalowski S et al. *Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP: Handbuch*; 2008.
64. Pfeifer T. *Qualitätsmanagement*. 1.th ed. München: Hanser; 2001.
65. Caris-Verhallen WMCM, Kerkstra A, Bensing JM. The role of communication in nursing care for elderly people: a review of literature. *J Adv Nurs* 1999; 25:915–33.
66. Heldal F, Steinsbekk A. Norwegians Health Care Professionals' Perceptions of Patient Knowledge and Involvement as Basis for Decision Making in Hematology. *Oncology Nursing Forum* 2009; 36(2):E93-E98.
67. Drach-Zahavy A. Primary nurses' performance: role of supportive management. *J Adv Nurs* 2004; 45(1):7–16.
68. Finnema A, Lange J de, Dröes RM, Ribbe M, van Tilburg W. The quality of nursing home care: do opinions of family members change after implementation of emotion-oriented care? *J Adv Nurs* 2001; 35(5):728–40.

ANHANG

Antworten in den Fragebögen der PatientInnen:

Basiserhebung: Fragebogen Primary Nursing Patient/in

„Was glauben Sie, sind die Hauptaufgaben der Pflegepersonen hier auf der Station?“

- „Anziehen helfen, Waschen, Frühstück herrichten“
- „sauber halten – Inkontinenzpflege, nachschauen, ob alles in Ordnung ist, schauen, dass Patienten gut liegen“
- „Essen eingeben, beim Waschen helfen, fleißig sein“
- „pflegen, für Patienten da sein“
- „allerlei Tätigkeiten, kann man nicht genau sagen“
- „Medikamente eingeben, Frühstück austeilen – eingeben“

„Empfinden Sie, dass sie genug in Entscheidungen, die ihre Versorgung betreffen, einbezogen werden?“

- „nein, nicht einbezogen, passt aber so wie es ist“
- „nein“
- „nicht einbezogen, passt aber so wie es ist“
- „eher nicht miteinbezogen“
- „einmal so und einmal so, je nachdem wer da ist“
- „nein, nicht miteinbezogen“

„Haben Sie den Eindruck, dass sich die Pflegepersonen bemühen, sich genügend Zeit für Sie zu nehmen?“

- „ja, nehmen sich genug Zeit“
- „sind immer im Stress, viel Zeit haben sie nicht“
- „ja, hören mir zu, wenn ich Probleme habe“
- „ja, sie tun, was sie tun können, im Allgemeinen sind alle lieb“
- „ja, genügend Zeit“
- „zu wenig Zeit“

„Haben Sie den Eindruck, dass die verschiedenen Berufsgruppen (ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegepersonen) gut zusammenarbeiten?“

- „ja, arbeiten gut zusammen“
- „glaube schon, merke keine Unstimmigkeiten“
- „ja, arbeiten gut zusammen“

„keine Ahnung, Ärzte, Therapeuten sieht man wenig“
„ja, gehört sich doch“
„weiß ich nicht“

„Kommt es vor, dass Sie von verschiedenen Pflege- und Betreuungspersonen widersprüchliche Informationen erhalten?“

„nein, keine widersprüchlichen Informationen“
„stimmt alles zusammen“
„nein, eigentlich nicht“
„eher kaum“
„kann mich nicht erinnern“
„weiß ich nicht“

Postinterventionelle Erhebung: Fragebogen Primary Nursing Patient/in

„Was glauben Sie, sind die Hauptaufgaben der Pflegepersonen hier auf der Station?“

„ganze Pflege“
„Betreuung des Patienten, schauen, dass alles klappt“
„baden und waschen, anziehen“
„Krankenpflege“
„Essen eingeben, Verbinden (Fuß)“
„Gespräche mit mir führen, Fernseher einschalten“

„Empfinden Sie, dass sie genug in Entscheidungen, die ihre Versorgung betreffen, einbezogen werden?“

„wird in Entscheidung einbezogen“
„ja“
„ja, werde ich miteinbezogen“
„ja ich werde gefragt“
„ja“
„ja“

„Haben Sie an jedem Tag, an dem Ihre Pflege- und Ansprechperson arbeitet, mindestens einen kurzen Kontakt zu ihr?“

„ja, hat täglich Kontakt“
„kommt öfters an Tagen wo sie Dienst hat zu mir“
„ja“
„ja öfter“

„ja“
„ja“

„Informiert Sie Ihre Pflege- und Ansprechperson darüber, wenn sie mehrere Tage abwesend ist und wer dann für Sie zuständig ist?“

„ja, sagt mir, wer zuständig ist“
„ja, ich werde darüber informiert“
„ja, sagt sie mir, ich weiß aber nicht immer wer für mich zuständig ist, wenn sie nicht da ist“
„ja, sagt sie mir - aber nicht wer dann für mich zuständig ist“
„ja, sagt sie mir - weiß aber nicht wer dann für mich zuständig ist“
„kann ich nicht beurteilen“

„Haben Sie den Eindruck, dass sich die Pflegepersonen bemühen, sich genügend Zeit für Sie zu nehmen?“

„ja“
„ja“
„ja, Claudia nimmt sich viel Zeit“
„ja“
„ja“
„ja, manchmal“

„Haben Sie den Eindruck, dass die verschiedenen Berufsgruppen (ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegepersonen) gut zusammenarbeiten?“

„kann sie nicht beurteilen“
„ja arbeiten gut zusammen - ich bin zufrieden“
„Therapeut arbeitet nicht gut mit Pflege zusammen (hat schon 3 Termine nicht wahr gemacht)“
„ja“
„weiß ich nicht“
„weiß ich nicht“

„Kommt es vor, dass Sie von verschiedenen Pflege- und Betreuungspersonen widersprüchliche Informationen erhalten?“

„kommt nicht vor“
„ist noch nicht vorgekommen“
„kommt manchmal vor“
„nein kommt nicht vor“
„weiß nicht“

„nein“

„Finden Sie, dass Primary Nursing/Primäre Pflege ein sinnvolles Konzept zur Betreuung von PatientInnen ist?“

„schwer beurteilbar, nicht viel Unterschied“

„ja“

„nicht so sinnvoll“

„kann ich nicht beurteilen“

„ja“

„ja“

„Warum finden Sie diese Art der Betreuung sinnvoll/nicht sinnvoll?“

„nicht viel Unterschied“

„sinnvoll, da man weiß an wen man sich wenden kann bei Fragen, Problemen...“

„besser, wenn jeder um mich bemüht ist und ich zu allen gleich viel Kontakt habe“

„gefällt mir beides (vorher und jetzt)“

„kann ich nicht sagen“

„jeder hat mich gerne“

5 IzEP©-Pat - Fragebogen Patienten

	<p>Ist der/die PatientIn informiert? Einverständnis immer noch OK?</p> <p>Wenn in der Institution durch eine globale Regelung erlaubt: Demografische Angaben (Alter etc.) aus der Dokumentation entnehmen. Wenn nein: Bei Patienten direkt erfragen.</p>
	<p>Frage: 1 [PA1_6] Geschlecht?</p>
<input type="radio"/>	Männlich
<input type="radio"/>	Weiblich
	<p>Frage: 2 [PA2_6] Welcher Altersgruppe gehört der Patient an?</p>
<input type="radio"/>	0 - 12 Jahre
<input type="radio"/>	12 -18 Jahre
<input type="radio"/>	18 - 65 Jahre
<input type="radio"/>	65 - 85 Jahre
<input type="radio"/>	Mehr als 85 Jahre
	<p>Frage: 3 [PA3_6] Wie oft war der Patient in den letzten 10 Jahren schon in ambulanter oder stationärer Pflege?</p>
<input type="radio"/>	Jetzt das erste mal
<input type="radio"/>	Früher schon einmal
<input type="radio"/>	Früher zweimal oder häufiger
	<p>Frage: 4 [PA4_6] Wie lange ist der Patient schon auf der Station?</p>
<input type="radio"/>	Bis 24 Stunden
<input type="radio"/>	2 - 3 Tage
<input type="radio"/>	3 - 7 Tage
<input type="radio"/>	7 - 14 Tage
<input type="radio"/>	14 - 30 Tage
<input type="radio"/>	30 Tage - 3 Monate
<input type="radio"/>	3 - 6 Monate
<input type="radio"/>	6 - 12 Monate
<input type="radio"/>	Mehr als 1 Jahr

Frage: 5 [PA5_2_4]	
Welche der folgenden Aussagen beschreibt Ihre Betreuung durch die Pflege am treffendsten (tag-süber, ohne Abend- oder Nachtdienste!):	
<i>(Bitte nur eine Aussage wählen, diejenige, die am ehesten zutrifft)</i>	
<input type="radio"/>	Für mich ist jeden Tag eine andere Schwester/ein anderer Pfleger besonders zuständig
<input type="radio"/>	Für mich sind mehrere Tage hintereinander dieselben Schwestern/Pfleger (Mehrzahl!) besonders zuständig
<input type="radio"/>	Für mich ist mehrere Tage hintereinander dieselbe Schwester/derselbe Pfleger besonders zuständig (Einzahl!)
<input type="radio"/>	Für mich ist <i>während des ganzen Aufenthalts</i> auf dieser Station <i>eine</i> bestimmte Pflegende besonders zuständig
<i>(* Hinweis) Falls Frage 5 = Antwort 4: gehe zu Frage 6, sonst weiter zu Frage 9</i>	
Frage: 6 [PA6 - PA7_2_3]	
Wie heisst diese Pflegende?	
Name:	
→	
<i>(* Hinweis) Kontrolle anhand Dokumentation, Tafel etc.: Ist die genannte Pflegende tatsächlich die offiziell zugeteilte Bezugsperson/Primary Nurse?</i>	
<input type="radio"/>	Ja, die vom Patienten genannte Pflegende ist Bezugsperson/Primary Nurse
<input type="radio"/>	Ja, die vom Patienten genannte Pflegende ist Stellvertretung der Bezugsperson/PN
<input type="radio"/>	Nein, die vom Patienten genannte Pflegende ist NICHT Bezugsperson/PN oder Stellvertretung der Bezugsperson/PN
Frage: 7 [PA8_6]	
Hat sich diese Pflegende bemüht, Sie und Ihre Situation zu verstehen?	
<input type="radio"/>	Sehr
<input type="radio"/>	Ziemlich
<input type="radio"/>	Etwas
<input type="radio"/>	Gar nicht
Frage: 8 [PA9_6]	
Wurden Sie von dieser Pflegenden beim Lösen von Problemen unterstützt?	
<input type="radio"/>	Sehr
<input type="radio"/>	Ziemlich
<input type="radio"/>	Etwas
<input type="radio"/>	Gar nicht

	Frage: 9 [PA10_6] Ist mit Ihnen über das gesprochen worden, was Ihre Pflege auf dieser Station betrifft?
<input type="radio"/>	Ja, aber allein bei der Aufnahme
<input type="radio"/>	Ja, mehrmals im Laufe des Aufenthaltes
<input type="radio"/>	Nein, es ist nicht mit mir darüber gesprochen worden
<input type="radio"/>	Das weiss ich nicht mehr
	<i>(* Hinweis) Wenn Antwort 3 und 4: weiter zu Frage 13</i>
	Frage: 10 [PA11_6] Konnten Sie bei diesen(m) Gespräche(n) Ihre Bedürfnisse, Vorstellungen und Meinungen genügend/ausreichend einbringen?
<input type="radio"/>	In vollem Umfang
<input type="radio"/>	Teilweise
<input type="radio"/>	Nein
<input type="radio"/>	Das weiss ich nicht mehr
	Frage: 11 [PA12_6] Ist Ihnen bekannt, ob das, was mit Ihnen besprochen wurde, auch schriftlich festgehalten wird?
<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein
<input type="radio"/>	Das weiss ich nicht mehr
	<i>(* Hinweis) Nur wenn Antwort = Ja weiter zu Frage 12, sonst weiter zu Frage 13</i>
	Frage: 12 [PA13_6] Wurde Ihnen ein solches Dokument gezeigt?
<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein
<input type="radio"/>	Das weiss ich nicht mehr
	Frage: 13 [PA14_6] Hat jemand aus der Pflege mit Ihnen bei der Aufnahme ein Gespräch geführt (um Informationen über Sie zu erhalten, wie es Ihnen geht, was Sie brauchen, ...)?
<input type="radio"/>	Weiss nicht mehr ob ein Gespräch stattgefunden hat
<input type="radio"/>	So ein Gespräch hat nicht stattgefunden
<input type="radio"/>	Ja, das Gespräch hat stattgefunden
	<i>(* Hinweis) Nur wenn Antwort = Ja weiter zu Frage 14 sonst weiter zu Frage 15</i>

	Frage: 14 [PA15_4_8] Wenn ja: Wer aus der Pflege hat mit Ihnen bei der Aufnahme ein Gespräch geführt (um Informationen über Sie zu erhalten, wie es Ihnen geht, was Sie brauchen, ...)?
<input type="radio"/>	Weiss nicht mehr mit wem das Gespräch stattgefunden hat
<input type="radio"/>	Die für den gesamten Aufenthalt für mich zuständige Pflegende oder deren Vertretung
<input type="radio"/>	Eine Pflegende, die seither nie mehr für mich zuständig war
<input type="radio"/>	Eine Pflegende, die seither mehrmals wieder für mich zuständig war
<input type="radio"/>	Die Stationsleitung
	Frage: 15 [PA16_6] Hat jemand von der Pflege mit Ihnen im Laufe des bisherigen Aufenthalts Gespräche geführt, in denen es darum geht, wie es bisher gegangen ist, der aktuelle Stand ist und wie es weitergehen soll?
<input type="radio"/>	Weiss nicht mehr ob solche Gespräche stattgefunden haben
<input type="radio"/>	So ein Gespräch hat nicht stattgefunden
<input type="radio"/>	Ja, das Gespräch hat stattgefunden
	<i>(* Hinweis) Nur wenn Antwort = Ja weiter zu Frage 16 sonst weiter zu Frage 17</i>
	Frage: 16 [PA17_4_8] Wenn ja: Wer aus der Pflege hat mit Ihnen im Laufe des bisherigen Aufenthalts Gespräche geführt, in denen es darum geht, wie es bisher gegangen ist, der aktuelle Stand ist und wie es weitergehen soll?
<input type="radio"/>	Weiss nicht wer diese Gespräche geführt hat
<input type="radio"/>	Die für den gesamten Aufenthalt für mich zuständige Pflegende oder deren Vertretung
<input type="radio"/>	Immer wieder andere Pflegende
<input type="radio"/>	Eine Pflegende, die oft für mich zuständig ist
<input type="radio"/>	Die Stationsleitung
	Frage: 17 [PA18_6] Bespricht jemand von der Pflege mit Ihnen die nötigen Vorbereitungen auf die Entlassung (bzw., im Langzeitbereich bei Betagten: "die Gestaltung der Lebensabends")?
<input type="radio"/>	Weiss nicht mehr ob das jemand mit mir besprochen hat
<input type="radio"/>	So ein Gespräch hat nicht stattgefunden
<input type="radio"/>	Ja, das Gespräch hat stattgefunden
	<i>(* Hinweis) Nur wenn Antwort = Ja weiter zu Frage 18 sonst weiter zu Frage 19</i>

	Frage: 18 [PA19_4_8] Wenn ja: Wer aus der Pflege bespricht mit Ihnen die nötigen Vorbereitungen auf die Entlassung (bzw., im Langzeitbereich bei Betagten: "die Gestaltung der Lebensabends")?
<input type="radio"/>	Weiss nicht wer mit mir über die Entlassung gesprochen hat
<input type="radio"/>	Die für den gesamten Aufenthalt für mich zuständige Pflegende oder deren Vertretung
<input type="radio"/>	Immer wieder andere Pflegende
<input type="radio"/>	Eine Pflegende, die oft für mich zuständig ist
<input type="radio"/>	Die Stationsleitung
	Frage: 19 [PA20_6] Gibt es jemanden unter den Pflegenden, mit dem/der Sie vertrauensvoll über persönliche Sorgen und Anliegen sprechen können?
<input type="radio"/>	Weiss nicht, bin noch nie auf diese Idee gekommen, kein Bedarf
<input type="radio"/>	Nein, Niemand
<input type="radio"/>	Ja, es gibt jemanden
	<i>(* Hinweis) Nur wenn Antwort = Ja weiter zu Frage 20 sonst weiter zu Frage 21</i>
	Frage: 20 [PA21_4_8] Wenn ja: Wer ist der/die Pflegende, mit dem/der Sie vertrauensvoll über persönliche Sorgen und Anliegen sprechen können?
<input type="radio"/>	Weiss nicht wer das ist
<input type="radio"/>	Ja, es ist die für den gesamten Aufenthalt für mich zuständige Pflegende oder deren Vertretung
<input type="radio"/>	Eine Pflegende, die oft für mich zuständig ist
<input type="radio"/>	Die Stationsleitung
	Frage: 21 [PA22_6] Gibt es jemanden unter den Pflegenden, der/die besonders eng mit Ihrem Arzt zusammenarbeitet?
	Weiss nicht ob jemand unter den Pflegenden besonders eng mit meinem Arzt zusammenarbeitet
<input type="radio"/>	Nein, Niemand
<input type="radio"/>	Ja, es gibt jemanden
	<i>(* Hinweis) Wenn Antwort = "Weiss nicht" dann Ende</i>
	Frage: 22 [PA23_4_8] Wenn ja: Wer unter den Pflegenden arbeitet besonders eng mit Ihrem Arzt zusammen?
<input type="radio"/>	Weiss aber nicht wer
<input type="radio"/>	Ja, es ist die für den gesamten Aufenthalt für mich zuständige Pflegende oder deren Vertretung
<input type="radio"/>	Eine Pflegende, die oft für mich zuständig ist
<input type="radio"/>	Die Stationsleitung

8 IzEP©-An - Fragebogen Angehörige

	Einverständnis des Patienten zur Kontaktaufnahme mit den Angehörigen - OK?	
	Frage: 1 [A1_6] Geschlecht?	
<input type="radio"/>	Männlich	
<input type="radio"/>	Weiblich	
	Frage: 2 [A2_6] Befragte Angehörige	
<input type="radio"/>	PartnerIn	
<input type="radio"/>	Elternteil	
<input type="radio"/>	Erwachsener Sohn / erwachsene Tochter	
<input type="radio"/>	Jugendliche (> 14 Jahre)	
<input type="radio"/>	Andere Verwandte	
<input type="radio"/>	FreundIn, NachbarIn	
<input type="radio"/>	Gesetzlicher Vertreter	
<input type="radio"/>	Andere	
→		
	Frage: 3 [A3_2_3] Wen würden Sie bei Fragen zur Pflege Ihres Angehörigen ansprechen?	
<input type="radio"/>	Weiss nicht wen	
<input type="radio"/>	Die für den gesamten Aufenthalt meines Angehörigen zuständige Pflegende oder deren Vertretung	
<input type="radio"/>	Eine beliebige Pflegende aus dem zuständigen Bereich/ Gruppe	
<input type="radio"/>	Eine Pflegende die Zeit hat	
<input type="radio"/>	Eine leitende Pflegende	
<input type="radio"/>	Jemand der für Angehörigengespräche bei allen Patienten zuständig is	
	Frage: 4 [A4_6] Hatten Sie in letzter Zeit ein Gespräch (ev. Telefonat) mit jemandem aus dem Pflorgeteam?	
<input type="radio"/>	Ja	
<input type="radio"/>	Nein	
	(* Hinweis) Wenn Antwort = "Nein", dann weiter zu Frage 6	

	Frage: 5 [A5_4_8] Mit wem hatten Sie dieses Gespräch? War das ...
<input type="radio"/>	Weiss nicht mehr
<input type="radio"/>	Die für den gesamten Aufenthalt des Patienten zuständige Pflegende oder deren Vertretung
<input type="radio"/>	Die im jeweiligen Dienst für den Patienten zuständige Pflegende
<input type="radio"/>	Eine beliebige Pflegende aus dem zuständigen Bereich/ Gruppe
<input type="radio"/>	Eine Pflegende die Zeit hatte
<input type="radio"/>	Eine leitende Pflegende (z.B. die Stationsleitung, Gruppenleitung, Schichtleitung)
<input type="radio"/>	Die Person, die für Angehörigengespräche bei allen Patienten zuständig ist
	Frage: 6 [A6_2_4] Welche der folgenden Aussagen beschreibt die Situation Ihres Angehörigen am ehesten:
	<i>(Bitte nur eine Aussage wählen, diejenige, die am ehesten zutrifft)</i> Mein Angehöriger erlebt überwiegend , ...
<input type="radio"/>	Weiss nicht, kann ich nicht beurteilen
<input type="radio"/>	... dass in fast jedem Dienst eine andere Pflegende für ihn zuständig ist
<input type="radio"/>	... dass in jedem Dienst mehrere Pflegende für ihn zuständig sind
<input type="radio"/>	... dass über mehrere Dienste (z.B. Frühdienste) dieselbe Pflegende für ihn zuständig ist
<input type="radio"/>	... dass eine einzige Pflegende für den gesamten Aufenthalt für ihn zuständig ist



ID PatientIn _____
 Alter _____
 Datum _____

Strukturiertes Interview (Erhebungszeitpunkt: <u>Vor</u> Implementierung von Primary Nursing)	
Was glauben Sie, sind die Hauptaufgaben der Pflegepersonen hier auf der Station?	
Empfinden Sie, dass sie genug in Entscheidungen, die ihre Versorgung betreffen einbezogen werden?	
Haben Sie den Eindruck, dass sich die Pflegepersonen bemühen, sich genügend Zeit für Sie zu nehmen?	
Haben Sie den Eindruck, dass die verschiedenen Berufsgruppen (ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegepersonen) gut zusammenarbeiten?	
Kommt es vor, dass Sie von verschiedenen Pflege- und Betreuungspersonen widersprüchliche Informationen erhalten?	
Wie ist schätzen Sie den Informationsfluss zwischen Ihnen und den Pflegepersonen prinzipiell ein? (Bitte entsprechend ankreuzen lassen)	Sehr schlecht ←————→ Sehr gut

* Basierend auf den Empfehlungen zur Effektivitätsmessung von Primary Nursing (Abderhalden, 2007)
 Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an die MitarbeiterInnen des Instituts für Pflegewissenschaft (pfliegewissenschaft@meduni-graz.at oder 0316/385 720 64) wenden.



Zusätzliche Fragen nach Implementierung von *Primary Nursing*

Medizinische Universität Graz

Strukturiertes Interview (Erhebungszeitpunkt: <u>Nach</u> Implementierung von <i>Primary Nursing</i>)	
Haben Sie an jedem Tag, an dem Ihre Pflege- und Ansprechperson arbeitet, mindestens einen kurzen Kontakt zu ihr?	
Informiert Sie Ihre Pflege- und Ansprechperson darüber, wenn sie mehrere Tage abwesend ist und wer dann für Sie zuständig ist?	
Finden Sie, dass <i>Primary Nursing</i> / Primäre Pflege ein sinnvolles Konzept zur Betreuung von PatientInnen ist?	
Warum finden Sie diese Art der Betreuung sinnvoll / nicht sinnvoll?	

Haben Sie Anmerkungen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

ID Angehörige/r

Alter

Besuche seit

Häufigkeit der Besuche

Datum

Fragebogen Primary Nursing*
Angehörige/r



© Institut für Pflegewissenschaft

Medizinische Universität Graz

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf diese Station zu?	Trifft völlig zu	Trifft teilweise zu	Trifft wenig zu	Trifft nicht zu
Ich werde ausreichend in Entscheidungen, die die Behandlung und Versorgung meines Angehörigen betreffen einbezogen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Pflegepersonen sind bemüht, meine Fragen zu beantworten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Pflegepersonen nehmen sich genügend Zeit für mich und meine Anliegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Eindruck, ausreichend darüber informiert zu werden, was die Behandlung, Versorgung und den Zustand meiner/s Angehörigen hier auf der Station betrifft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es kommt vor, dass ich diesbezüglich von verschiedenen Pflege- und Betreuungspersonen widersprüchliche Informationen erhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Eindruck, dass die verschiedenen Berufsgruppen (Ärztinnen, Pflegepersonen, TherapeutInnen) gut zusammenarbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Arbeitsabläufe auf Station wirken unstrukturiert/unkoordiniert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innerhalb des Pflegeteams besteht ein gutes Arbeitsklima.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Basierend auf den Empfehlungen zur Effektivitätsmessung von Primary Nursing (Abderhalden, 2007)
Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an die MitarbeiterInnen des Instituts für Pflegewissenschaft (pfliegewissenschaft@meduni-graz.at oder 0316/385 720 64) wenden.



	Trifft völlig zu	Trifft teilweise zu	Trifft wenig zu	Trifft nicht zu
Die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen ist durch Verständnis und gegenseitigen Respekt geprägt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alles in allem, bin ich mit der Betreuung meiner / meines Angehörigen hier auf der Station sehr zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin darüber informiert, an wen ich mich wenden kann, wenn ich Fragen zum Zustand, zur Behandlung und/oder Versorgung meiner/s Angehörigen oder diesbezüglich Probleme habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An wen wenden Sie sich, wenn sie Fragen, Anliegen oder Probleme zur Versorgung Ihrer/s Angehörigen haben?				
Wie ist schätzen Sie den Informationsfluss zwischen Ihnen und den Pflegepersonen prinzipiell ein? (Bitte entsprechend ankreuzen)				
Ich habe das Gefühl, die Pflegepersonen nehmen Fragen, Anliegen oder Probleme meinerseits ernst und sind bemüht Lösungs-möglichkeiten zu finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zwischen mir und den Pflegepersonen besteht ein vertrauensvolles Verhältnis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf der Station werden mir Möglichkeiten geboten, mich über Behandlungs- und Versorgungsbezogene Themen zu informieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie Anmerkungen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!